

REVISIÓN DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA DESDE LA REGULACIÓN ACTUAL Y LAS PROPUESTAS LEGISLATIVAS: UN ESTUDIO COMPARADO

REVIEW OF GYNECOLOGICAL-OBSTETRIC VIOLENCE FROM CURRENT REGULATION AND
LEGISLATIVE PROPOSALS: A COMPARATIVE STUDY

*Manuel Palomares Herrera**

Resumen: La ausencia de investigación doctrinal sobre la violencia gineco-obstétrica se sitúa al mismo nivel que su abordaje por parte de la Administración, o al menos revela velocidades dispares entre los distintos Estados. Por ello, en el presente estudio se expone cómo se regula actualmente en España y en varios países de Latinoamérica, qué digestos jurisprudenciales han ido desarrollando sus nuevas líneas y cómo se proyecta un florilegio especial para una materia aún se encuentra en una fase primigenia en ámbitos parlamentarios, pero que resulta efervescente en el debate profesional dentro del gremio sanitario, las asociaciones de pacientes y los juristas especializados en el ramo sanitario.

Palabras clave: Violencia gineco-obstétrica, Derechos humanos, Derecho comparado, Políticas públicas, Igualdad de género.

* Licenciado en Derecho. Doctor en Derecho Constitucional por la Universidad de Jaén. Profesor Doctor de la Universidad Internacional de La Rioja. Director-Gerente de la Universidad Popular Municipal de Jaén. Premio Junta de Andalucía Juventud 2021. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1520-5036>. manuel.palomares@unir.es.

Abstract: *The absence of doctrinal research on gynecological-obstetric violence is at the same level as its advance in the Administration, or at least with different speeds between States. Therefore, in this study we present how it is currently regulated in Spain and in several Latin American countries, which jurisprudential digest is developing its new issues and how a special florilege is being projected for a subject that is still in a primitive phase in parliamentary spheres but effervescent. in the professional debate in the healthcare union, patient associations and jurists in the healthcare sector.*

Keywords: *Obstetric-gynecological violence, Human rights, Comparative law, Public policies, Gender equality.*

Summary. *I. Introducción. II. Florilegio actual frente a la violencia gineco-obstétrica, casos y digesto jurisprudencial destacado. III. Discusión de fondo. IV. Perspectivas desde el derecho comparado. V. Conclusiones. Referencias.*

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo normativo contemporáneo en torno a la violencia de género, la igualdad y los derechos humanos de la mujer y del paciente ha sido exponencial en los ordenamientos internos de la mayoría de los Estado hispanoamericanos desde los albores del siglo XX¹. Sin embargo, no fue sino hasta el inicio de la presente década que se comenzó a visibilizar la violencia gineco-obstétrica como un contexto especial que afecta a las mujeres en el ámbito de la atención sanitaria.

¹ Si bien en el Congreso sobre la Mujer, celebrado en Pekín en 1995 bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se introdujeron por primera vez en los foros internacionales los términos referidos a las violencias contra las mujeres, estos no comenzaron a desarrollarse legislativamente con relevancia hasta la promulgación de Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Posteriormente, cabe destacar la Directriz de la OMS de 2014 sobre el respeto de los derechos humanos en la provisión de información y servicios de anticoncepción con orientaciones y recomendaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

En este sentido, si bien existen muchos estudios sobre el tema desde una perspectiva sanitaria o administrativa, en el ámbito jurídico, sin perjuicio de la tesis *Violencia gineco-obstétrica: análisis jurídico en su reparación integral* de Villacrés (2024), se destaca el estado de la cuestión expuesto en el estudio de Rodríguez (2024), *A violência obstétrica à luz dos direitos humanos: uma revisão de literatura*, publicado en la *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. Aunque dicho trabajo aborda la problemática en relación con los derechos humanos, no lo hace desde una perspectiva estrictamente jurídica en el sentido que aquí se propone, lo cual refuerza la necesidad de la presente obra.

Lo primero que cabe remarcar en este estudio elaborado desde el prisma español, es la necesidad de equiparar todos los ordenamientos jurídicos y realidades sanitarias ante este tipo de violencia, desvinculándola de la calidad de los sistemas de salud o de otros datos macro. España, *verbi gratia*, posee actualmente 90 puntos en el índice de derechos civiles y políticos de Freedom House (Freedom House, s.f.). Además, ocupa el puesto 25 de 189 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), con un puntaje de 0,904 (Datos Macro, s.f.), lo cual es muy alto.

Por otro lado, presenta una tasa de mortalidad materna de solo 3,4 % según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Instituto Nacional de Estadística [INE], s.f.), lo cual se considera medio-bajo. Asimismo, tiene un índice de cobertura de servicios sanitarios universales de 85, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). El 99,9 % de los partos son atendidos por personal sanitario, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2021). Incluso, figura en el tercer puesto de la clasificación

de los países con los diez mejores sistemas de salud del mundo, solo por detrás de Singapur y por delante de Italia. Sin embargo, el 50 % de las mujeres españolas manifiestan haber sufrido violencia gineco-obstétrica (Cárdenas et al., 2020).

