



Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Versión avanzada sin editar

Distr. general
13 de julio de 2022

Original: español

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 149/2019^{*,**}

<i>Comunicación presentada por:</i>	N.A.E. (con representación letrada de Francisca Fernández Guillén y Marina Morla González)
<i>Presunta víctima:</i>	La autora
<i>Estado parte:</i>	España
<i>Fecha de la comunicación:</i>	10 de noviembre de 2018
<i>Referencias:</i>	Decisión del Comité con arreglo al artículo 69 del reglamento, transmitida al Estado parte el 9 de septiembre de 2019 (no se publicó como documento)
<i>Fecha de adopción de la decisión:</i>	27 de junio de 2022
<i>Asunto:</i>	Violencia obstétrica
<i>Cuestiones de procedimiento:</i>	Agotamiento de los recursos internos; abuso de derecho
<i>Artículos de la Convención:</i>	2, 3, 5 y 12
<i>Artículos del Protocolo Facultativo:</i>	4.1 y 2 d)

Antecedentes

* Adoptado por el Comité en su 82º período de sesiones (13 de junio a 1 de julio de 2022).

** Participaron en el examen de la presente comunicación los siguientes miembros del Comité: Gladys Acosta Vargas, Hiroko Akizuki, Tamader Al-Rammah, Nicole Ameline, Marion Bethel, Leticia Bonifaz Alfonso, Louiza Chalal, Corinne Dettmeijer-Vermeulen, Naéla Gabr, Hilary Gbedemah, Nahla Haidar, Dalia Leinarte, Rosario G. Manalo, Lia Nadaraia, Bandana Rana, Rhoda Reddock, Elgun Safarov, Natasha Stott Despoja y Franceline Toé Bouda. De conformidad con el artículo 60 (c) del reglamento del Comité, Ana Peláez Narváez no participó en el examen de la presente comunicación.



1.1 La autora de la comunicación es N.A.E., de nacionalidad española y nacida el 12 de septiembre de 1986. La autora afirma que España ha violado los derechos que la asisten con arreglo a los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por la violencia obstétrica de la cual fue víctima en el hospital durante su parto. La Convención y su Protocolo Facultativo entraron en vigor en el Estado parte el 4 de febrero de 1984 y el 6 de octubre de 2001, respectivamente. La autora está legalmente representada.

1.2 Entre el 21 de mayo de 2020 y el 30 de junio de 2020, el Comité recibió 11 intervenciones de terceros¹, las cuales fueron transmitidas a ambas partes para sus comentarios.

Hechos expuestos por la autora

Preparto, parto mediante cirugía mayor abdominal (cesárea) y postparto

2.1 Durante el transcurso de su primer embarazo a la edad de 25 años, un embarazo que había sido controlado y sano, la autora y su pareja presentaron al hospital público de Donostia, dependiente del Servicio Vasco de Salud, un plan de parto en el que expresaban no querer que se administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto, que las decisiones que el personal médico tenga que tomar sean consensuadas, que, si fuera necesaria la cesárea, el bebé esté con su madre cuanto nazca o con su padre si la autora tuviera que permanecer en el quirófano, y que no se alimente al bebé con biberones.

2.2 El 9 de julio de 2012, a las 8.00 horas, encontrándose a 38 semanas de gestación, la autora acudió al hospital por haber roto aguas durante la noche, alrededor de las 3.00 horas. Al llegar al hospital, una comadrona le realizó un primer tacto vaginal² para ver si la bolsa “estaba bien rota”.

2.3 El protocolo del hospital establecía una espera de 24 horas antes de proceder a la inducción del parto. Sin embargo, el mismo día a las 16.00 horas, una ginecóloga le informó que le iban a inducir el parto porque, según sus palabras, “nosotros no inducimos por la noche”. La autora alega que no existía ninguna necesidad médica para inducir el parto porque, desde el momento de su ingreso, sintió contracciones regulares de forma espontánea, por lo que el trabajo estaba avanzando. Según la autora, en lugar de tomar una actitud expectante durante al menos 24 horas, que permitiese la maduración cervical³ y mejorase las condiciones para el parto natural, el hospital prefirió inducirlo, por comodidad de los asistentes. Así, el 9 de julio de 2012 a las 17:10 horas, 14 horas después de que rompiera aguas, su trabajo de parto fue médicamente inducido, mediante inyección de oxitocina. Señala que no solamente se antepuso a su seguridad y a la de su futuro hijo, sino que fue contrario al protocolo del propio hospital, que establece un período de espera de 24 horas antes de inducir el parto.

2.4 La autora no consintió a la inducción del parto; sus repetidas solicitudes de información sobre los riesgos y sus alternativas no fueron atendidas.

¹ Provenientes, en orden cronológico, del Observatorio de la Violencia Obstétrica en España; de María Fuentes Caballero del Centro de Salud Artemisa (Cádiz); del Centro de investigación sobre derechos humanos y derecho humanitario de la Universidad Panthéon-Assas (Paris, Francia); de Migjorn – Casa de Naixements (Barcelona); de la Plataforma pro Derechos del Nacimiento; de la Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya; del Observatorio de Violencia Obstétrica (Chile); de Asociación Nacer en Casa; de la Associació Naixença Balears; del Grupo de Información en Reproducción Elegida (México); y de Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Brasil). Se retoman las principales intervenciones en los párrs. 6 a 12.

² El tacto vaginal consiste en introducir el o los dedos de una mano en la vagina de la embarazada para medir los parámetros de la fase de dilatación.

³ Procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento y dilatación del cuello uterino.

2.5 Hasta que le indujeron médicamente el parto, la autora solicitó autorización para comer, cosa denegada por el hospital a pesar de que suministrar alimento es una recomendación de la Guía de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad español, el cual establece que las fuentes energéticas deben ser garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal.

2.6 A las 17:00 horas, unos minutos antes de la inducción del parto, una estudiante de prácticas le realizó un segundo tacto vaginal, dando la impresión de no saber muy bien qué estaba haciendo, y le produjo muchísimo dolor. No solamente la autora había pedido que le asistiera el personal mínimo, sino que la Ley de autonomía del paciente⁴ contempla un escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual.

2.7 Entre las 20:00 horas del 9 de julio y las 7:30 horas del 10 de julio, se realizaron otros siete tactos vaginales.

2.8 A las 9:30 horas del 10 de julio de 2012, se le realizó un décimo tacto vaginal y, a pesar de que el registro de monitorización del bienestar del bebé estaba bien, la matrona le informó que estaban valorando hacer una cesárea porque supuestamente el parto se encontraba “estacionado”. La autora le solicitó que valorara la dilatación; cuando se comprobó que había avanzado, habiendo llegado hasta 7 centímetros, y que el niño había bajado, la autora le solicitó llorando que informara a los médicos. Sin embargo, los médicos llegaron con la decisión tomada, afirmando “cesárea sí o sí y ya”. Cuando la autora solicitó información, el médico no se la proporcionó, sino que la infantilizó contestándole “tranquila, que yo voy a cuidar de ti”.

