



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

Versión avanzada sin editar

Distr. reservada
6 de marzo de 2020
Español

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018^{*,**}

<i>Comunicación presentada por:</i>	S.F.M. (con representación letrada de Francisca Fernández Guillén)
<i>Presunta víctima:</i>	La autora
<i>Estado parte:</i>	España
<i>Fecha de la comunicación:</i>	30 de octubre de 2018
<i>Referencias:</i>	Decisión del Comité con arreglo al artículo 69 del reglamento, transmitida al Estado parte el 6 de diciembre de 2018 (no se publicó como documento)
<i>Fecha de adopción de la decisión:</i>	28 de febrero de 2020
<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 c) d)

* Adoptada por el Comité en su 75º período de sesiones (10 a 28 de febrero de 2020).

**Participaron en el examen de la presente comunicación los siguientes miembros del Comité: Gladys Acosta Vargas, Hiroko Akizuki, Tamader Al-Rammah, Nicole Ameline, Gunnar Bergby, Marion Bethel, Esther Eghobamien-Mshelia, Naéla Gabr, Hilary Gbedemah, Nahla Haidar, Dalia Leinarte, Rosario G. Manalo, Lia Nadaraia, Aruna Devi Narain, Bandana Rana, Rhoda Reddock, Elgun Safarov, Wenyan Song, Genoveva Tisheva, Franceline Toé Bouda y Aicha Vall Verges. De conformidad con el artículo 60 (c) del reglamento del Comité, Ana Peláez Narváez no participó en el examen de la presente comunicación.

Antecedentes

1. La autora de la comunicación es S.M.F., de nacionalidad española y nacida el 25 de junio de 1976. 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, 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 cuenta con la representación letrada de Francisca Fernández Guillén.

Hechos expuestos por la autora

Preparto, parto y postparto de la autora

2.1 En diciembre de 2008, la autora quedó embarazada. La gestación fue normal y bien controlada y llegó sin problemas a término. El 26 de septiembre 2009, encontrándose en la semana 39+6 de gestación y al tener contracciones prodrómicas¹, la autora acudió al hospital público a las 13.45 simplemente para recibir orientación dado que no estaba en la fase activa de parto. Sin embargo, al llegar al hospital, fue sometida a una serie de intervenciones, todas innecesarias y realizadas sin prestarle información ni contar con su consentimiento. Dichas intervenciones afectaron muy negativamente su salud física y psíquica, su integridad moral y la salud de su bebé. De esta manera, fue ingresada y de inmediato se le realizó un primer tacto vaginal². Fue trasladada a otra sala con otras seis mujeres y a la cual se prohibió el ingreso de su pareja. Una hora más tarde, se le realizó el segundo tacto vaginal; posteriormente, a las 17.20 se le realizó el tercer tacto vaginal, sin requerir su consentimiento.

2.2 El 27 de septiembre 2009, de madrugada, se le realizó un cuarto tacto vaginal. Ese mismo día, a las 22.15, se le realizó un quinto tacto y, en menos de una hora, un sexto.

2.3 El 28 de septiembre 2009, a la 1.40 de la madrugada, se le realizó un séptimo tacto vaginal que indicó que estaba entrando en su fase activa de parto. Según la autora, ese habría sido el momento indicado para proceder a su ingreso en el hospital. No obstante, ya llevaba 36 horas ingresada, y ya se le habían realizado siete tactos vaginales, arriesgándola a posibles infecciones³.

2.4 Aproximadamente una hora después, se le realizó un octavo tacto vaginal y 25 minutos después se le suministró oxitocina intravenosa para inducir, estimular o adelantar el parto, sin requerir su consentimiento y, por ende, sin informarle sobre sus efectos adversos. La comunicación indica que la oxitocina produjo en la autora aumento del dolor, convulsiones, vómitos frecuentes de color oscuro, escalofríos y fiebre, y que los registros de monitorización fetal pasaron a ser preocupantes. A las 5.15 de la madrugada, se le realizó el noveno tacto vaginal mientras seguía sufriendo de vómitos y fiebre. Finalmente, justo antes de las 6.00 de la mañana, fue trasladada al paritorio donde se le sometió a un décimo tacto vaginal.

¹ Antes de que comience el parto propiamente dicho, hay una etapa en la que la mujer puede tener contracciones leves e irregulares que no son de parto, pero van preparando al cuerpo de la mujer para el mismo. Algunas mujeres ni siquiera llegan a percibir las.

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 Véase Ministerio de Sanidad y Política Social, *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*, pág. 63.

2.5 La autora solicitó incorporarse para dar a luz, pero no le fue permitido. Sin mediar explicación o información, el personal sanitario le cortó la vagina con una tijera y extrajo a su hija mediante ventosa.