En segundo lugar, es importante tener en cuenta dos factores que impiden su erradicación de plano, dada la evidencia de que los servicios de atención al parto y la citología periódica en el ámbito sanitario, donde se presenta la violencia gineco-obstétrica, constituyen una situación rutinaria y estructural, no coyuntural. Del mismo modo, no puede desligarse el dolor del proceso de alumbramiento ni de las enfermedades o patologías propias de la ginecología y, por lo tanto, de la experiencia de ser mujer a lo largo de la historia. De hecho, el propio Génesis 3:16 recoge el siguiente versículo: “A la mujer dijo: multiplicaré en gran manera tus dolores en tus embarazos; con dolor darás a luz los hijos [...]”. Por ello, el dolor no es erradicable ni prohibible *per se*, pero el derecho sí puede mitigar el paso de este perfil de paciente por la clínica, en la salvaguarda de su dignidad.

El debate actual gira en torno a cómo abordarlo: si mediante la publicación de nuevas normas, la mejora de las actuales previsiones de protección de la mujer, la actualización de protocolos sanitarios, la generación de nuevas formaciones profesionales para el personal facultativo, entre otras similares. Sin embargo, se considera que incrementar la inflación normativa asignando un apellido a cada forma de violencia no es siempre la solución más efectiva. Cada manifestación puede calificarse individualmente según la víctima, el victimario o el procedimiento; no obstante, en este caso, la repetición y concatenación de prácticas es significativa. Estas situaciones, aunque diversas, comparten una base común: constituyen una vulneración de una serie

de bienes jurídicos fundamentales, como la libertad de elección, la salud e integridad física, el derecho a la información, la dignidad y el honor, entre otros².

Finalmente, como antecedente declarativo en el ámbito internacional, cabe referirse al Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas, de fecha 11 de julio de 2019, sobre el *“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”*. En dicho informe se abordan la violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, se identifica como un “fenómeno generalizado y sistemático” la violencia ejercida durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva. Asimismo, en su acápite 69, la relatora señala lo que aquí se destaca en relación con la necesidad de enfrentar el problema desde un enfoque integral:

Algunos gobiernos han establecido leyes y otras iniciativas para hacer frente al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto, como por ejemplo la capacitación de los profesionales sanitarios. En los últimos años, muchos Estados han promulgado leyes o formulado políticas y buenas prácticas que permiten expresamente a las mujeres estar acompañadas durante el parto por una persona de su elección, y

² Es importante subrayar que la única definición sanitaria alineada con este tipo de violencia es la propuesta por Gandolfi y Mor (2022): “Acción u omisión, que realizada por personal de la salud afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, como el trato deshumanizado, la medicalización injustificada y la patologización de procesos que son naturales” (p. 4).

han elaborado leyes generales que alientan a una humanización del parto.

Conociendo ya el estado de la cuestión y la importancia del fenómeno, a continuación, se examina el florilegio actual en torno a la violencia gineco-obstétrica, se analizan las políticas actuales, se aborda la discusión de fondo en los ámbitos social y profesional, y las perspectivas del derecho comparado, con el fin de obtener una visión panorámica de abordaje del tema antes de extraer conclusiones.

II. FLORILEGIO ACTUAL FRENTE A LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA, CASOS Y DIGESTO JURISPRUDENCIAL DESTACADO

Para vincular la protección de los derechos gineco-obstétricos con los derechos humanos, es necesario acudir al Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos. Para ello, se parte del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, que establece que “Toda persona tiene derecho [...], la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; [...]. 2. 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”, así como de los artículos 10 y 12 de la Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, y de los artículos 12, 18 y 19, 21 y 22 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) de 1966³.

³ Desde los Sistemas Regionales de Protección, también se debe acudir a las menciones relativas a la salud y al deber del Estado de garantizar este mínimo de dignidad en los artículos 11, 12

En un nivel más especializado en relación con esta temática, cabe destacar la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, aprobada en Ámsterdam en 1994; la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Liubliana, aprobada en 1996; y la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, aprobada en 1997.

Si bien en España y en ONU Mujeres (2024) se reconocen distintas formas de violencia –física, psicológica, social, económica, patrimonial y, más recientemente, la violencia vicaria–, a nivel estatal no se ha regulado de manera específica la violencia gineco-obstétrica. Esta se ha encuadrado en tipos penales ya existentes en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, tales como el homicidio imprudente (art. 142), el aborto no consentido (art. 146) o la lesión imprudente (art. 152), en su relación con la negligencia médica. No obstante, en Cataluña sí se ha avanzado en su regulación, como se analizará más adelante, con el objetivo de conocer las disposiciones normativas y los casos que justifican el estudio. Este epígrafe se dedica, por tanto, a la revisión de la legislación y de los digestos jurisprudenciales más relevantes que actualmente abordan esta problemática.

16.2 y 17 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) de 1981 (“Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos”), en los artículos 12, 13, 15 y 16 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) de 1978; en los artículos 8 al 11 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma en 1950; y en el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), que se ocupa del derecho a la protección de la salud, entendido como el “derecho al acceso a atención sanitaria preventiva y el derecho a beneficiarse de tratamientos médicos bajo las condiciones establecidas por las leyes y prácticas nacionales”.