2.9 A las 10.00 horas, estudiantes iniciaron la operación sin el consentimiento de la autora. Los médicos no permitieron al esposo de la autora estar presente. Según la autora:

“Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca. Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara. Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz. El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos ‘falta el bote de la placenta’, ‘donde está la pulsera del niño’. Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse [...]. Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieran el fin de semana, hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo.”

2.10 A pesar de que la normativa sanitaria española establece que ningún paciente puede ser utilizado en un proyecto docente sin su previa autorización, un médico fue guiando todos los pasos de quienes operaron a la autora, indicándoles cómo debían cortar y qué estaban cortando, detalles que la autora hubiera preferido no oír.

2.11 El hijo de la autora nació a las 10:12 horas. Tras realizar la cesárea, se incumplió nuevamente el protocolo que indica que el neonato permanecerá con su madre durante las horas de reanimación inmediata, para iniciar la lactancia materna y el contacto madre-hijo (que mejora ritmo cardíaco, temperatura, glucosa sanguínea, sistema inmunitario y sueño). Sin embargo, el bebé fue separado de su madre para ser llevado al pediatra sin ninguna razón y la autora no tuvo oportunidad de hacer contacto piel con piel con él; la autora solo alcanzó a verle de lejos. Cuando lo volvieron a traer, limpio y vestido, se lo enseñaron a la altura de su mano, pero no pudo acariciarlo porque desde la operación seguía con los brazos atados. Le ordenaron que le diera un beso, acercándose a la cara, pero llevándose lo inmediatamente sin que le pudiera decir nada. La autora solicitó que le dieran el niño a su padre, a lo que se le respondió “tranquila, chavalilla, que ya está”. La autora oyó cómo explicaban a los estudiantes la forma en la que había que coserla. Terminaron sin decirle nada.

⁴ Ley núm. 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.

2.12 A lo largo de las siguientes horas la autora solicitó que le trajeran al niño, pero no se lo trajeron, contrario a las Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano de la Asociación Española de Pediatría.

2.13 A esta separación materna se sumó la lactancia artificial, a pesar de que la familia había manifestado su intención de amamantarlo. La lactancia artificial dificultó posteriormente la lactancia materna cuando después de tres horas finalmente se devolvió el recién nacido a la autora. Probablemente a consecuencia de los biberones administrados previamente, el bebé se agarró mal al pecho, por lo que los padres se vieron obligados a pedir un suplemento artificial.

2.14 Posteriormente, la autora padeció de dolor abdominal en cicatriz de cesárea e hipogastrio y urgencia miccional. Recibió tratamiento para elastificar la cicatriz, relajar el diafragma y disminuir la presión abdominal.

2.15 La autora también tuvo que acudir a su médico de atención primaria por síntomas de ansiedad en relación con la experiencia del parto. En un informe de fecha 7 de junio de 2013 del Centro de Salud Mental de Andoain, del Servicio Vasco de Salud, la autora fue diagnosticada con trastorno de estrés postraumático posparto, angustia y ansiedad anticipatoria, labilidad emocional y ánimo depresivo reactivo, y se le prescribió tratamiento ansiolítico.

2.16 El 20 de noviembre de 2014, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto fue confirmado por una especialista en psiquiatría, profesora de la Universidad de Alcalá de Henares y asesora técnica del Defensor del Pueblo. Dicha especialista confirmó que el trastorno fue causado por el modo en que la autora fue atendida durante el nacimiento de su hijo y que, en sus propios términos, “pudo evitarse a través del consentimiento informado, que guarda relación con el derecho a la integridad moral y a la libertad y es revelador de que la privación de la autonomía personal puede producir una lesión psíquica”. También afirmó “con seguridad que si el trato recibido hubiera sido otro a lo largo del parto no presentaría la intensidad sintomática ni las secuelas actuales”. Dicha especialista estableció así una relación de causalidad directa entre el trato recibido y la lesión psíquica.

2.17 El 16 de julio 2015, la especialista amplió su informe para afirmar que la sintomatología que presentaba la autora a raíz de su parto “cumple todos los criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático”, y que su caso era ilustrativo y paradigmático de lo que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los expertos en trauma postparto, que a la falta de cuidados y respeto durante el parto, se añadió la posterior negación por parte de profesionales médicos de la gravedad e impacto de los síntomas resultantes.

Denuncias presentadas por la autora

2.18 El 9 de julio de 2013, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública, en contra del Servicio Vasco de Salud, por mala praxis médica en la atención que recibió durante su parto. La autora mencionó en particular: a) la inducción del parto de manera anticipada y sin necesidad, “saltándose el protocolo”, sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento para la forma de inducción) la realización de una cesárea sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento) el hecho que dicha cesárea fuera realizada por estudiantes, supervisados por un tutor, sin haber consentido a servir para dichas prácticas) su separación del recién nacido sin ninguna necesidad; e) la administración de biberones sin consentimiento de sus padres que habían manifestado su deseo de alimentar a su hijo mediante la lactancia materna; y f) el trauma físico y psicológico que supuso su parto, en violación a su integridad física y moral, su dignidad y su intimidad personal y familiar.

2.19 El 1 de octubre de 2013, la autora aportó al procedimiento administrativo el informe de una matrona que había asistido en su parto, que sostuvo que en ningún momento hubo riesgo de pérdida de bienestar fetal, que no se esperó tiempo suficiente para la indicación de la cesárea, y que no obraban hojas de consentimiento para la inducción ni para la cesárea.

2.20 Frente al silencio administrativo y dado que la Administración demandada había sobrepasado ampliamente el plazo que tenía para resolver, la autora presentó el 25 de marzo de 2015 una demanda ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 3 de Donostia-San Sebastián, contra la desestimación presunta de su reclamación de responsabilidad patrimonial.

2.21 La autora adjuntó a su demanda el informe de la matrona (párr. 2.19), el informe pericial de la especialista en psiquiatría (párrs. 2.16 y 2.17), y el informe pericial de una especialista en ginecología y obstetricia que revelaba una mala praxis en la atención prestada y que afirmaba que existían alternativas a la cesárea. En particular, dicho informe concluía que la actuación del personal sanitario no se ha ajustado a la *lex artis*, que no se siguieron los protocolos, que se decidió una inducción del parto sin valorar previamente las condiciones obstétricas del cuello uterino, que se procedió a la inducción del parto con oxitocina sin la previa maduración cervical con prostaglandinas como indican todos los protocolos, que tuvo lugar un diagnóstico precipitado de parto estacionado, acortando también los tiempos previstos en los protocolos, y que si se hubiera actuado siguiendo las normas y protocolos, muy probablemente la autora habría tenido un parto normal. Las evidencias científicas que aconsejaban otro tipo de actuación son claras.