2.6 A los pocos segundos del nacimiento, se llevaron a su hija y le dijeron que no podría verla hasta las 12 del mediodía del día siguiente. La hija fue llevada a la unidad de neonatología con 38,8°C de fiebre, causada por la bacteria *E. coli*. La autora sostiene que, tal y como ha sido resaltado por estudios científicos que previenen en contra de los tactos vaginales excesivos, este tipo de contaminación probablemente resultó de los diez tactos vaginales que le impusieron, y que arrastraron la bacteria desde la vagina de la madre a las bolsas de las aguas. La autora quedó en estado de shock mientras le cosían la episiotomía y extraían la placenta. La comunicación sostiene que la extracción manual de la placenta puede ser lesiva para el suelo pélvico y los órganos internos de la madre, por lo que debe realizarse únicamente tras más de 30 minutos después del nacimiento, únicamente cuando no se produjese de forma natural, y tras haber intentado aplicar maniobras de ayuda. En el caso de la autora, ni se esperaron los 30 minutos preceptivos, ni se realizaron las maniobras previas.

2.7 La hija permaneció siete días ingresada en la unidad de neonatología para recibir un tratamiento antibiótico que podría haberse administrado sin separarla de su madre. Durante esos siete días, solamente permitieron el acompañamiento materno durante 15 minutos cada tres horas, y paterno durante dos únicos intervalos de 30 minutos al día. Además, le dieron biberones sin el permiso de la madre, quien quería dar de lactar a su hija, cosa que no le fue permitida porque “las madres molestaban con el timbre”.

2.8 Lo ocurrido le provocó a la autora un trastorno de estrés postraumático, para el cual ha tenido que acudir a terapia psicológica. En particular, la separación de su hija tras el nacimiento causó estragos en la relación entre el bebé y sus progenitores. Al respecto, el padre declaró durante el juicio que “al cabo de ocho días, llegamos a nuestra casa con nuestra hija y nuestra hija y nosotros éramos unos desconocidos. No nos habíamos vinculado”. Según describió la autora ante los tribunales, “ingresar en el hospital había sido como entrar en un túnel de lavado, en una cadena de montaje: todo el mundo te hace cosas de forma mecánica. La mujer no hace nada, pero sale del túnel con un bebé. Si esto pasa en otro tipo de asistencia médica, como por ejemplo una operación del corazón, la persona no tiene que hacer nada, está preparada para la pasividad, pero en un parto una mujer está preparada física y psicológicamente para parir, no para que la paran. Me sentí desautorizada, sin autoestima. El vínculo con mi hija lo he tenido que crear a pulso racionalmente, sin ayuda de los complejos mecanismos neurológicos y hormonales naturales que hacen que las madres se enamoren de sus hijos recién nacidos”. El informe psicológico indica que a los padres les “ha llevado un año trabajar la sensación de no haberse vinculado con su hija al nacer”. Asimismo, lo sucedido interfiere y dificulta el rendimiento de la autora en todas las áreas de su vida, por padecer de ansiedad, insomnio y recuerdos reiterativos de escenas vividas durante el parto.

2.9 La autora necesitó además tratamiento de fisioterapia especializada en rehabilitación del suelo pélvico para la recuperación de los daños producidos por la episiotomía, imposibilitándole mantener relaciones sexuales durante dos años.

2.10 La autora caracteriza de “violencia obstétrica” los hechos descritos anteriormente. Define dicha violencia obstétrica como las graves violaciones de derechos humanos que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, así como la negligencia, maltrato o abuso físico y verbal que puedan recibir durante y después del parto⁴.

⁴ 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

Agotamiento de los recursos internos

2.11 La autora sostiene que ha agotado todos los recursos internos que tenía a su alcance por la mala atención obstétrica recibida durante su parto.

2.12 El 24 de junio de 2010, la autora presentó unas quejas ante el Hospital Xeral-Calde de Lugo y ante el área de calidad y atención al paciente del Servicio Gallego de Salud; ambas quedaron sin respuesta. El 10 de octubre de 2010, la autora presentó una queja al comité de ética del hospital, la cual quedó también sin respuesta.

2.13 El 21 de diciembre de 2011, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública por el funcionamiento de los servicios sanitarios. En su demanda, la autora describió todos los hechos ocurridos desde su ingreso en el hospital, así como las diversas deficiencias en su atención obstétrica: administración de oxitocina sintética intravenosa sin indicación, sin información y sin consentimiento; elevada frecuencia de tactos vaginales; prohibición de acompañamiento de su pareja cuando el apoyo emocional constante durante el parto es considerado un derecho fundamental de la mujer; inmovilización, cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda caminar durante la dilatación y que cada mujer decida libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; posición de litotomía a pesar de su petición de incorporarse; parto instrumental con ventosa y episiotomía sin explicación ni información; extracción manual de la placenta sin los cuidados necesarios previos; ingreso de su hija en neonatología durante siete días; e interferencia con la lactancia materna.