Desde esta realidad plurilegislativa, tanto en el ámbito español como internacional, cabe plantearse la siguiente pregunta: ¿Es violencia de género la violencia gineco-obstétrica? Se considera que no, puesto que no se produce en el contexto de una relación interpersonal, y porque los servicios sanitarios son prestados por profesionales de ambos sexos, por lo que no se cumplirían los requisitos establecidos en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

Tampoco se encuentra comprendida dentro de las definiciones establecidas por otras normas autonómicas, como la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo artículo 1 contempla expresamente lo siguiente:

1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como consecuencia de una cultura machista y como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres, se ejerce sobre las mujeres por el mero hecho de serlo y que se extiende como forma de violencia vicaria sobre las víctimas que se contemplan en la presente Ley.

Sin embargo, distinta es la situación en el ámbito autonómico de Cataluña, donde la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley

5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, incluye por primera vez en territorio nacional este tipo de violencia, en estos términos que se exponen a continuación:

d) Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer⁴.

Por otro lado, como se analizará en el epígrafe dedicado al derecho comparado, no necesariamente ofrece mejores garantías el Estado que cuenta

⁴ Crear una nueva violencia como una de las alternativas de solución propuestas por el informe de la Relatoría al que hemos referido parece ser, en España, una política inflacionista-legislativa, por existir ya varias normas que prevén este tipo de atentado, pero se enfrenta al minimalismo legislativo, más aún con la ausencia de recursos humanos y materiales, y desde la promoción de la simplificación administrativa.

con un mayor número de leyes o protocolos. En este sentido, la ontología constitucional de Loewenstein resulta particularmente reveladora. Como señaló Casanova (1965): “Loewenstein no solo mantiene la tipología tripartita, sino que intenta justificarla con referencia a regímenes políticos concretos, diferenciados por especiales supuestos sociales en un caso (nominales) y por ideologías básicas contrapuestas en el otro (semánticas)” (p. 95)⁵.

Un ejemplo práctico puede observarse al comparar distintas constituciones. En la Constitución del 15 de diciembre del 1999, a todo lector le gustaría vivir en el país que la promulgó; sin embargo, al observar la realidad en Venezuela, dicho país no resulta tan atractivo, puesto que parece no corresponderse con lo que expresa su texto constitucional. Del mismo modo, al analizar la Constitución del 17 de diciembre de 1962 —la más breve del mundo, con solo 97 artículos y 3800 palabras— probablemente resultaría menos atractiva para un ciudadano promedio por no ser tan completa ni tan detallada en cuanto a catálogos de derechos. No obstante, dicha constitución corresponde al Principado de Mónaco, lo que pone de manifiesto que contar con un mayor número de leyes no necesariamente implica una mejora para un país, pues los cambios revolucionarios suelen surgir desde las bases sociales hacia arriba, y suelen ser cualitativos, no cuantitativos. Esto también se evidencia en la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde en 2020 se aprobó una ley que define la violencia obstétrica, sin que hasta la fecha se hayan registrado mejoras

⁵ Estudio basado en los clásicos de Karl Loewenstein: *Political Power and the Governmental Process* y *Reflexions sur a valeur des Constitutions*.

significativas frente a otras comunidades autónomas (CCAA) como Madrid, Valencia o Andalucía⁶.

Cabe resaltar que, recientemente, dos mujeres españolas fueron las primeras en ser reconocidas por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como víctimas de esta violencia, en virtud del Dictamen aprobado por el Comité en aplicación del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto a la comunicación núm. 149/2019⁷, en donde, por la falta de previsión, se determinó lo siguiente:

⁶ Para encontrar la demostración del reflejo social, se debe apuntar a un estudio realizado en 2020 de la Universidad Jaime I (Mena, Iglesias, González, Cervera, Andreu y Valero), el cual estimó en un 38 % el porcentaje de mujeres afectadas por la violencia ginecológica –es decir, en citologías comunes, intervenciones quirúrgicas y otras– y la obstétrica –en periodo perinatal, puerperio y partos–.

⁷ Informó al Comité que acudió a un hospital público en Donostia, España, a las 38 semanas de gestación, por haber roto aguas. El hospital ignoró el periodo protocolario de espera de 24 horas y, sin proporcionarle información sobre las alternativas existentes, le indujo el parto de forma prematura y sin su consentimiento. N.A.E. se sometió a múltiples tactos vaginales y no se le permitió comer. Luego se le practicó a una cesárea sin justificación médica, operación durante la cual tuvo los brazos atados y a la cual no pudo asistir su esposo. La cesárea fue realizada por un grupo de médicos internos residentes en formación, supervisados por tutores, sin el consentimiento previo de N.A.E. Cuando nació su bebé, no pudo tocarlo porque aún tenía los brazos atados. El bebé fue llevado de inmediato al pediatra y N.A.E. no tuvo oportunidad de tener contacto piel con piel con él. Posteriormente, N.A.E. tuvo que acudir a su médico de atención primaria por síntomas de ansiedad relacionados con su experiencia de parto. Se le diagnosticó con trastorno de estrés postraumático posparto. Llevó su caso a los tribunales en España, pero, a lo largo del proceso administrativo y judicial, se encontró con estereotipos de género y discriminación. Durante el proceso en España, se afirmó que era el médico quien decidía si practicarle una cesárea y que el daño psicológico que sufría era simplemente una cuestión de percepción. El Comité consideró que N.A.E. fue víctima de violencia obstétrica, un tipo particular de violencia sufrida por las mujeres en los centros de salud durante la atención del parto, un fenómeno generalizado, sistemático y arraigado en los sistemas de salud (Naciones Unidas, 2022).