2.22 El 13 de octubre de 2015, el Juzgado desestimó la demanda. La sentencia subrayó que el plan de parto era solamente una expresión de deseos y afirmó que cuando una prestación sanitaria se efectúa con sujeción a los conocimientos científicos-técnicos, los posibles daños que ella ocasione no dan lugar a responsabilidad patrimonial de la Administración. Según el Juzgado, la inducción fue una práctica acorde con la *lex artis* y la cesárea se realizó debido al estancamiento del parto. El Juzgado citó una sentencia de 2 de julio de 2010 de la Sala Contenciosa-Administrativa según la cual el parto “constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos”. En cuanto al trastorno de estrés postraumático posparto, el Juzgado solamente dio crédito al informe del inspector de la Administración (que no es especialista en psiquiatría ni examinó a la autora) según el cual su vivencia dependió de la propia idiosincrasia de la interesada y no del trato recibido, para concluir que no había elementos probatorios que permitieran sostener la interpretación de la autora, que era una mera percepción.

2.23 Por tratarse de un procedimiento abreviado de cuantía inferior a 30.000 euros, en la propia sentencia se indicó que no cabía recurso ordinario alguno. Así, el 30 de noviembre de 2015 (antes de que venciera el plazo el 1 de diciembre de 2015), la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional por lesión de los derechos constitucionales a la libertad, a la integridad física y moral, y a la intimidad personal y familiar, que fue desestimado.

Contexto en el Estado parte y caracterización de los hechos como “violencia obstétrica”

2.24 Recordando que el análisis de contexto es fundamental en el proceso de examen de comunicaciones por los órganos de tratados, y mencionando el dictamen del Comité Pimentel c. Brasil, en el cual se examinó el contexto del sistema de salud en Brasil para llegar a la conclusión que la mala atención médica durante el parto de la víctima era un problema sistemático en Brasil, la autora defiende que en la presente comunicación es particularmente necesario entender el contexto de la violencia obstétrica en el Estado parte.

2.25 La autora sostiene así que, en el Estado parte, diversos testimonios de mujeres relatan que, durante el parto, sufren habitualmente comentarios como “si te gustó hacerlo, ahora aguántate”, o “no llores, no es para tanto”. Asimismo, se somete a las mujeres a procedimientos médicos no necesarios para acelerar el parto, como abuso de oxitócicos, cesáreas y episiotomías. Al respecto, la sección española de la organización no gubernamental Médicos del Mundo concluyó que las cifras de cesáreas y episiotomías superan las recomendadas por la OMS. La auto-

ra hace también referencia al informe del Observatorio de violencia obstétrica según el cual en 50 % de los casos, las mujeres no son informadas de la intervención que se les realiza; en un 65,8 % de los casos, el plan de parto no se respeta; en un 55,7 % de los casos, no se le permite a la mujer comer ni beber; y en un 74,7 % de los casos, no se permite elegir la postura en el expulsivo⁵.

2.26 La autora alega que es ilustrativo que el propio Estado parte haya reconocido que España se caracteriza por una atención al parto especialmente intervencionista en comparación con sus vecinos europeos y que ello no parece justificarse con unos mejores resultados, como menores tasas de mortalidad o morbilidad perinatal. Al contrario, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). El intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible⁶.

2.27 La autora indica que la organización no gubernamental Médicos del Mundo define la violencia obstétrica como las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo el proceso de embarazo, parto y etapa posterior, a través de malos tratos físicos y verbales, humillaciones, ausencia de información y de consentimiento, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, teniendo como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el cuerpo y la sexualidad. La autora menciona también que, según el Observatorio de violencia obstétrica, la violencia obstétrica es el acto de ignorar la autoridad y la autonomía que las mujeres tienen sobre su sexualidad, sus cuerpos, sus bebés y sus experiencias de gestación y parto. Es también el acto de ignorar la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que el parto requiere para progresar con normalidad.

2.28 La autora sostiene que la violencia obstétrica responde a variables subyacentes relacionadas con la apropiación del control y de la responsabilidad sobre el proceso de parto por el personal sanitario. Además, la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud produce una desigualdad añadida que nace de la jerarquía médico-paciente en donde el profesional se apropia del lugar del saber (y del poder) a través de estas actuaciones, ya que cuenta con la legitimación social necesaria para afirmarse en esa condición⁷. De tal forma, se reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica⁸.

2.29 La autora sostiene que la violencia obstétrica es un tipo de violencia que sólo puede ejercerse sobre las mujeres y constituye una de las formas más graves de discriminación. La discriminación se basa en estereotipos de género, cuyo propósito es perpetuar estigmas relacionados con el cuerpo de la mujer y sus funciones tradicionales en la sociedad en lo que respecta a la sexualidad y a la reproducción.

2.30 La autora señala también que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos concluyó que la imposibilidad de decidir con autonomía sobre la salud durante el embarazo, parto y puerpe-

⁵ Resultados de las encuestas realizadas por el Observatorio de violencia obstétrica. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>, y Cristina Medina Pradas y Paz Ferrer Ispizua, “Prevalence of obstetric violence in Spain”, infografía, 2017, disponible en <https://mamacapaz.com/wp-content/uploads/VO.pdf>.

⁶ Adela Recio Alcaide, “La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema” *Dilemata*, año 7, núm. 18, (2015) págs. 13 a 26.

⁷ Véase Laura Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, 1 (7) (2013), págs. 25 a 32.

⁸ Véase Marbella Camaraco, “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica”, en *Revista venezolana de estudios de la mujer*, vol. 14, núm. 32 (2009).

rio, constituía una violación del derecho a la vida privada y familiar⁹, y estableció que la mujer tiene el derecho fundamental de elegir las circunstancias en las que tiene lugar su parto¹⁰, que el alejamiento de un bebé de su madre tras el nacimiento requiere una justificación excepcional, al entenderse que es un acto traumático¹¹, y que ciertos actos y omisiones de los Estados con relación a las políticas de salud pueden acarrear responsabilidad por tratos inhumanos o degradantes, al generar sensaciones de inseguridad, angustia, incertidumbre y humillación.¹²

2.31 Al respecto, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha señalado que la violencia obstétrica inflige un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos.¹³

2.32 La autora indica que la violencia obstétrica fue reconocida como tal por la Organización Mundial de la Salud en 2014, afirmando que “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”, y defendiendo que es necesario un “accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos”¹⁴. Asimismo, el Consejo de Derechos Humanos mencionó el término de violencia obstétrica por primera vez en 2016, recomendando a los Estados asegurar que se impongan sanciones en caso de violencia ginecológica u obstétrica¹⁵.