2.14 El 18 de septiembre de 2013, la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia desestimó la reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública.

2.15 El 8 de enero de 2014, la autora interpuso una demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo.

2.16 El 5 de noviembre de 2015, el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Santiago de Compostela desestimó dicho recurso. El Juzgado observó que los informes técnicos aportados por las partes⁵ resultan contradictorios “por lo que si ya quienes tienen conocimientos técnicos ofrecen distintas conclusiones, esas dudas y

todo el proceso de embarazo, parto y la 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, y que tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el cuerpo y la sexualidad. La autora también indica que el Observatorio de la Violencia Obstétrica en España concluyó que la violencia obstétrica es una forma de tortura psicológica. La autora también menciona el informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes A/HRC/31/57, párr. 47, así como los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (documento WHO/RHR/14.23) y del Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/32/44, párr. 106 h), que utiliza dicha terminología. Finalmente, la autora hace referencia a las publicaciones académicas siguientes: Eugenia Álvarez Matteazzi y Pilar Russo, *Violencia Obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto*; Universidad Nacional de Córdoba, 2016; Laura Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, 1 (7), 2013, págs. 25 a 32; Marbella Camaraco, “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica”, *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, vol. 14, núm. 32, 2009; 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> [anexo 18]; 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.

⁵ Dichos informes técnicos son la historia clínica de la autora, los informes complementarios del jefe del servicio de ginecología y obstetricia del centro hospitalario, y los informes de los peritos de la parte demandante y de la compañía aseguradora codemandada.

dificultades se le trasladan a este juzgador”. Asimismo, el Juzgado subrayó que “las conclusiones de la psicóloga las extrae de lo que su paciente le refirió, mientras que las conclusiones de la facultativa las extrajo de la documentación clínica que observó”; que “es el médico quien decide realizar o no la episiotomía, tras ver el perineo y la cabeza de la niña”; que no hubo mala praxis médica “pues está acreditado que se realizaron todas las prescripciones indicadas a la vista de lo que iba sucediendo, al margen de que el resultado para la parturienta (que no para la niña) le fuera enteramente satisfactorio, lo que, en parte, dependerá de su propia percepción o características”.

2.17 El 27 de noviembre de 2015, la autora apeló la resolución anterior considerando que la sentencia de instancia infringió el deber de motivación de las resoluciones judiciales y que obvió completamente la valoración de la prueba documental y pericial en materia de obstetricia y cuidados neonatales, asumiendo sin ejercicio de contradicción ni crítica los postulados de la perito de la aseguradora codemandada y del Jefe de Servicio del Hospital de Lugo, ignorando la prueba documental científica y la historia clínica de la autora.

2.18 El 23 de marzo de 2016, el recurso de apelación fue desestimado por la sección primera del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. El tribunal reconoció que “es cierto que quizás el juzgador hizo escasa mención y no llegó a ponderar adecuadamente los informes aportados por la demandante, a fin de contrastarlos tanto con los que figuran en el expediente como con los demás que constan en las actuaciones” y que “hubiera sido preferible una primera apreciación por el juzgador no tan global o genérica como la realizada”. El tribunal observó también que “la ausencia de un informe pericial judicial dificulta el análisis y valoración, porque cada una de las pericias de parte hacen hincapié en los factores que favorecen las tesis respectivas, por lo que debe ser evidente, incuestionable, indiscutible, innegable e irrefutable, una deducción técnica, para tener como probada la mala praxis sanitaria”. Sin embargo, concluyó que se ha justificado la realización de la episiotomía, que “se ofrecía como inverosímil la prestación del consentimiento en tales condiciones y en pleno parto”, por lo que no estimó que se haya vulnerado la normativa reguladora del consentimiento informado. Asimismo, consideró, sin explicar por qué, que era “perfectamente comprensible” que el padre no pudiera estar en el parto instrumental.

2.19 Finalmente, el 25 de abril de 2016, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. El 21 de febrero de 2017, el recurso de amparo fue inadmitido, al considerar que el caso no presentaba “especial transcendencia constitucional”.