[...] el juez no tomó en cuenta el irrespeto a los propios protocolos, sino que tampoco tomó en cuenta los informes que la autora aportó para probar la mala praxis, ni los informes presentados en relación con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto, imputando las lesiones sufridas por la autora a una mera cuestión de percepción. El Comité toma nota de que, según la autora, se violaron sus derechos a la salud sexual y reproductiva y a acceder a una maternidad segura, de calidad y libre de discriminación y violencia, en violación de los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención.

De lo anterior puede extraerse que son víctimas de este tipo de violencia aquellas pacientes que no han sido debidamente informadas, a quienes no se les permite solicitar o seguir un plan de parto, o se les aplican maniobras excepcionales —como la maniobra de Kristeller, ya superada en muchos países—, así como quienes son objeto de comentarios verbales innecesarios, sexualización o infantilización durante la realización de citologías, cuestionamientos improcedentes sobre decisiones relativas a su cuerpo y sexualidad, o son atendidas en espacios sanitarios que carecen de la debida intimidad (Cárdenas et al., 2020). Faltas como estas han sido tradicionalmente consideradas infracciones de carácter disciplinario, clasificadas como mala praxis, decoro o falta de diligencia en el ejercicio.

La sentencia de la Corte Constitucional de Ecuador N° 904-12-JP/19904 es una de tantas del digesto creciente en el ramo de estudio, pero que destaca por ser pionera y analizar el caso de una mujer embarazada, quien, por no haber recibido atención adecuada y especializada en un hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) al momento de su parto, sufrió vulneraciones en sus derechos constitucionales a una atención prioritaria, a la

salud y a la seguridad social, lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas. En la sentencia, la Corte desarrolló el concepto de *violencia obstétrica* y ordenó medidas de reparación integral, como el pago de una indemnización fijada en equidad por el daño sufrido, medidas de carácter simbólico y otras para garantizar la no repetición de los hechos.

Además, en España se ha subsumido este tipo de violencia en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y, complementariamente, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; una dupla revolucionaria, espejo para otras muchas en Latinoamérica, que surgió tras la conmoción nacional ante el asesinato de Ana Orantes, quien mostró en un conocido programa de televisión autonómico su calvario matrimonial rutinario y que, posteriormente, fue asesinada quemada viva por su marido, condenado por la sentencia reseñada. Esto puso de relieve la realidad de muchas mujeres en España⁸.

Otra de las normas tradicionales en el ámbito es el art. 27.1.b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, y 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, que cubre un acercamiento a la actual previsión de la violencia gineco-obstétrica y que comienza a incubar un tercer sector en torno al asunto, en donde destaca el

⁸ Sentencia ECLI:ES:APGR:1998:2773.

Observatorio de Violencia Obstétrica⁹, creado por la asociación El Parto es Nuestro.

También la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es un marco circundante, dado que prima el derecho de información previo al paciente, lo que, si bien en un primer momento parecía blindar este derecho del paciente, ha sido un escudo de inmunidad para los sanitarios respecto a cualquier incidente por cláusulas abusivas que eximen de responsabilidad legal.

No es despreciable el esfuerzo natural de las profesiones sanitarias por la mejora de la atención, en donde también podría subsumirse la prevención antiviolencia gineco-obstétrica si se pone la lupa en el Código de Deontología Médica¹⁰ de la Organización Médica Colegial (OMC) y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) de 2022, en cuyo artículo 62 se establece:

En materia de sexualidad y reproducción, el médico no debe interferir desde su ideología en la conciencia de las personas. Debe intervenir informando lealmente, o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para ellas o para su futura descendencia.

⁹ Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/> (consultado el 20 de agosto de 2024).

¹⁰ Complementaria y originariamente, se puede unir a la anterior previsión el mismísimo Juramento Hipocrático de la Convención de Ginebra de 1948, obligatorio en la solemnidad del inicio de la actividad sanitaria, en donde se reza que “La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones”.