Denuncia

3.1 La autora sostiene que ha agotado todos los recursos internos disponibles por la violencia obstétrica sufrida su parto.

3.2 La autora sostiene que los siguientes elementos vulneraron sus derechos reconocidos en los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención: a) la realización innecesaria de una inducción del parto que alteró su proceso natural, sin proporcionarle ninguna información al respecto ni permitirle elegir un método de inducción; b) la realización de una cesárea sin que existiera necesidad médica, sin proporcionarle información sobre los riesgos y alternativas ni requerir su consentimiento, cuando se trata de una cirugía mayor abdominal con un riesgo de muerte materna entre dos y cuatro veces superior al del parto vaginal y con peores resultados neonatales, en una sala de operaciones que se convirtió en un aula, usándola como ejemplo para que estudiantes aprendan a realizar una cesárea, denotando problemas en relación con dos cuestiones: la privacidad y el consentimiento, y sin la presencia de su esposo ni posibilidad de verlo en las siguientes horas (contrario no solamente a la recomendación de la OMS sobre el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección, sino también a la propia recomendación del Ministerio de Sanidad y Política Social del Estado parte que indica que se debe ofrecer a todas las mujeres la presencia sin restricciones de la persona acompañante que ella elija durante el

⁹ Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Konovalova c. Rusia*, (demanda núm. 37873/04), sentencia de 9 de octubre de 2014.

¹⁰ Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Ternovszky c. Hungría*, (demanda núm. 67545/09), sentencia de 14 de diciembre de 2010.

¹¹ Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P., C. y S. c. Reino Unido*, (demanda núm. 56547/00), sentencia de 16 de julio de 2002.

¹² Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. y S. c. Polonia*, (demanda núm. 57375/08), sentencia de 30 de octubre de 2012.

¹³ Véase [A/HRC/31/57](#), párr. 47.

¹⁴ Véase Organización Mundial de la Salud, documento WHO/RHR/14.23.

¹⁵ Véase [A/HRC/32/44](#), párr. 106 h).

trabajo de parto y el parto)¹⁶; c) las consecuencias físicas de la cirugía mayor abdominal que requirieron tratamientos rehabilitadores de fisioterapia; d) la separación de su bebé recién nacido sin que existiera justificación médica, y a quien no pudo abrazar cuando se lo acercaron un segundo porque continuaba con los brazos atados en cruz; f) el irrespeto de su autonomía en cuanto a la alimentación de su hijo; y g) la lesión psíquica —trastorno de estrés postraumático posparto— resultante de su experiencia en el hospital.

3.3 En cuanto a la violación del artículo 5 de la Convención, la autora alega que recibió la mala atención que denuncia por la pervivencia de estereotipos de género con respecto a la falta de autonomía de la mujer en torno a las decisiones sobre su salud sexual, su maternidad y su parto. En particular, el uso de términos infantilizadores por los médicos, como “chavalilla”, fueron conductas que se relacionan con los sesgos o visiones estereotipadas de la mujer incapaz de autodeterminación. Asimismo, los estereotipos distorsionaron la percepción del juez, que se limitó a referirse al informe del hospital, asumiendo sus postulados. El juez no tomó en cuenta ni el irrespeto a los propios protocolos, ni la ausencia de documentos de consentimiento informado, ni ninguno de los informes que la autora aportó en el marco de los procedimientos para probar la malpraxis (el informe de la matrona, párr. 2.19, y el informe pericial de una especialista en ginecología y obstetricia, párr. 2.21). El juez tampoco tomó en cuenta los informes presentados en relación al diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto (informes del Centro de Salud Mental de Andoain del Servicio Vasco de Salud, párr. 2.15, y de la especialista en psiquiatría, párr. 2.16 y 2.17), sino que imputó las lesiones y consecuencias sufridas por la autora a una mera cuestión de percepción. Sobre la no valoración de testimonios de las propias víctimas, la autora recuerda que la recomendación general núm. 33 del Comité expresa en su párrafo 26 que el establecimiento de estereotipos afecta también a la credibilidad de las declaraciones, los argumentos y los testimonios de las mujeres, como partes y como testigos. Así, el personal sanitario primero y los jueces posteriormente asumieron que la mujer debe comportarse siguiendo las indicaciones de los médicos por ser incapaz de tomar sus propias decisiones. La autora alega que en ningún momento las autoridades fueron capaces de comprender íntegramente las causas y efectos del fenómeno de la violencia obstétrica como forma de violencia de género que constituye una grave vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Alega que el modelo autoritario y paternalista de la relación médico-paciente ha dado lugar a la “normalización” en el imaginario social de que las mujeres simplemente cumplen un rol reproductivo, pero no pueden opinar cuando dan a luz sobre cómo hacerlo. La autora recuerda que, para la correcta implementación del artículo 5 de la Convención, los Estados partes están obligados a tomar medidas apropiadas para modificar patrones de conducta estereotipados y eliminar la discriminación estructural.

3.4 En cuanto a la violación de los artículos 2 y 12 de la Convención, la autora alega que el trato que recibió constituye una violación de sus derechos a la salud sexual y reproductiva y a acceder a una maternidad segura, de calidad y libre de discriminación y violencia. Alega que la atención médica, por un lado, y la posterior actuación judicial, por otro, demuestran que el Estado parte no ha cumplido con sus obligaciones en materia de protección de las mujeres frente a discriminación y violencia durante el embarazo, parto y puerperio. Recuerda que, conforme al artículo 2, los Estados partes deben garantizar que los órganos que los constituyen se abstengan de incurrir en actos que directa o indirectamente supongan una discriminación contra las mujeres. Indica que lo anterior implica una obligación de resultado de suprimir cualquier práctica que tenga como efecto un acto de discriminación, dado que permitir actitudes discriminatorias basadas en estereotipos de género supone una violación de la Convención.¹⁷

¹⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social, Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones, disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>, página 43.

¹⁷ La autora menciona las recomendaciones generales núm. 27 y núm. 28.

3.5 En cuanto a la violación del artículo 3 de la Convención, la autora alega que no pudo dar a luz de manera compatible con el respeto de sus derechos humanos. Recuerda que, desde 1985, la Organización Mundial de la Salud exhorta a los gobiernos a promover “una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto”, e indica que se debería “controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el niño”¹⁸.