Denuncia

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

3.2 En particular, la autora menciona que, conforme lo indicado en el informe clínico ginecológico-obstétrico que aportó en el marco de los procedimientos administrativos y judiciales a nivel interno, la realización de tactos vaginales debe reducirse al mínimo posible: “la razón para evitar los tactos vaginales excesivos durante el parto es que son intrusivos y dolorosos para la mujer y pueden transportar

los gérmenes del medio ambiente al cuello del útero, allí donde pueden causar más daño, especialmente cuando puede tratarse de gérmenes resistentes como los que suele haber en los hospitales”. Al respecto, la autora cita a la Organización Mundial de la Salud, la cual considera que el exceso de tactos vaginales es una causa directa de posibles infecciones⁶. Por otra parte, no se desprende de la documentación clínica la justificación médica para el empleo de oxitocina, uno de los denominados “medicamentos de alto riesgo” con alto potencial lesivo para la madre y el feto⁷. Con respecto a la episiotomía, la comunicación recuerda que, siendo un procedimiento quirúrgico invasivo que conlleva riesgos e inconvenientes, debió pedirse el consentimiento de la autora y recabarse por escrito, de acuerdo a la Ley de autonomía del paciente⁸, lo que no ocurrió en su caso. En definitiva, como lo constató el informe clínico ginecológico-obstétrico, “la actuación del personal sanitario no se ha ajustado a la *lex artis*, ignorándose las recomendaciones y protocolos para atención al parto de las instituciones públicas sanitarias y organizaciones y sociedades científicas más reputadas”. En este sentido, “no se agotaron los medios analgésicos disponibles ni las posiciones de movilización que pudieran haber evitado la episiotomía y la aplicación de la ventosa para finalizar adecuadamente la progresión de un parto que evolucionaba perfectamente”. Por ende, siguiendo este mismo informe pericial, “de un embarazo y parto normales, de bajo riesgo, no problemático, la [autora] pasa a encontrarse en un quirófano y ser intervenida quirúrgicamente y la niña ingresada en la unidad de neonatología”⁹. Por otra parte, la autora sostiene que el hecho de que el hospital haya prohibido a su esposo estar presente durante el parto violó su propia dignidad, intimidad familiar y derecho a la vida privada y a la autonomía, y recuerda que el apoyo emocional de la persona elegida reduce la necesidad de recurrir a métodos analgésicos y favorece el transcurso normal de los partos, por lo que la Organización Mundial de la Salud indicó que “para el bienestar de la madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal”¹⁰. Finalmente, madre e hija fueron separadas de forma injustificada inmediatamente después del nacimiento, en violación al derecho a la intimidad personal y familiar y a acceder a unos servicios de salud adecuados. La autora sostiene que los momentos posteriores al nacimiento son cruciales para el apego, dado que al nacer, el cerebro del bebé y el de la madre están bañados en hormonas que afectan profundamente el vínculo. De hecho, la Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados considera que “el ingreso hospitalario en observación del recién nacido no justifica la separación”¹¹.

3.3 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 autora precisa que la discriminación se basa en estereotipos de género, cuyo propósito es perpetuar estigmas relacionados con el cuerpo de la mujer

⁶ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto, documento WHO_RHR_15.05.

⁷ Véase Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (delegación española del Institute for Safe Medication Practices), Lista de medicamentos de alto riesgo, infografía, septiembre 2012.

⁸ 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.

⁹ Véase el informe pericial incluido con la comunicación [anexo 12].

¹⁰ Véase Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones sobre el nacimiento (Declaración de Fortaleza), 1985, disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457?report=abstract; y Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal, una guía práctica*, 1996. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271979.

¹¹ Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados, 13 de mayo de 1986 (resolución del Parlamento Europeo, Doc. A 2-25/86, Diario Oficial de las Comunidades Europeas Núm. C148/37, 16 de junio de 1986).

y sus funciones tradicionales en la sociedad en lo que respecta a la sexualidad y a la reproducción.

3.4 En cuanto al derecho a otorgar su consentimiento, la autora menciona que la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité sobre la mujer y la salud, indica que solo son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas, insistiendo en la importancia del acceso a la información para garantizar la realización plena del derecho a la salud sexual y reproductiva. La autora precisa que para el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la restricción a otorgar la información de manera adecuada y efectiva pone en peligro el derecho a la salud física y psicológica de las mujeres, con efecto nocivo en situaciones tan sensibles como el embarazo¹²; y el acceso a la información sobre el estado de salud de una persona resulta de aplicación y protección inmediata en aquellas situaciones en las que hay una rápida evolución de la enfermedad del individuo y donde su capacidad para tomar decisiones relevantes se ve reducida¹³, como puede ser un embarazo o un parto con complicaciones. Finalmente, la autora defiende que también es relevante la aportación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y la observación general núm. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, en las que establece que la falta de información sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres impide que sus derechos humanos se realicen de forma efectiva.

