

Opinión

De la "violencia obstétrica" al "parto respetado"



Ricardo De Lorenzo y Montero, presidente del Bufete De Lorenzo Abogados.

POR LEY

Otros artículos de Ricardo De Lorenzo

06 JUNIO 2023. 10.00H

SE LEE EN [14 minutos](#)

La reciente sentencia que hemos conocido del Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5, de **Las Palmas de Gran Canaria**, en la que se ha condenado a los facultativos del **Hospital Materno Infantil** por entender que el derecho que asiste de la mujer embarazada "a ser informada de las alternativas existentes, con sus pros y contras, para dar a luz", "durante la **gestación**, antes de dar a luz, cuando empezó el proceso, a lo largo del mismo y hasta el momento último de parir", reprocha además al **Servicio Canario de Salud** "una concepción patriarcal de la mujer, desdeñosa con su capacidad de autodeterminación aun cuando venga consagrada en la Ley, displicente con su competencia para decidir una vez correctamente informada, que aborta cualquier autonomía que pudiera tener y que puede ser calificada sin ambages de violencia obstétrica".

Con esta sentencia, sobre la que deberá pronunciarse no obstante el Tribunal Superior, aparece nuevamente el término "**violencia obstétrica**", que el Ministerio de Igualdad pretendió incluir en la reforma de la **Ley del aborto**, y específicamente en el texto de la

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se ha modificado la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, como “violencia de género”, y como la “sufrida por las mujeres durante la atención del embarazo, parto, puerperio o crianza en los centros de salud y hospitales”.

Finalmente, no se ha incluido en su articulado este binomio de la “violencia obstétrica”, pero sí ha definido lo que son las “intervenciones **ginecológicas y obstétricas** adecuadas” dedicando un capítulo a la “protección y garantía de los **derechos sexuales** y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”.

Y con ello ha prevalecido la coherencia, pues enfrentar de forma gratuita e innecesaria a las mujeres necesitadas de asistencia en un paritorio con quienes deben prestársela profesionalmente, obviando que el ejercicio de la Medicina se asienta normalmente sobre bases de **incertidumbre**, e ignorando que la Ciencia que la soporta, **no tiene todas las soluciones**, ni es capaz de dirimir cualquier situación crítica que la naturaleza pueda enfrentarle, era un absoluto contrasentido.

Es evidente que la mujer entra al entorno asistencial en una **situación de vulnerabilidad**, los procedimientos a veces son arriesgados y en los procedimientos de emergencia lo primero es salvar las vidas, como se apunta desde medios profesionales de la Obstetricia.

"Es evidente que la mujer entra al entorno asistencial en una situación de vulnerabilidad, los procedimientos a veces son arriesgados"

No podemos omitir que el precedente y origen de la llamada de atención de la OMS en 2014 y la mención de la relatora de Igualdad de la ONU en 2019, sobre violencia obstétrica, fueron para todos aquellos países que no cumplían las exigencias básicas de una mujer a la hora de dar a luz, sufriendo algunas de las acciones descritas como violencia obstétrica en ese año por la Organización Mundial de la Salud, como son el maltrato físico, humillación y abuso verbal, procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, no obtener un consentimiento informado, negativa a administrar medicamentos para el dolor, descuido de la atención o violaciones graves de la intimidad.

La definición de violencia obstétrica pertenece a la ONU y de hecho, el término violencia obstétrica trae su **origen de zonas latinoamericanas** en las que algunos países, como **Argentina, Venezuela o México**, la han incluido en sus legislaciones. Esta llamada de atención por parte de la OMS, se hizo extensiva a todas las naciones, a fin de que un proceso vital tan especial para una madre no se convirtiera en un hecho traumático. Se trata de una llamada a la sensibilidad general y no debe entenderse en absoluto dirigida en especial a España y a sus profesionales de la Obstetricia.

La única referencia explícita a nuestro país, en el punto 25 del antes referido informe de la OMS, en relación con la episiotomía, según destaca la Dra. Monzó Miralles, ginecóloga, informa que en España se realiza esta técnica hasta en el 89% de los partos, la más alta incidencia registrada a nivel mundial. Esta afirmación se sustenta, afirma la Dra. Monzó, Miembro de la SEGO (**Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia**), de la SEC (**Sociedad Española de contracepción**) y de la SEF (**Sociedad Española de Fertilidad**) en una ponencia presentada por Mardsen Wagner, en el Congreso Internacional del Parto en Casa, celebrado en el año 2000, tratándose en consecuencia de datos, no ontrastados en un Congreso de hace más de dos décadas. La actividad en

episiotomías, en el hospital en el que presta sus servicios la mencionada Doctora, en 2009, era menor del 50% y en el último año quedaba en el 21,70 por ciento.