3.6 La autora solicita una reparación individual por las violaciones sufridas, así como la realización por el Estado parte de estudios y estadísticas para combatir y sensibilizar contra la violencia obstétrica, como medida de no repetición. La autora también solicita al Comité que elabore una recomendación general que aborde esta temática, por ser una realidad que sufren mujeres en todo el mundo.

Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad y el fondo

4.1 En sus observaciones de 9 de marzo de 2020, el Estado parte alega que la comunicación es inadmisibles por pretender una revisión de la valoración de la prueba realizada por los tribunales. Según el Estado parte, los tribunales internos ya realizaron una valoración exhaustiva de la prueba.

4.2 El Estado parte también alega que la comunicación es inadmisibles por falta de agotamiento de los recursos internos porque la autora no planteó una demanda por vulneración de sus derechos fundamentales, sino una reclamación de responsabilidad patrimonial de 21.175 euros por funcionamiento anormal de la administración sanitaria, seguida de un contencioso-administrativo y un amparo.

4.3 Subsidiariamente, el Estado parte defiende que no hay vulneración de la Convención ya que la valoración de la prueba no ha sido arbitraria, que no se ha incurrido en error manifiesto, y que no ha habido denegación de justicia.

4.4 En particular, el Estado parte subraya que las decisiones médicas han sido tomadas no solamente para la salud de la autora, sino también para la del neonato, elemento ausente de los escritos de la autora, que únicamente expresa sus deseos y preferencias. El Estado parte precisa que únicamente se recaba el consentimiento informado para las cesáreas programadas y reitera la sentencia de la Sala Contenciosa-Administrativa de 2 de julio de 2010 en la que se afirmó que el parto “constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos”. El Estado parte afirma que no existe el parto a la carta, correspondiendo única y exclusivamente al profesional médico la decisión de vía de finalización del parto. El Estado parte indica que la cesárea se realizó 31 horas después de haber roto aguas, y que se decidió porque el parto se había estancado a 7 centímetros de dilatación. El Estado parte también menciona que el porcentaje de cesáreas en este hospital en particular es de 14,7 %, siendo así inferior a la media nacional de 25 %.

4.5 En relación con el estrés postraumático, el Estado parte alega que “no hay elementos probatorios que permitan sostener esa interpretación más allá de la mera percepción de la recurrente”.

4.6 El Estado parte también indica que, si bien la autora afirma haber rechazado en su plan de parto administración de medicamentos para provocar o acelerar el parto, se le practicó anestesia epidural a su petición.

¹⁸ World Health Organization, “Appropriate technology for birth”, *The Lancet*, vol. 326, issue 8452, (24 August 1985).

4.7 El Estado parte también sostiene que no realizaron la operación estudiantes, sino que se desprende de la lista de los participantes en la operación que intervinieron médicos internos residentes en formación, junto con ginecólogos especialistas.

4.8 De manera general, el Estado parte también argumenta que la comunicación no es propiamente una comunicación individual, sino que la autora debería de haber presentado un informe para un examen periódico, teniendo en cuenta que el objetivo final de su comunicación es que el Estado parte elabore estudios y estadísticas sobre violencia obstétrica, y que el Comité elabore una recomendación general sobre este tema.

Comentarios de la autora respecto de las observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad y el fondo

5.1 El 8 de mayo de 2020, la autora indicó que no pretende ninguna revisión de las sentencias internas, que no pretende que el Comité actúe como un tribunal de apelación o de casación, ni que se ordene un nuevo juicio. Indica que el objeto de la comunicación es que, tras un análisis de la totalidad de los hechos y pruebas presentados, el Comité determine si el Estado parte (entidades sanitarias, administrativas y judiciales) cumplió o no con los compromisos adquiridos al ratificar la Convención y el Protocolo Facultativo, y recomiende reparaciones transformadoras que garanticen la no repetición de situaciones similares.

5.2 En cuanto a la supuesta inadecuación del procedimiento elegido para proteger sus derechos, la autora recuerda que la intención del requisito de agotamiento de los recursos internos es asegurar que los Estados parte tengan la oportunidad de reparar una violación. No significa que las víctimas tengan la obligación de agotar todos los recursos disponibles, sino que deben plantear la cuestión a través de una de las alternativas procesales válidas y adecuadas según el ordenamiento jurídico interno. Si más de un posible remedio efectivo está disponible, puede elegir el recurso que considere más apropiado. Sostiene que la vía seguida por ella —reclamación de responsabilidad patrimonial, contencioso-administrativo y amparo—, mediante la cual invocó expresamente la lesión de su derecho a la integridad física y moral, a la intimidad personal y familiar, y a recibir información y decidir libremente, habiendo hecho una argumentación de por qué los actos que sufrió son constitutivos de discriminación por razones de género y sexo, se configura como una vía legal y legítima para agotar la vía interna.

5.3 En cuanto al fondo de la comunicación, la autora indica que el Estado parte se basa únicamente en un informe del Servicio Vasco de Salud, es decir, la misma administración demandada a nivel interno. Reitera los mismos estereotipos de género, desestimando todas sus alegaciones sin entender que su vivencia debe categorizarse con la misma importancia que las valoraciones médicas. Así, sostiene que el Estado parte permite que se perpetúen los estereotipos de género y la discriminación en contra de la mujer, tanto en el proceso clínico del parto como durante el procedimiento judicial.

5.4 La autora precisa también que las observaciones del Estado parte, que se ciñen a retomar el pronunciamiento del juez que conoció de su caso (párrs. 2.22 y 4.3), no son precisas en citar la resolución contencioso-administrativa que pretenden utilizar para defender que el consentimiento supuestamente no era necesario. Dicha sentencia, si bien empezaba efectivamente por “el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos”, sigue con algo no retomado por el juez o por el Estado parte: “Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recaerse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció”. Por ende, la autora alega que el Tribunal Supremo está diciendo todo lo contrario de lo pretendido por el juez que conoció de su caso, y por el Estado parte que se contenta de repetir: es necesario el consentimiento cuando se realiza un medio extraordinario para realizar el

parto, como la cesárea, salvo razones de urgencia, cosa que no existió en su caso. La autora alega que es por ende necesario que el Comité confirme la plena exigibilidad del consentimiento informado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, siguiendo su propia recomendación general núm. 24.

5.5 Nuevamente, la respuesta del Estado parte no hace más que retomar el pronunciamiento del juez sobre el trastorno de estrés postraumático que supuestamente sería una cuestión de “mera percepción (párr. 2.22), ninguneando también los diagnósticos objetivos realizados tanto por un médico psiquiatra del mismo Servicio Vasco de Salud que trató a la paciente, como los de una especialista en psiquiatría.