3.5 La autora alega que el Estado parte ha vulnerado los artículos 2b), c), d) y f), y 12 de la Convención, por el trato inapropiado recibido en el momento del parto y posparto y por los recursos judiciales posteriores que han sido ineficaces. Al respecto, cuando la autora decidió llevar su caso ante la justicia, se inició un largo proceso impregnado de estereotipos respecto al comportamiento que debía esperarse de ella como mujer sumisa, obediente, sin capacidad de distinguir lo que le conviene y tomar decisiones acertadas. Frente a todas las pruebas e informes aportados por la autora 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 propuestos por el hospital, asumiendo que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de mera “percepción”. La autora sostiene que los estereotipos han distorsionado la percepción del juez y dado lugar a una decisión basada en creencias preconcebidas y mitos, en lugar de hechos. Asimismo, sostiene que la ausencia de ejecutividad de las políticas de salud por parte del Estado parte perpetúa los estereotipos de género y la discriminación contra la mujer¹⁴, y también resalta que el Estado parte aún no ha penalizado la violencia obstétrica cuando diversos países sí lo han hecho. Basándose en las recomendación general núm. 24 y recomendación general núm. 28 (2010) sobre las obligaciones básicas de los Estados Partes en virtud del artículo 2 de la Convención, la autora menciona las obligaciones de respetar, proteger y velar por el ejercicio de los derechos, así como la de “adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole [...] para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica”.

¹² Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Open Door y Dublin Well Woman c. Irlanda*, (demandas núm. 14234/88 y 14235/88), sentencia de 29 de octubre de 1992, párr. 77.

¹³ Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. c. Polonia*, (demanda núm. 27617/04), sentencia de 26 de mayo de 2011, párr. 197.

¹⁴ Véase [A/55/38](#), párr. 60.

3.6 La autora alega también la violación al artículo 3 de la Convención por no haber podido dar a luz de manera compatible con el respeto de sus derechos humanos. La autora 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”¹⁵.

3.7 La autora alega finalmente la violación del artículo 5 de la Convención. En este sentido, hace referencia a observaciones finales del Comité según las cuales la persistencia de actitudes estereotipadas con respecto a las funciones, aptitudes y responsabilidades de las mujeres, impiden que disfruten plenamente de todos sus derechos, lo que constituye un trato discriminatorio y por lo tanto una violación de los derechos a la igualdad y a la no discriminación¹⁶. La autora sostiene que recibió la mala atención que denuncia precisamente por la pervivencia de estereotipos de género con respecto a la maternidad y el parto. Al respecto, primero el personal sanitario y luego los jueces asumieron que la mujer debe comportarse siguiendo las indicaciones de los médicos por ser incapaz de tomar sus propias decisiones. En este sentido, la historia clínica del parto, la historia clínica del postparto, los tratamientos rehabilitadores de fisioterapia y suelo pélvico, la pericial de psicología, y los dos periciales de obstetricia disponibles en su caso ponen de manifiesto la falta de necesidad de las actuaciones llevadas a cabo y la falta de información y consentimiento. Sin embargo, el Juez se limitó a referirse el informe del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, asumiendo los postulados de quien tenía interés directo en el resultado del litigio, sin tomar en cuenta la ausencia de documentos de consentimiento informado, y poniendo en duda el relato de los hechos de la autora imputando las lesiones y consecuencias sufridas por ella a una mera cuestión de percepciones, revelando así un estereotipo de género que retrata a las mujeres como histéricas, locas, exageradas y quejasas. La autora precisa también que su solicitud de recusación del jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital por no poder intervenir en calidad de testigo-perito por falta de objetividad, fue ignorada por el tribunal que basó sus conclusiones en lo declarado por él.

3.8 Lo anterior contrasta con la empatía que el Juez mostró hacia el esposo de la autora cuando, en el juicio, declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales con su esposa durante dos años. Se trata de una manifestación estereotipada respecto al papel del hombre y de la mujer en el ámbito sexual, en el que ella es meramente un sujeto pasivo con un rol reproductor.

3.9 La autora recuerda que el Comité ha declarado a Estados responsables por la aplicación de estereotipos de género, que suponen la violación de los derechos humanos de las mujeres y que les impiden acceder a la justicia en condiciones de igualdad¹⁷. Con base en lo anterior, la autora sostiene que los estereotipos fueron ejercidos en su caso tanto por los agentes de salud como por los actores judiciales, en violación del artículo 5 de la Convención.

3.10 La autora solicita como medida de reparación una reparación individual por las violaciones sufridas. Además, dado que las actitudes y prácticas que perpetúan la violencia obstétrica es un problema estructural en el cual los obstetras abandonan los principios, obligaciones y deberes que rigen las relaciones médico-paciente en cualquier otro ámbito de la medicina, la autora también solicita como medida de no

¹⁵ World Health Organization, “Appropriate technology for birth”, *The Lancet*, vol. 326, issue 8452, (24 August 1985).