Está obligado, si se solicita, a informar acerca de todas las prestaciones a las que tengan derecho en materia de procreación, embarazo, parto, puerperio e interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, si de alguna forma exorbitante se circula en torno a la salud de la mujer, pocas veces se menciona explícitamente su carácter de derecho humano, por lo que se tendría que acudir al informe de visita a España del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa¹¹, en el cual Dunja Mijatović manifestó su preocupación por los “informes sistemáticos” que evidencian cómo los estereotipos de género afectan a las mujeres, aunque destaca muy positivamente las acciones emprendidas al respecto, señalando lo siguiente:

[...] acoge con satisfacción las importantes medidas adoptadas para defender la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas y pide al Gobierno que garantice que estos no se vean socavados por las persistentes desigualdades en el acceso entre regiones.

III. DISCUSIÓN DE FONDO

Los esfuerzos internacionales no normativos, o de carácter puramente declarativo o de acción política, existen desde la difusión de la Carta Europea de Derechos de los y las Pacientes, firmada en Roma en noviembre de 2002¹².

¹¹ El informe, titulado *España: abordar las desigualdades en materia de vivienda y salud, salvaguardar las libertades de expresión y reunión y proporcionar acceso seguro y legal al territorio a las personas solicitantes de asilo*, del Consejo de Europa (2023).

¹² La Asociación Española Contra el Cáncer (2002) destacó lo siguiente: “Todo individuo tiene derecho a evitar todo el sufrimiento y el dolor posibles, en cada fase de su enfermedad” (p. 7).

Sin embargo, la formación en salud reproductiva en su relación con la violencia gineco-obstétrica, las capacitaciones jurídicas y el aumento de la financiación de estudios especializados en todas las disciplinas son las acciones más inmediatas para producir efectos que enfrenten datos como la evidente ausencia de visibilización, a la vista de que, en español, en el periodo 2008-2018, se contabilizan solo un total de 11 publicaciones, 16 en inglés y 5 en portugués, según Google Académico.

La dicotomía entre el posicionamiento del sector sanitario y el de las mujeres como actores del debate o discusión de fondo es evidente, dado que se enfrentan argumentos técnicos, lógicos y científicos que sostienen que es el facultativo quien debe decidir de forma autónoma e independiente la técnica y el procedimiento para intervenir en un parto o situación similar, mientras que los especialistas en el área del trabajo social o del derecho abogan por la libertad de elección de la madre, siendo este bloque el que parece preferido por los y las pacientes¹³.

Hablar de debate es hablar de bloques, de actores, y en este ámbito existe cierta desigualdad al enfrentar al desarticulado paciente frente a poderosos *lobbies* (farmacéuticas, cadenas hospitalarias privadas, aseguradoras sanitarias, asociaciones y sindicatos médicos, fondos de inversión, mutuas y conciertos), de gran peso, como previsiblemente ocurrirá en el momento de diseñarse

¹³ Lo que es indiscutible es que, en el centro de la discusión, se encuentra que existe un contrato de mandato y servicio en el ámbito privado, o un servicio público en los sistemas públicos de salud, que debe prestar una atención “a la carta” al cliente o usuario y respetar la libre elección entre parto natural o cesárea, cuando las condiciones lo permitan, así como otros aspectos intrínsecos. Todo ello debería configurarse como norma general, siendo la excepción los casos de complicación. El trazo de esta línea es lo verdaderamente determinante: si la norma general debe ser la elección de la madre o si debe prevalecer la interpretación médica.

acciones políticas o legislativas en las cámaras y comisiones legislativas nacionales o autonómicas, en donde se determinará si mantener un conformista *statu quo* conforme a la regulación referida en el epígrafe anterior o aspirar a uno *ad quem*. Un ejemplo de los primeros pronunciamientos preventivos es el del Consejo de Colegios de Médicos, negacionista de la violencia gineco-obstétrica:

Ante las informaciones referentes a la modificación de la Ley del Aborto y, dentro de ella, la legislación de la denominada “violencia obstétrica” (entendida como aquella ejercida por un profesional a su paciente durante el proceso reproductivo) como una modalidad de violencia de género, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) aclara que este concepto no se ajusta a la realidad de la asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país y criminaliza las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica. Además, cualquier uso del término “violencia” es particularmente ofensivo: los procedimientos obstétricos que puedan considerarse excesivos e inapropiados serían, en todo caso, acciones basadas en el principio de beneficencia, que buscarían lo mejor para la mujer. La modulación de prácticas innecesarias se ha ido produciendo de acuerdo con la evidencia científica y con la aplicación del principio de autonomía. Esta es la vía para mejorar la calidad de la atención obstétrica, en la que todos estamos comprometidos. La profesión médica pide prudencia y no crear alarmas sociales innecesarias que pueden contribuir a deteriorar la necesaria confianza entre el médico y su paciente; rigor para denominar las prácticas

profesionales y respeto para los especialistas que trabajan con entrega, servicio, humanidad y ética. El CGCOM se pone a disposición del Ministerio de Igualdad para participar en todas aquellas iniciativas enfocadas a mejorar la asistencia sanitaria a las mujeres, desde el conocimiento científico, el compromiso ético y deontológico y la experiencia profesional. (Organización Médica Colegial de España [OMC], Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2021, párr. 1)¹⁴

Desde luego, quedarían grandes aspectos por exponer en lo jurídico, para que no exista la sobreposición de un actor sobre otro, sino la creación de un marco objetivo de previsión, en donde se incluyan medidas sencillas y rápidas de implementar, como el derecho a la objeción de conciencia del médico ante el seguimiento o cumplimiento de la decisión de la madre o de la paciente, de la misma forma que ocurrió con la lista de objetores en la Ley del Aborto. Esto representaría una nueva fase en el constructo de la nueva regulación.