5.6 La autora también hace notar que el argumento del Estado parte de que ella misma solicitó epidural es tendencioso. El consentimiento para provocar o acelerar el parto, intervención que ella expresamente rechazó, no es intercambiable con el consentimiento para la epidural. Los fármacos para provocar o acelerar el parto producen tanto dolor que hacen prácticamente inevitable el recurso a la epidural (fármacos destinados a aliviar el dolor en el parto). El Estado parte no la puede culpar de recurrir a métodos de alivio de un dolor aumentado precisamente por la administración de fármacos para acelerar el parto que ella había rechazado, siendo además que su rechazo expreso se relacionaba con fármacos para acelerar el parto, y no con fármacos para aliviar su dolor.

5.7 La autora insiste en el contexto de la presente comunicación y solicita al Comité que inicie el procedimiento de investigación para la situación de la violencia obstétrica en España. Reitera que es por ello determinante implementar reparaciones transformadoras que favorezcan la garantía de no repetición.

Intervenciones de terceros

6. El 21 de mayo de 2020, el observatorio de violencia obstétrica afirmó que la presente comunicación es paradigmática del grave problema de salud pública que la violencia obstétrica supone en el Estado parte. Un estudio puso a la luz que el consentimiento no se solicita en 45,8 % de los casos, que procedimientos innecesarios se llevan a cabo en 38 % de los casos. y que existe un intervencionismo excesivo en la atención perinatal: en 53,3 % de los casos en partos de inicio espontáneo, se administra oxitocina sintética (medicamento de alto riesgo), cuando el estándar recomendado está entre 5 y 10 %; el porcentaje de partos inducidos es del 19,4 % (cuando el estándar recomendado es inferior a 10 %); la maniobra de Kristeller aún se utiliza en el 26 % de los partos (cuando el estándar recomendado es de 0 %); la tasa de cesáreas es del 22 % (cuando el estándar recomendado es inferior al 15 %); y la separación madre-bebé se produce aún en un 50 % de los nacimientos, con las dificultades que ello provoca para la instauración del vínculo y de la lactancia materna¹⁹.

7. El 25 de mayo de 2020, María Fuentes Caballero, del Centro de Salud Artemisa (Cádiz), informó que a diario se obliga a las mujeres a posiciones de parto no fisiológicas, se les da tratamiento sin información suficiente, o son separadas del bebé sin motivo.

8.1 El 2 de junio de 2020, estudiantes del Centro de investigación sobre derechos humanos y derecho humanitario de la Universidad Panthéon-Assas (Paris, Francia) recordaron que la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, utiliza el término de “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención

¹⁹ Susana Iglesias Casás, Marta Conde, Sofia González y Maria Esther Parada. “Violencia obstétrica en España, ¿realidad o mito? 17.000 mujeres opinan”, Musas, vol. 4, núm. 1, 2019, 77–97.

del parto²⁰. Dicha terminología también es utilizada por el Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa en su informe de fecha 16 de septiembre de 2019 sobre la violencia obstétrica y ginecológica. La intervención alega que la violencia obstétrica es la traducción de una arraigada discriminación de género en el ámbito de la salud, agravada por el hecho de que los hombres están sobrerrepresentados en el campo gineco-obstétrico. A pesar de su importancia, existe un verdadero tabú alrededor del parto, que impide que las víctimas testifiquen, busquen reparación, lo que a su vez aumenta la impunidad y el daño de las víctimas.

8.2 La intervención defiende que, para prevenir la violencia obstétrica, los Estados tienen obligaciones en relación con el tratamiento de las mujeres en las salas de parto, como la obligación de erradicar las costumbres y prácticas que perpetúan la noción de inferioridad de la mujer, mediante programas de concientización dirigidos a los servicios médicos, o la obligación de garantizar el pleno consentimiento informado de la mujer, recordando que la Organización Panamericana de la Salud, en su publicación “Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos”, afirma que la paciente tiene derecho a rechazar una acción médica, cualquiera que sea la opinión del médico.

8.3 La intervención también defiende que los Estados tienen además obligaciones en materia de reparación judicial y administrativa de la violencia obstétrica, entre otras: otorgar recursos efectivos a las víctimas de violencia obstétrica; garantizar una justicia libre de estereotipos, que no es el caso cuando autoridades administrativas y judiciales suponen, por ejemplo, que corresponde al médico decidir si realizar o no una episiotomía o que el daño psicológico es una cuestión de “mera percepción”; tipificar la violencia obstétrica e introducir sanciones legales en su legislación nacional.

9. El 10 de junio de 2020, el Observatorio de violencia obstétrica de Chile indicó que los elementos de la presente comunicación son comunes en Chile: infantilizaciones, sometimiento a inducciones artificiales prematuras, derivando en cesáreas innecesarias, necesidades físicas y psicológicas ignoradas, separación de los bebés, prohibición de estar acompañadas de sus parejas.

10. El 24 de junio de 2020, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (México) indicó que define la violencia obstétrica como una forma específica de violencia contra las mujeres gestantes que se genera mediante acción u omisión, en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto, en los servicios de salud públicos y privados, que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer gestante, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. La violencia obstétrica puede ser física, mediante prácticas invasivas, como las cesáreas sin indicaciones clínicas que las justifiquen, suministro injustificado de medicamentos, retraso de la atención médica de urgencia o falta de respeto a los tiempos de un parto. La violencia obstétrica también puede ser psicológica, como discriminación, uso de lenguaje ofensivo, humillante, o sarcástico, o la falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo.

11. El 30 de junio de 2020, la Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Brasil) recordó que, según la OMS, la medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto²¹.

²⁰ 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](#).

²¹ Véase Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.

Comentarios y observaciones a las intervenciones de terceros

12. El 30 de julio de 2020, la autora agradeció el interés en su comunicación, calificada de paradigmática de una realidad de alcance internacional. La autora adhiere a la definición propuesta.

13. El 14 de agosto de 2020, el Estado parte indicó que ratificaba sus observaciones.

Deliberaciones del Comité

Examen de la admisibilidad

14.1 De conformidad con el artículo 64 de su reglamento, el Comité debe decidir si la comunicación es admisible en virtud del Protocolo Facultativo.

14.2 De conformidad con el artículo 4.2 a) del Protocolo Facultativo, el Comité se ha cerciorado de que la misma cuestión no ha sido examinada ni está siendo examinada con arreglo a ningún otro procedimiento de examen o arreglo internacionales.