¹⁶ Véase [A/55/38](#) y [CEDAW/C/PRK/CO/1](#), párr. 35.

¹⁷ Véase *A.T. c. Hungría* ([A/60/38](#), parte uno, anexo III), *V.K. c. Bulgaria* ([CEDAW/C/49/D/20/2008](#)), *González Carreño c. España* ([CEDAW/C/58/D/47/2012](#)), *Tayag Vertido c. Filipinas* ([CEDAW/C/46/D/18/2008](#)), *Abramova c. Bielorrusia* ([CEDAW/C/49/D/23/2009](#)), *R.K.B. c. Turquía* ([CEDAW/C/51/D/28/2010](#)).

repetición que se conmine al Estado parte a elaborar estudios y estadísticas, y a sensibilizar a profesionales sanitarios y operadores jurídicos sobre la temática para frenar el sesgo de género y la violencia contra la mujer en el ámbito obstétrico. La autora también solicita al Comité que elabore una recomendación general que aborde esta temática, por ser una realidad que sufren sistemáticamente mujeres del mundo entero.

Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad y el fondo

4.1 El 6 de junio de 2019, el Estado parte presentó sus observaciones, contestando la admisibilidad de la comunicación y el hecho de que esta revele una violación de la Convención.

4.2 El Estado parte sostiene que la comunicación es inadmisibles por falta de fundamentación y por abuso de derecho, por pretender una revisión de la valoración de la prueba realizada por los tribunales internos cuando realizaron una exhaustiva valoración de la prueba.

4.3 El Estado parte también alega que la comunicación es inadmisibles por falta de agotamiento de los recursos internos ya que, a nivel interno, la autora no planteó una demanda por vulneración de sus derechos fundamentales, sino una reclamación de responsabilidad patrimonial seguida de un contencioso-administrativo y un amparo¹⁸.

4.4 El Estado parte también 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.

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

5.1 El 14 de agosto de 2019, la autora presentó sus comentarios a las observaciones del Estado parte. 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, lo que vulnera su derecho a no ser discriminada por razón de género. Para apoyar sus alegaciones en este sentido, la autora hace referencia al caso *Ángela González Carreño c. España* en el cual el Comité concluyó que decisiones judiciales habían aplicado nociones estereotipadas y por tanto discriminatorias¹⁹.

5.2 En cuanto a la supuesta inadecuación del procedimiento elegido para proteger los derechos en juego, 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 de cualquiera de los derechos reconocidos por el Convenio mediante sus sistemas legales antes de que el Comité considere la violación, pero que, como lo aclaró la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “el requisito de agotamiento de los recursos internos no significa que las presuntas víctimas tengan la obligación de agotar todos los recursos que tengan disponibles [...] si la presunta víctima acudió ante la jurisdicción interna, planteando la cuestión alegada a través de una de las alternativas procesales judiciales válidas y adecuadas según el ordenamiento jurídico interno, y el Estado tuvo la oportunidad, a través de dicho mecanismo, de remediar la cuestión en su jurisdicción, la finalidad de la norma internacional está cumplida”²⁰. La autora indica que, de la misma manera, para el

¹⁸ El Estado reconoce, sin embargo, que la autora formuló a nivel interno alegaciones en cuanto a la vulneración del derecho a la igualdad y discriminación por razón de género, integridad física y moral, intimidad personal y familiar.

¹⁹ Véase *González Carreño c. España* (CEDAW/C/58/D/47/2012), párr. 9.7.

²⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe No. 18/06, petición 12.353, *Arley José Escher y otros c. Brasil* (2 de marzo del 2006) párr. 28.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos, “si más de un posible remedio efectivo está disponible, la demandante sólo tendrá que hacer uso de uno de ellos”, eligiendo el recurso que considere más apropiado para su caso²¹. Por ende, la autora sostiene que la vía seguida por ella —reclamación de responsabilidad patrimonial, contencioso-administrativo y amparo— se configura como una vía legal y legítima para agotar la vía interna.

5.3 En cuanto al argumento del Estado parte según el cual la comunicación es inadmisibles porque las vulneraciones que presenta ante el Comité no se alegaron durante el procedimiento interno, la autora recuerda que el procedimiento administrativo para exigir la responsabilidad de la administración pública sólo tiene como requisito que se relaten los hechos que deberían dar lugar a la responsabilidad, y no el de invocar una vulneración de derechos concretos referidos a artículos de leyes o Convenios internacionales²². Sin embargo, la autora insiste en que, tanto en la reclamación administrativa como en los posteriores recursos, sí invocó expresamente la lesión de los derechos a la integridad física y moral, a la intimidad personal y familiar, y a recibir información y decidir libremente. Por ende, la autora sostiene que las autoridades podían y debían pronunciarse al respecto, y tenían la oportunidad de reparar los daños.