IV. PERSPECTIVAS DESDE EL DERECHO COMPARADO

En el ámbito de las medidas legislativas latinoamericanas, cabe iniciar con la República del Ecuador, adelantando que todas las normativas de la región fueron posteriores tanto a la Convención sobre la Eliminación de Todas

¹⁴ Así, se pone de manifiesto cómo el colectivo médico-obstétrico en particular, y el sector médico en general, gozan en España de prerrogativas que los blindan frente a responsabilidades civiles, disciplinarias e incluso penales derivadas de actuaciones negligentes, amparándose en el documento de consentimiento informado. Sin embargo, el nuevo horizonte normativo y ético exige reconocer con carácter previo la voluntad de la madre, del mismo modo que, si un médico solicita a un mecánico neumáticos de 17 pulgadas, se espera que se instalen precisamente esos, y no otros de 15, por considerar el mecánico que son más adecuados.

las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 como a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, adoptada en Belém do Pará de 1994.

Para seguir un orden cronológico, resulta pertinente iniciar con el análisis de Venezuela, país que aprobó la primera legislación específica sobre esta materia el 23 de abril de 2007. En esta fecha, la Asamblea Nacional aprobó la Ley Orgánica N° 38.668 sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en cuyo artículo 15.13 se reconoce expresamente la violencia obstétrica como una forma de violencia ejercida contra las mujeres:

Violencia obstétrica: se entiende por 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.¹⁵

A continuación, se presenta el caso de Argentina, que cuenta con dos normas relevantes, promulgadas en los años 2009 y 2014. La primera es la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, que incluye al padre —al hombre—, siendo la única norma que lo contempla expresamente en su artículo 4, al señalar: “El

¹⁵ Incluso se inició con medidas estrictas mediante un código disciplinario que establece que, en tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable una multa de doscientas cincuenta a quinientas unidades tributarias. Además, deberá remitir copia certificada de la sentencia condenatoria, una vez que esta adquiera firmeza definitiva, al respectivo colegio profesional o institución gremial, con el objetivo de que se inicie el procedimiento disciplinario correspondiente (Lampert, 2021).

padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo”. La segunda es la Ley N° 26.485, que establece un procedimiento gratuito y sumarísimo para sustanciar las denuncias respectivas. Esta ley, titulada Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Lampert, 2021), es una de las primeras en reconocer los derechos vinculados al nacimiento (Gálvez, 2018).

En tercer lugar, debe analizarse el caso de México, que representa un avance legislativo temprano e importante, aunque no necesariamente acompañado por una mejora en los indicadores sociales. Al igual que en los casos anteriores, existe una brecha significativa entre la norma y la realidad, pues México es uno de los países de la región donde las mujeres se encuentran más desprotegidas y sufren mayores manifestaciones de violencia de género, según Gálvez (2018).

De esa manera, en el año 2016, el Gobierno mexicano anunció la nueva norma con la orden 007-SSA2-2016 de la Subsecretaria de Salud, del 4 de diciembre de 2014, que complementó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y que se publicó en el Boletín N°. 1350, en donde se inició el proyecto de decreto por el que se adiciona el Capítulo IV Quáter a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y se reforman los artículos 61 bis y 421 bis de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica. Además, esta ley estableció un código disciplinario y reformó varias leyes, en vez de estar contenida en una sola norma. No tipificó la violencia obstétrica en este marco legal y respaldó el parto humanizado y los derechos de la mujer en el parto. Esta resolución es una norma técnica de carácter obligatorio que rige en todo el país (Lampert, 2021).

A partir de ahí, los modelos son más dispersos y, como se evidencia, no solo a distintas velocidades de desarrollo, sino también en cuanto a las formas de protección. En el caso de Colombia, se puede señalar la Ley 1257 de 2008, que sigue un modelo de subsunción como el español, pues no hace referencia a la violencia obstétrica, posiblemente porque se encuentra inmersa en la violencia sexual (Calvache et al., 2018).

Por otro lado, muchos autores han destacado que en Chile es urgente que el Estado se haga cargo de la violencia obstétrica, siendo el primer paso el reconocimiento de su existencia y la valorización de ella como un fenómeno complejo (Gálvez, 2018), lo que precedió al proyecto de “Ley Adriana”, registrado en el Boletín N°12148-11, y luego avanzó con la Ley N.º 20.584¹⁶, que reza:

3) Elaborar un proyecto sustentado en que las mujeres tienen derechos, pero además son soberanas sobre su cuerpo y, por ende, tienen derecho a decidir y participar en las determinaciones médicas sobre cómo vivir su sexualidad, anticoncepción y número de hijos o hijas que desean tener, las condiciones del parto y nacimientos, el derecho a ser informada, al acompañamiento, a la intimidad y privacidad, libres de violencia, discriminación o coerción. Es en ese sentido que esta ley tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del o la recién nacida, su la familia o acompañante significativo, en el

¹⁶ Costa Rica no ha regulado de manera específica la violencia obstétrica; no obstante, la ley en estudio desarrolla los deberes y derechos del personal de salud, estableciendo una serie de disposiciones a favor de los pacientes, con el objetivo de garantizar su respeto y privacidad, así como el reconocimiento de la autonomía de los pacientes (Navarro, 2024).

ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual.

Destaca de la regulación chilena el añadido del principio de multiculturalidad y, en su artículo 4, una larga lista de acciones u omisiones referidas a esta violencia, siendo una de las legislaciones en ciernes más certeras o celosas en detalles, con un Título III: “De los derechos del nacimiento”.

Si se estudia el caso de Costa Rica, cabe destacar el análisis realizado por Arguelas (2014:161-166), quien ofrece un estudio interesante sobre el ejercicio del poder sobre la mujer desde la obstetricia, a partir de la teoría de Foucault. Su análisis incluye casos reales ocurridos en salas de partos, donde el único documento de referencia era la *Guía de atención al embarazo, parto y posparto en Costa Rica* de 2008. Esta situación se mantuvo hasta la proyección de la Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica, cuya versión más reciente corresponde a la reforma de la Ley General de Salud de 1973 (Nº 9824) y el artículo 12 de la Ley 5395, en el cual se destaca lo siguiente:

Toda mujer gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo, a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el periodo de lactancia [...] Se reconoce y garantiza la protección de las mujeres en estado de embarazo, cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, antes, durante y después del parto, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición. Para tales efectos, la atención de las mujeres en estado de embarazo debe ser equitativa,

preventiva, periódica y con enfoque de riesgo, sin someterlas a ninguna forma de violencia ginecobstétrica, según las definiciones y modalidades que se establezcan.

Panamá, por su parte, promulgó la Ley 82 de 24 de octubre de 2013, que tipifica el feminicidio y la violencia contra la mujer. En su artículo 4.22 define la violencia obstétrica, aunque no hace mención a la violencia ginecológica¹⁷ (Navarro, 2024). Más adelante, en el artículo 27 establece lo siguiente:

El Ministerio de Salud desarrollará las siguientes acciones con la finalidad de sensibilizar, prevenir y atender la violencia contra las mujeres [...]. Detectar precozmente y atender todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental, que especificando el procedimiento que se va a seguir para la atención de las mujeres víctimas de violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. Dicho procedimiento debe asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios.

Más adelante, Perú presentó el Supremo Decreto N° 0082016-MIMP, en el marco del Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021, en el cual se define únicamente la violencia obstétrica (Alayo, 2021).

¹⁷ La violencia obstétrica es aquella ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero.

En el caso de El Salvador, las cifras indican que 11 de cada 100 mujeres sufren algún tipo de agresión durante el trabajo de parto (Figuerola, 2022), lo que evidencia la ineficacia de la normativa vigente desde el año 2012, titulada Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV), Esta situación no parece haberse corregido con la reciente promulgación de la Ley Nacer con Cariño (LNCC) Enel año 2021.

Finalmente, en el caso de Uruguay, es cierto que destaca por sus buenas cifras, quizás debido a la promulgación, en 2008, de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que dio origen a diversas políticas y programas en esta materia. A ello se suman la Ley N° 18.987 sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), promulgada en octubre de 2012, y la Ley N° 19.580 sobre Violencia hacia las Mujeres Basada en Género, aprobada en el año 2017, entre otras que han contribuido a la construcción progresiva de un entorno más respetuoso de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:

Un país reconocido por estar a la vanguardia en cuanto al reconocimiento de los derechos de salud reproductiva, siendo algunos indicadores de esta realidad la baja tasa de mortalidad materna, el acceso al aborto, modalidades de parto con acompañamiento, baja mortalidad infantil, entre otros. (Figuerola, 2022, p. 10)

V. CONCLUSIONES

Una vez alcanzados los objetivos y desplegados los argumentos pretendidos en el trabajo, se puede concluir una serie de puntos:

En primer lugar, existe un florilegio en España y a nivel internacional que arraiga y vincula directamente el derecho a la salud gineco-obstétrica como un derecho humano, tanto desde el Sistema Internacional y Regional de Protección de los Derechos Humanos como en textos y sentencias nacionales.

Además, se ha podido comprobar que la cuestión de fondo se está abordando en un debate entre el colectivo sanitario, el de pacientes y el bloque jurídico, en lugar de dejarla descansar en el ente científico y técnico en foros mayores y más competentes, en primera instancia, y, en segundo lugar, en las asambleas legislativas.

Aparte de lo recomendable que sería extraer el debate de lo dicotómico y frívolo –con valoraciones de *lobbies*, *desiderátums*, cuestionamientos interesados y subjetivos, pues no puede medirse un parecer o un sentir individual–, se aprecia la necesidad de un poder que ejerza la armonización y el equilibrio justo, donde España debe abordar en comisiones la potenciación de la investigación de campo, los protocolos, la extracción de datos y la valoración para la generación de nuevas normas.