14.3 El Comité toma nota del argumento del Estado parte de que la comunicación es inadmisibles por falta de agotamiento de los recursos internos dado que la autora no presentó una demanda por vulneración de derechos fundamentales, sino una reclamación de responsabilidad patrimonial seguida de un contencioso-administrativo y de un recurso de amparo. El Comité toma nota también de la afirmación de la autora según la cual la vía seguida por ella se configura como una vía legal legítima para agotar la vía interna. Al respecto, el Comité recuerda que las personas que presentan una comunicación individual no tienen la obligación de agotar todas las vías disponibles, sino que deben dar al Estado parte la oportunidad, a través de un mecanismo pertinente elegido, de remediar la cuestión planeada en su jurisdicción²². El Comité observa que la autora planteó ante las instancias internas todas las cuestiones que tiene ante sí por la supuesta violencia obstétrica sufrida (la inducción del parto de manera anticipada sin proporcionar información ni solicitar consentimiento, la realización de una cesárea sin su consentimiento y llevada a cabo por médicos internos residentes en formación supervisados por tutores, la separación de su hijo, la administración de biberones, y el trauma físico y psicológico, alegando por todo ello la violación a su integridad física y moral, a su dignidad y a su intimidad personal y familiar), agotando la vía contencioso-administrativa; posteriormente planteó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional por violación de sus derechos fundamentales. Por ende, el Comité considera que la autora agotó una vía que parecía pertinente para dar satisfacción a sus reclamos ante el Comité, y concluye, en consecuencia, que se han agotado los recursos internos a los efectos de lo dispuesto en el artículo 4.1 del Protocolo Facultativo.

14.4 El Comité toma nota del argumento del Estado parte de que la comunicación es inadmisibles porque pretende revisar la valoración de los hechos y elementos probatorios realizada por los tribunales nacionales. El Comité también observa la afirmación de la autora según la cual no pretende ninguna revisión de la prueba ni que se ordene un nuevo juicio, sino que presentó la totalidad de los hechos y de las pruebas para sostener que el proceso judicial llevado a cabo en su caso estuvo impregnado de estereotipos de género con respecto al parto, los cuales han distorsionado la percepción del juez. Asimismo, el Comité toma nota de la afirmación de la autora según la cual las autoridades judiciales no tomaron en cuenta las diversas pruebas periciales que aportó a lo largo del proceso. El Comité considera que dichas alegaciones que se relacionan con la denegación de justicia y discriminación por motivos de sexo debido a estereotipos, se relacionan directamente con el fondo de la comunicación, por lo que concluye tener competencia

²² Ver, entre otros, el dictamen del Comité en *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018), párr. 6.3.

para examinarla y así determinar si existió alguna irregularidad en el proceso judicial con relación a la violencia obstétrica alegada por la autora.

14.5 El Comité considera que las alegaciones en cuanto a los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención están suficientemente fundamentadas a efectos de la admisibilidad, por lo que declara la comunicación admisible y procede a su examen en cuanto al fondo.

Examen de la cuestión en cuanto al fondo

15.1 El Comité ha examinado la presente comunicación a la luz de toda la información puesta a su disposición por la autora y el Estado parte, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1 del Protocolo Facultativo.

15.2 El Comité observa que la autora sostiene que la innecesaria realización de una inducción de su parto, la posterior realización de una cesárea sin necesidad médica, sin la presencia de su esposo, y practicada por estudiantes supervisados por tutores, todo ello sin su consentimiento previo, así como la separación de su bebé recién nacido sin justificación, el irrespeto de su autonomía en cuanto a la alimentación de su hijo, y finalmente el trastorno de estrés postraumático posparto que sufrió, se debió a una discriminación estructural basada en estereotipos de género con respecto al parto. La autora sostiene que dichos estereotipos se perpetuaron en las instancias administrativas y judiciales. No solamente el juez no tomó en cuenta el irrespeto a los propios protocolos, sino que tampoco tomó en cuenta la autora aportó para probar la mala praxis, ni los informes presentados en relación al 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. El Comité también observa que, según el Estado parte, la cesárea se realizó después de considerar parto estacionado, y que no existe “parto a la carta”, correspondiendo exclusivamente al profesional médico la decisión de vía de finalización del parto. El Comité observa también que según el Estado parte no hay elementos probatorios que permitan sostener la existencia del estrés postraumático alegado por la autora más allá de su mera percepción.

15.3 El Comité recuerda que, siguiendo su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, servicios de atención médica de calidad son aquellos que se prestan garantizando el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, en los que se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Asimismo, en consonancia con dicha recomendación general, las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles.

15.4 El Comité considera además oportuno examinar el fenómeno descrito como violencia obstétrica. En este sentido, observa que la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, afirmando que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, o arraigado en los sistemas de salud²³. Según la Relatora, es parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos²⁴. Son particularmente pertinentes para la presente comunicación las afirmaciones de la Relatora según las cuales son actos pudiendo consti-

²³ [A/74/137](#), párrs. 4, 12 y 15.

²⁴ *Ibid.*, párr. 9.

tuir violencia obstétrica una cesárea que se practica sin el consentimiento de la mujer,²⁵ y el uso de personal médico en formación para llevar a cabo exámenes ginecológicos²⁶. También es particularmente pertinente su afirmación según la cual el consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas, por lo que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo²⁷. Finalmente, también es relevante para la presente comunicación su recomendación, para la prevención de la violencia obstétrica, destinada a garantizar el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto²⁸.

15.5 El Comité recuerda que, en el marco de sus observaciones finales, ha observado el rápido aumento de la práctica de cesáreas sin necesidad médica y sin consentimiento, así como la separación de los recién nacidos sin justificación médica y la actitud de superioridad de los médicos,²⁹ y ha recomendado a los Estados partes que adopten “medidas jurídicas y normativas para proteger a las mujeres embarazadas durante el parto, sancione la violencia obstétrica, refuerce los programas de fomento de la capacidad destinados al personal médico, y vele por la supervisión periódica del trato dispensado a los pacientes en hospitales y centros de atención de la salud”.³⁰ En el marco de su examen de comunicaciones individuales, el Comité se ha pronunciado asimismo sobre hechos similares a los del presente caso, relacionados con el mismo contexto en el mismo Estado parte, declarando la violación de los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención³¹. Anteriormente declaró la responsabilidad estatal por una muerte materna prevenible de una mujer por complicaciones obstétricas tras habersele denegado un servicio de atención materna de calidad,³² así como por un caso de esterilización forzada³³.