5.4 La autora observa que el Estado parte no hace referencia al fondo de la comunicación, pero que se opone a las reparaciones solicitadas por ella. Al respecto, la autora insiste en que es determinante implementar reparaciones transformadoras que favorezcan la garantía de no repetición, como se establece en los principios y directrices de las Naciones Unidas que configuran el *corpus juris* internacional en materia de reparaciones. Asimismo, la autora menciona el caso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos *Campo Algodonero c. México* que hizo referencia a la noción de “reparaciones en función de género con vocación transformadora”, otorgando medidas relativas al acceso a la justicia, la estandarización de protocolos para combatir la violencia hacia las mujeres, la implementación de programas de búsqueda y localización de mujeres desaparecidas, la capacitación de funcionarios en materia de género, y la rehabilitación médica y psicológica a los familiares de las víctimas. La autora insiste en que la legislación de atención al paciente en vigor no es suficiente para que el Estado parte cumpla con sus obligaciones de actuar con la debida diligencia para proteger el derecho de las mujeres a no ser discriminadas ni violentadas.

Deliberaciones del Comité

Examen de la admisibilidad

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

²¹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Moreira Barbosa c. Portugal*, (demanda núm. 65681/01), sentencia de 29 de abril de 2004; *Jelicic c. Bosnia-Herzegovina*, (demanda núm. 41183/02), sentencia de 15 de noviembre de 2005; *Karakó c. Hungría*, (demanda núm. 39311/05), sentencia de 28 de julio de 2009, párr. 14; *Aquilina c. Malta*, (demanda núm. 25642/94), sentencia de 29 de abril de 1999, párrs. 40 et seq.; *Micallef c. Malta*, (demanda núm. 17056/06), sentencia de 15 de octubre de 2009, párr. 58.

²² La autora menciona al respecto los artículos 9.3 y 106.2 de la Constitución española, la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de 1992 sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, y el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad, aprobado por Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo de 1993, vigentes en el momento de presentar la reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial.

6.2 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.

6.3 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 también en consideración la afirmación de la autora según la cual la vía seguida por ella se configura como una vía legal y legítima para agotar la vía interna, y que el requisito de agotamiento de los recursos internos no implica que deba agotar todos los recursos disponibles sino solamente asegurar que el Estado parte tenga la posibilidad de conocer y eventualmente reparar una violación a los derechos reconocidos por la Convención antes de que el Comité considere la comunicación. Al respecto, el Comité recuerda la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos según la cual los autores de 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 en su jurisdicción²³. Asimismo, el Comité observa que la autora llevó hasta el Tribunal Constitucional todas las cuestiones que tiene ante sí por la supuesta violencia obstétrica, entre otras, la elevada frecuencia de tactos vaginales, la administración de oxitocina sin información ni consentimiento, la realización de la episiotomía sin información ni consentimiento, alegando las violaciones a sus derechos a la integridad física y moral, a la intimidad personal y familiar y a recibir información y decidir libremente. Por ende, el Comité considera que las cuestiones planteadas en la comunicación han agotado su curso en las instancias nacionales y, por lo tanto, no considera que lo dispuesto en el artículo 4.1 del Protocolo Facultativo le impida examinar el fondo de la comunicación.

6.4 El Comité también 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 y que dichos tribunales realizaron una exhaustiva valoración de la prueba. Al respecto, el Comité también observa la afirmación de la autora según la cual el proceso judicial llevado a cabo en su caso estuvo impregnado de estereotipos de género con respecto a la maternidad y al parto, los cuales han distorsionado la percepción del juez y dado lugar a una decisión basada en creencias preconcebidas y mitos en lugar de hechos, lo que contrastó con la empatía que el juzgador habría mostrado hacia el padre. 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 judicial. El Comité recuerda que, por regla general, corresponde a las autoridades de los Estados partes en la Convención 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 justicia²⁴. En el presente caso, tomando en cuenta que la autora no se limita a impugnar la conclusión de las autoridades nacionales sino que solicita la revisión de los procedimientos nacionales

²³ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Airey c. Irlanda*, (demanda núm. 6289/73), sentencia de 9 de octubre de 1979; *Granger c. Reino Unido*, (demanda núm. 11932/86), sentencia de 28 de marzo de 1990; y *Hilal c. Reino Unido*, (demanda núm. 45276/99), sentencia de 6 de marzo de 2001.