Los datos que arroja el último informe del Ministerio de Sanidad, sobre la **atención perinatal** entre los años 2000 y 2018 (publicado en 2020), van en idéntica dirección y así registra una incidencia de episiotomías, en el último año analizado, del 27,50 por ciento y en claro descenso. El porcentaje de cesáreas practicadas, por otra parte, es menor del 30 por ciento y en grupos de bajo riesgo desciende hasta el 20 por ciento, en un centro sanitario que atiende en torno a 5.000 partos al año.

Se dan, en efecto, muestras normativas de esta llamada violencia obstétrica en el escenario latinoamericano, al ser en algunos países un fenómeno de mayor incidencia. En Venezuela el presidente **Nicolás Maduro**, puso en marcha el **Plan Nacional de Parto Humanizado**, el 11 de junio de 2017, con el fin de promover el acompañamiento comunitario de cada mujer embarazada, incorporando incluso un cuerpo de funcionarios denominado Frente Preventivo del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz (Mpprijp), para combatir la violencia obstétrica, incorporando la Ley Orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, según informes públicos de la directora nacional del **Plan Parto Humanizado y Lactancia Materna, Yannett González**. En **Argentina** la Ley Nacional 25.929 de **Parto Humanizado de 2004**, y en **México**, mediante la modificación en 2014 de la **Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres** y la Ley de Derecho de la Mujer a una **Vida Libre de Violencia**.

Lo que diferencia a nuestro País, suscriptor el 4 de abril de 1997, del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, conocido también como Convenio sobre **Derechos Humanos y Biomedicina** o "**Convenio de Oviedo**", y en vigor en España desde el 1 de enero de 2000. Tratado que fue impulsado por el Consejo de Europa y que

relaciona la bioética con la defensa y promoción de los derechos humanos, especialmente en ámbitos nuevos como la biomedicina. Este Convenio constituyó una iniciativa capital puesto que, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo precedieron, fue el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscribieron, residiendo su especial valía en el hecho de establecer un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la Biología y la Medicina.

Convenio que fue precedente obligado de la Ley 41 /2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley que completó las previsiones contenidas en materia de derechos y obligaciones de los pacientes en la Ley General de Sanidad, adaptando dichas previsiones al Convenio de Oviedo, así como a otras disposiciones legales posteriores a la Ley General de Sanidad, como es el caso de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal entre otras muchas.

Y precisamente ya desde el año 1997, incluso antes de la Ley de Autonomía del Paciente, bajo la dirección de prestigiosos especialistas como el Dr. Ll. **Cabero Roura** o el Dr. **Zamarriego Crespo**, con prólogo del Magistrado del Tribunal Supremo **Jose Manuel Martinez Pereda**, ya desaparecido, publica y distribuye entre sus profesionales el primer libro sobre las obligaciones legales del especialista en Obstetricia y ginecología con documentos de información y consentimientos informados para todas las intervenciones, incluido el parto, así como los primeros protocolos asistenciales, que han respaldado múltiples sentencias de nuestro Tribunal Supremo.

"Las malas prácticas profesionales deben ser evitadas y condenadas si ocurren, pero en

modo alguno podemos situarlas como violencia machista"

Las **malas prácticas profesionales** pueden darse en este terreno, igual que en cualquier medio de la práctica asistencial. Deben ser evitadas y condenadas si concurren, pero en modo alguno podemos situarlas como **violencia machista**. Nada tiene que ver lo uno con lo otro. No pueden criminalizarse las actuaciones de profesionales, que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica. Puede haber alguna **experiencia desafortunada** en los miles de partos que se atienden, pero hacer de esto una práctica generalizada estigmatizando a todo un colectivo de profesionales es absolutamente erróneo y socialmente peligroso.

Conviene, desde luego, formar a los futuros profesionales en esta visión crítica de las malas prácticas y desterrar la normalización que actualmente existe en torno a ciertas **intervenciones obstétricas obsoletas**, como la **maniobra Kristeller**, las episiotomías de rutina, la separación de la madre y el bebé, o el **elevado número de cesáreas** que se puedan practicar.