15.6 El Comité recuerda que, por regla general, corresponde a las autoridades de los Estados partes evaluar los hechos y las pruebas y la aplicación de la legislación nacional en un caso concreto, a no ser que pueda establecerse que la evaluación se llevó a cabo de una manera sesgada o se basó en estereotipos de género que constituyen discriminación contra la mujer, que fue claramente arbitraria o que constituyó una denegación de justicia³⁴. En la presente comunicación, el Comité debe evaluar el cumplimiento por el Estado parte de su obligación de ejercer la debida diligencia en el procedimiento administrativo y judicial seguido por los actos denunciados por la autora, y para eliminar los estereotipos de género. En este sentido, el Comité toma nota de que, según el Estado parte, los tribunales nacionales realizaron una exhaustiva valoración de la prueba. El Comité también toma nota de que, según la autora, frente a diversas pruebas e informes que demostraban la relación causa-efecto entre la actuación sanitaria y el resultado dañoso, las autoridades administrativas y judiciales sólo dieron credibilidad a los informes del hospital y asumieron estereotipos. Según los informes clínicos ginecológico-obstétricos aportados por la autora tanto a nivel interno como ante el Comité, la actuación del personal sanitario no se ha ajustado a la *lex artis*: no se siguieron los protocolos, no se esperó tiempo suficiente para la cesárea, se hizo un diagnóstico precipitado de parto estacionado, existían alternativas a la cesárea, no obran hojas de consentimiento ni para la inducción ni para la cesárea como lo requiere la Ley de autonomía del paciente, y, en definitiva, según dichos informes, si se hu-

²⁵ *Ibid.*, párr. 24.

²⁶ *Ibid.*, párr. 26.

²⁷ *Ibid.*, párr. 32.

²⁸ *Ibid.*, párr. 81.

²⁹ Véase [CEDAW/C/CZE/CO/5](#), párrs. 36 y 37, y [CEDAW/C/CZE/CO/6](#), párrs. 30 y 31.

³⁰ [CEDAW/C/CRI/CO/7](#), párr. 31.

³¹ [CEDAW/C/75/D/138/2018](#).

³² [CEDAW/C/49/D/17/2008](#).

³³ [CEDAW/C/36/D/4/2004](#).

³⁴ [CEDAW/C/70/D/76/2014](#), párr. 7.7.

biera actuado siguiendo las normas y protocolos, muy probablemente la autora habría tenido un parto normal (párrs. 2.19 y 2.21). Asimismo, según los informes psiquiátricos-psicológicos aportados por la autora tanto a nivel interno como ante el Comité, la sintomatología que presenta la autora a raíz de su parto cumple todos los criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, habiendo sido su caso calificado por un especialista en psiquiatría como ilustrativo y paradigmático de lo que señala la OMS, principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud (párrs. 2.15 a 2.17). Sin embargo, el Comité observa que las autoridades nacionales no realizaron en el presente caso un análisis exhaustivo de estos elementos probatorios presentados por la autora. En este sentido, el Comité observa que la sentencia desestimatoria de la demanda de la autora no dio importancia a dichos elementos de prueba frente al informe médico aportado por el hospital -que afirma que es el profesional médico el que ha de observar si concurren los presupuestos que determinan la ejecución de una cesárea, y que el parto era estacionado-, basándose únicamente en este último para concluir que la inducción y posterior cesárea fueron prácticas acordes con la *lex artis*. Al respecto, el Comité observa que, si bien según el juez, en un procedimiento de responsabilidad médica, se deben valorar los informes médicos obrantes en el expediente, los aportados por las partes con sus escritos de demanda o contestación, y también los practicados en sede judicial, que gozan de mayores garantías por tener presunción de independencia y objetividad frente a los informes de partes, sin embargo, dicho juez no solicitó en el presente caso la elaboración de ninguna pericia en sede judicial. El Comité también observa que, en cuanto al trastorno de estrés postraumático posparto, la sentencia concluyó que no había elementos probatorios que permitieran sostener la interpretación de la autora, sin darle crédito al informe de una especialista en psiquiatría que estableció una relación de causalidad directa entre el trato recibido por la autora y la lesión psíquica -afirmando que el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto fue causado por el modo en que la autora fue atendida, que “pudo evitarse a través del consentimiento informado, que guarda relación con el derecho a la integridad moral y a la libertad y es revelador de que la privación de la autonomía personal puede producir una lesión psíquica”, y que “si el trato recibido hubiera sido otro a lo largo del parto no presentaría la intensidad sintomática ni las secuelas actuales”-, por considerar que dicho informe “establece una cuestionable relación única de causalidad”, dando así únicamente crédito al informe del inspector de la Administración (que no examinó a la autora) según el cual la vivencia de la autora dependió de su propia idiosincrasia.

15.7 El Comité considera que los hechos del presente caso, en particular, la inducción del parto de la autora mediante oxitocina 14 horas solamente después de que rompiera aguas sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento, la realización de diversos tactos vaginales, la prohibición de comer, la infantilización, la realización de una cesárea por médicos internos y residentes y sin que la autora haya otorgado su consentimiento, sin que haya podido estar acompañada por su esposo y para la cual se le ataron los brazos, la separación del recién nacido imposibilitando el contacto piel con piel, elementos todos ellos que no han sido controvertidos por el Estado parte, así como la imposición de la lactancia artificial contrario al deseo de los padres, y las consecuencias físicas y psicológicas que los eventos tuvieron para la autora, constituyen violencia obstétrica.

15.8 En este contexto, el Comité recuerda que, en virtud de los artículos 2 f) y 5, los Estados parte tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer³⁵. Al respecto, el Comité considera que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos. El Comité observa que, en el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones

³⁵ Véase *González Carreño c. España* (CEDAW/C/58/D/47/2012), párr. 9.7.

estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin analizar debidamente las diversas pruebas e informes aportados por la autora defendiendo precisamente que la cesárea no era la única alternativa, o al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de mera percepción.

15.9 Por todo lo anterior, actuando en virtud de lo dispuesto en el artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, el Comité dictamina que los hechos sometidos a su consideración ponen de manifiesto que se han vulnerado los derechos de la autora en virtud de los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención.

16. A la luz de las conclusiones precedentes, el Comité formula las siguientes recomendaciones al Estado parte:

- a) En relación con la autora: proporcionarle una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos;
- b) En general:
 - i) Asegurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, en consonancia con la recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud; en particular, proporcionar a la mujer información previa, completa y adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, respetando su autonomía y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;
 - ii) Realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado parte que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia;
 - iii) Proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer;
 - iv) Asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados, incluido en casos de violencia obstétrica, y proporcionar capacitación especializada al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley;
 - v) Establecer, publicitar e implementar una Carta de Derechos de los Pacientes.

17. De conformidad con el artículo 7, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, el Estado parte debe prestar la debida consideración a los dictámenes del Comité, junto con sus recomendaciones, y presentar al Comité, en un plazo de seis meses, una respuesta por escrito, incluida toda la información relativa a las medidas adoptadas a la luz de los dictámenes y recomendaciones del Comité. Se pide también al Estado parte que publique los dictámenes y recomendaciones del Comité y los distribuya ampliamente a fin de llegar a todos los sectores pertinentes de la sociedad.