En segundo lugar, pronunciamientos de las Naciones Unidas han respaldado la continuidad de los esfuerzos legislativos en el ámbito del derecho comparado, como se evidenció en el cuarto epígrafe. Si bien no existe homogeneidad entre dichas normas, tampoco hay una misma velocidad ni un formato en común de implementación. Aunque las principales líneas de desarrollo normativo se observan en Latinoamérica –como en los casos de Venezuela y Ecuador–, existen otras formas de abordar el asunto, como ocurre en España, donde el *statu quo* mantiene estancados los casos de violencia

gineco-obstétrica a modo de contención. En este sentido, el estudio de aplicación de medidas adoptadas por los Estados analizados debe tenerse en consideración.

REFERENCIAS

Asociación Española Contra el Cáncer. (2002). Carta europea de los derechos de los pacientes. https://www.seaus.net/images/stories/Cartas_de_Derechos/PDF/UnionEuropea/European_Charter_of_Patients_Rights.pdf

Alayo, J. X. (2021). Falta de regulación jurídica de la violencia obstétrica en el Perú, y la vulneración de los derechos reproductivos de la mujer. [Universidad César Vallejo del Perú].

https://www.academia.edu/85938814/Falta_de_regulaci%C3%B3n_jur%C3%ADdica_de_la_violencia_obst%C3%A9trica_en_el_Per%C3%BA_y_la_vulneraci%C3%B3n_de_los_derechos_reproductivos_de_la_mujer

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (s.f.). Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. https://www.asamblea.go.cr/DYD/Mario_Redondo/documentos_relevantes/Proyecto%20Ley%20para%20proteger%20a%20la%20mujer%20embarazada%20y%20sancionar%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica.pdf

Calvache, Y. A., Maya, L. A., & Cruz, W. E. (2018). La violencia obstétrica en Colombia frente a un derecho comparado. UDGC.

Cárdenas, M., Salinero, S., & C, G. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322020000300187.

Casanova, J. G. (1965). La idea de constitución en Karl Loewenstein. *Revista de Estudios Políticos*, (139), 73-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2048127>.

*Revisión de la violencia gineco-obstétrica desde la regulación actual y las
propuestas legislativas: un estudio comparado*

Consejo de Europa. (2023). España: abordar las desigualdades en materia de vivienda y salud, salvaguardar las libertades de expresión y reunión y proporcionar acceso seguro y legal al territorio a las personas que solicitan asilo. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/spain-address-housing-and-health-inequalities-safeguard-freedoms-of-expression-and-assembly-and-provide-safe-and-legal-access-to-the-territory-for-people-seeking-asylum>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). Código de deontología médica. OMS.

Datos Macro. (s.f.). Home. <https://datosmacro.expansion.com/idh>

Figuerola, M. G. (2022). Estudio comparativo del marco jurídico de protección de los derechos reproductivos de las mujeres en casos de violencia obstétrica en El Salvador y Uruguay en los años 2012-2022. [Universidad de El Salvador]. <https://repositorio.ues.edu.sv/items/59019152-a4c3-40a6-9591-94de334f98de/full>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Informe anual de 2021. <https://www.unfpa.org/es/annual-report-2021#:~:text=Este%20a%C3%B1o%2C%20gracias%20a%20las,de%20la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero>

Freedom House. (s.f.). Home. <https://freedomhouse.org/country/spain>

Gálvez, N. C. (2018). Violencia obstétrica: género y derecho. Universidad de Chile.

Gandolfi, M. A., & Mir, J. R. (2022). Coercive hysterectomies in India: framework of analysis and guidelines for intervention. *Methaodos*, 10(1), 74. <https://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/download/510/805/2534>.

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (s.f.). Home. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4848>

Lampert, M. P. (2021). Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Legislación de Argentina, Venezuela y México. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Naciones Unidas. (2022). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2f82%2fD%2f149%2f2019&Lang=en

Navarro, E. Y. (2024). Tipificación de la violencia obstétrica como un delito dentro del sistema jurídico peruano. UPAO.

ONU Mujeres. (2024). Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Médica Colegial de España [OMC], Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2021). El CGCOM rechaza el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en España. <https://www.cgcom.es/noticias/el-cgcom-rechaza-el-concepto-de-violencia-obstetrica-para-describir-las-practicas>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Cobertura sanitaria universal (CSU). [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20cobertura%20de,2000%20a%2068%20en%202021](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20cobertura%20de,2000%20a%2068%20en%202021)

Rodríguez, D. D. (2024). A violência obstétrica à luz dos direitos humanos: uma revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10(7), 2832-2845. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14935>.

*Revisión de la violencia gineco-obstétrica desde la regulación actual y las
propuestas legislativas: un estudio comparado*

Yasig, L. E. (2024). Violencia gineco-obstétrica: análisis jurídico en su reparación integral.
[Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y
Ciencias Sociales, Carrera de Derecho].