²⁴ Véase *H. D. c. Dinamarca* (CEDAW/C/70/D/76/2014), 9 de julio de 2018, párr. 7.7.

sobre la base de una supuesta denegación de justicia y de discriminación por motivos de sexo debido a estereotipos presentes en la sociedad del Estado parte, el Comité considera que tiene competencia para examinar la presente comunicación y así determinar si existieron vulneraciones a la Convención en el proceso judicial llevado a cabo ante los tribunales nacionales con relación a la violencia obstétrica alegada por la autora.

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

Examen de la cuestión en cuanto al fondo

7.1 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.

7.2 La autora sostiene que la patologización de su parto, a través de un ingreso precoz, tactos vaginales innecesarios, administración de oxitocina sin información ni consentimiento, obligación de dar a luz en posición de litotomía, extracción instrumental y episiotomía sin información ni consentimiento, y finalmente separación de su hija por una infección probablemente causada por las intervenciones médicas con ocasión de los diez tactos vaginales que se realizaron en su caso, se debió a una discriminación estructural que se basa en estereotipos de género con respecto a la sexualidad, la maternidad y el parto. Asimismo, la autora sostiene que dichos estereotipos se perpetuaron en las instancias administrativas y judiciales. El Comité toma nota de que, según la autora, esta situación constituye una violación de sus derechos a servicios de salud de calidad y libres de violencia y discriminación, a la autonomía personal e integridad física y moral, en violación de los artículos 2, 5 y 12 de la Convención.

7.3 Al respecto, el Comité toma nota no solamente de los artículos académicos e informes sobre la temática de la violencia obstétrica mencionados por la autora (*supra* nota de pie núm. 4), sino que observa también el reciente informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, ante la Asamblea general, *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*²⁵. En dicho informe, la Relatora Especial utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, y afirma que “esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático”.²⁶ Asimismo, la Relatora Especial explica que algunas de las causas subyacentes de la violencia obstétrica son las condiciones de trabajo, las limitaciones de recursos, así como la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes, que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer.²⁷ Es particularmente pertinente para la presente comunicación la afirmación de la Relatora Especial según la cual la episiotomía “puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante”²⁸.

²⁵ A/74/137.

²⁶ A/74/137, párr. 4 y 12.

²⁷ A/74/137, párr. 40 y 49.

²⁸ A/74/137, párr. 25.

7.4 El Comité señala que en el contexto de una comunicación individual en la cual se alega la violación de derechos tras la adopción de decisiones judiciales, su tarea consiste en examinar dichas decisiones a la luz de la Convención y determinar si las autoridades del Estado parte respetaron sus obligaciones convencionales. Así, 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. Al respecto, el Comité observa que el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo observó que “si ya quienes tienen conocimientos técnicos ofrecen distintas conclusiones, esas dudas y dificultades se le trasladan a este juzgador”, y que el Tribunal Superior de Justicia reconoció no solamente que el juzgador había hecho escasa mención y no ponderó adecuadamente los informes aportados por la autora, sino que la ausencia de un informe pericial judicial dificultaba el análisis. Asimismo, el Comité observa que según el informe clínico ginecológico-obstétrico aportado por la autora, la actuación del personal sanitario no se ha ajustado a la *lex artis*,²⁹ no se debieron de haber realizado tantos tactos vaginales, la documentación clínica no justificaba el empleo de oxitocina, y no consta el consentimiento de la autora para la episiotomía, de acuerdo a la Ley de Autonomía del Paciente. El Comité nota que el conjunto de la información proporcionada por las partes en el presente caso demuestra que las autoridades judiciales nacionales no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados por la autora.

7.5 En este contexto, el Comité recuerda que, bajo el artículo 2 a) de la Convención, los Estados parte tienen la obligación de asegurar la realización práctica del principio de igualdad del hombre y la mujer, y 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 mujer³⁰. 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. En el presente caso, el Comité observa que existía una alternativa a la situación vivida por la autora, dado que su embarazo se desarrolló normalmente y sin complicaciones, que no había emergencia cuando llegó al hospital, pero que, sin embargo, desde su ingreso fue sometida a numerosas intervenciones sin que haya recibido explicaciones al respecto y sin que se le haya permitido opinar al respecto. Además, el Comité observa que las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir que es el médico quien decide realizar o no la episiotomía, al afirmar sin proporcionar explicación alguna al respecto que era “perfectamente comprensible” que el padre no pudiera estar presente en el parto instrumental, al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de “mera percepción”, pero que sí mostraron empatía hacia el padre cuando declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales durante dos años.

7.6 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

²⁹ Protocolo de actuación en la aplicación de un tratamiento médico.

³⁰ Véase *González Carreño c. España* (CEDAW/C/58/D/47/2012), párr. 9.7.

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.

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

a) En relación con la autora: proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la autora;

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 adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer 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 al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.

9. 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.