La forma de atender los partos puede polarizarse en dos **posturas extremas y claramente diferenciadas**. El antiguo parto domiciliario y el moderno medicalizado. El paso, durante décadas, del primero al segundo supuso una garantía de seguridad clínica y de hecho redujo la mortalidad natal y perinatal, si bien una visión medicalizada excesiva tiene, ahora, como contrapunto consideraciones asistencialmente "más livianas". Sea cual sea el modo que podamos plantear, en ninguno de ellos, desde luego, se humilla ni maltrata a la mujer que viene beneficiándose de un incuestionable progreso científico y seguridad clínica.

Lamentablemente asistimos en el escenario político a manifestaciones cuando menos sorprendentes, como el de la **ministra Montero**, cuando ha afirmado que los derechos de los médicos no pueden estar por encima de los derechos de las mujeres. Debemos declarar que nunca lo han estado, sino en un plano de **igualdad y necesaria conciliación**. Cuando se produce una eventual colisión entre dos derechos objeto de protección (suceso muy frecuente en Derecho Sanitario) hay que decidir si uno debe ceder en aras del otro y determinar cuál será el prevalente. O determinar, desde otro planteamiento, si es posible la coexistencia de ambos derechos y el modo en el que ha de suceder esa coexistencia. Los derechos de las mujeres y los de los médicos que las atienden deben convivir y el Derecho establece esas normas de convivencia. Pueden ser quebrantadas, por cualquiera de las dos partes, y si es el profesional, quien lo hace mediante actuaciones de mala praxis deberá ser objeto de reprobación y castigo, si procede. No tiene fundamento, ni moral, ni ético, ni jurídico pensar en la supremacía de los derechos de una parte (de cualquiera de las dos) sobre la otra.

Desde una **visión penalista**, la consideración de la violencia obstétrica como conducta dolosa, intencional tiene **alta peligrosidad**, pues puede situar al profesional como autor de un delito de peligro, por acción e incluso por omisión, y, eventualmente, de otro de daños, en concurso (conurrencia) de ambos.

Sorprende estar ante determinadas visiones negativistas y culpabilizadoras cuando las encuestas de los últimos cinco años sobre la percepción de las mujeres antes, durante y después del parto, atribuyen un 95 por ciento de satisfacción a las mujeres implicadas. Exponiendo y propiciando un clima bajo la mencionada perspectiva negativa (e irreal), flaco servicio le hacemos a las políticas de promoción de la maternidad en un país con una de las tasas de natalidad más bajas del mundo.

Ante la polémica planteada de, ¿puede una mujer **decidir si se le**

realiza una cesárea? La autonomía decisoria de la mujer en relación con el momento del parto ya ha sido objeto de valoración por los órganos judiciales en diversas ocasiones. Así cabría citar la STSJ de CLM de 23 de marzo de 2015, nº 88, que declaró que el uso de **fórceps** es una decisión técnica del facultativo, basándose en que los obstetras tienen que actuar basándose en las guías de asistencia práctica de la SEGO «y no en las preferencias de la paciente», que solo serán tenidas en cuenta «en la medida que sea posible», “La decisión de la vía del parto será responsabilidad del obstetra y la decisión de realizar una cesárea se hará solamente cuando está correctamente indicada, no a petición de la paciente».

La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se ha modificado la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de **salud sexual y reproductiva** y de la interrupción voluntaria del embarazo, deja claro que la autonomía decisoria de la mujer lo es a través del Consentimiento Informado cuando establece “Requerir de forma preceptiva el consentimiento libre, previo e informado de las mujeres en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, en los términos establecidos en el artículo 8 de 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.”

Se está impulsando, desde determinados sectores ideológicos, una corriente difusora de la idea de existencia de una pretendida violencia obstétrica, hacia la mujer, en el entorno del embarazo, parto y puerperio de la misma, Esta postura, que enfrenta a las mujeres necesitadas de asistencia obstétrica con quienes deben prestársela profesionalmente, **deteriora la relación y entorpece**, necesariamente, la asistencia. Calificar, por otra parte, la situación como “violencia machista o patriarcal” se hace desde el absurdo, en un medio en el que los profesionales son, en su mayoría, mujeres.