



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

Distr. general
9 de marzo de 2023

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. 154/2020*.**

<i>Comunicación presentada por:</i>	M. D. C. P. (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 21 de enero de 2020 (no se publicó como documento)
<i>Fecha de adopción de la decisión:</i>	24 de febrero de 2023

1.1 La autora de la comunicación es M. D. C. P., de nacionalidad española y nacida el 28 de septiembre de 1971. La autora afirma que España ha violado los derechos que la asisten con arreglo al artículo 2, leído conjuntamente con los artículos 1, 3, 4, 5 y 24, y a los artículos 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.

* Adoptado por el Comité en su 84º período de sesiones (6 a 24 de febrero de 2023).

** Participaron en el examen de la presente comunicación los siguientes miembros del Comité: Brenda Akia, Hiroko Akizuki, Nicole Ameline, Marion Bethel, Leticia Bonifaz Alfonso, Rangita De Silva de Alwis, Corinne Dettmeijer-Vermeulen, Esther Eghobamien-Mshelia, Hilary Gbedemah, Yamila González Ferrer, Daphna Hacker, Nahla Haidar, Dalia Leinarte, Rosario G. Manalo, Marianne Mikko, Maya Morsy, Bandana Rana, Rhoda Reddock, Elgun Safarov, Natasha Stott Despoja and Genoveva Tisheva.



1.2 El 2 de junio de 2020, el Comité recibió una intervención de terceros¹, la cual fue transmitida a ambas partes para sus comentarios.

Hechos expuestos por la autora

2.1 El 6 de enero de 2009, aproximadamente las 7.00 horas, la autora, primípara, tras una gestación normal de 40 semanas, sin complicaciones, acudió con contracciones para dar a luz a un hospital público de Sevilla. Como único antecedente existía una hernia de hiato tratada durante el embarazo. La exploración inicial revelaba “cuello borrado al 40 %, 1 a 2 cm de dilatación”² y el estado del bebé como satisfactorio. A las 12.30 horas se intervino el desarrollo normal del parto, rompiendo artificialmente la bolsa amniótica y prescribiendo oxitocina sintética. En la historia clínica no se habría anotado la causa clínica necesaria para romperle la bolsa y administrarle oxitocina sintética. Con base en el historial clínico y en el informe pericial de la especialista en obstetricia y ginecología presentado por la autora, no se habría llegado a la fase activa (4 cm de dilatación) hasta pasadas las 17.15 horas y después de haber realizado una cascada de intervenciones, desaconsejadas por la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social, porque pueden distorsionar la normal evolución del parto.

2.2. La autora padecía hernia de hiato, sin embargo, sus peticiones para que se le administrara medicamento habrían sido ignoradas y se la obligó, en contra de su voluntad, a dilatar en posición de litotomía, con lo cual el reflujo le abrasaba la garganta y la hacía sufrir. La autora refiere que la matrona le dijo “límpiase y quédate en la cama tumbada para arriba, sin moverte y con las piernas abiertas y ligeramente flexionadas, ¡y no te muevas!”. La estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud establece alentar a las mujeres a tomar decisiones informadas acerca de la posición que consideren más cómoda y a decidir libremente que posición adoptar. Asimismo, la autora refiere haber solicitado agua en reiteradas ocasiones sin que dicha petición fuese atendida y sin haberle proporcionado una razón para ello.

2.3 La autora refiere que, a las 15.30 horas, con sólo 3 cm de dilatación y sin haberlo solicitado, se le indicó que, “si no accedía a la administración de la analgesia epidural en ese momento, cuando la desease sería tarde o no sería posible por exceso de trabajo en el servicio”. La autora manifiesta haber sentido temor ante dicha situación. La punción para analgesia epidural fue realizada por tres personas distintas, dos de ellas estudiantes en prácticas. El Historial Clínico refiere que “la punción fue ‘difícil’, se produjo sangrado y el catéter tuvo que ser reinsertado en la columna varias veces”³. La autora refiere que “me tocaron la espalda, debajo de la cintura... después de un segundo intento, le seguían unas risitas. Mientras tanto las otras mujeres, supongo que estudiantes [...] hacían comentarios muy inoportunos”. Durante la administración de 10 pinchazos escuchó cómo la tutora corregía a las alumnas hasta que finalmente esta última decidió hacer la punción lumbar ella misma.

2.4 Alrededor de las 23.00 horas, alcanzada una dilatación de 8 cm y con un registro toco-cardiográfico absolutamente normal, una matrona le indicó que la pasaría a paritorio en cuanto acabaran con la parturienta que la precedía: “tienes un periné muy elástico, no vas a tener problemas. Cuando sientas una contracción empuja. Te van a preparar para ir a paritorio”. Posteriormente, escuchó una conversación según la cual los paritorios estarían saturados. Ante ello, se habría negado a ser operada y habría pedido a su marido que no firmara nada. Durante el camino al quirófano la autora refiere que le entraron ganas de pujar y que le dijeron “mira, está aquí” ¿por qué te

¹ Proveniente del Centro de investigación sobre derechos humanos y derecho humanitario de la Universidad Panthéon-Assas (Paris, Francia).

² Ver historia clínica en el expediente administrativo.

³ Ver hoja de historia clínica “punción hemática, reinsertación”.

mandan?”. Su oposición a la intervención quirúrgica habría sido ignorada, trasladándola a quirófano y extrayendo a su hija mediante cesárea. La autora refiere que padeció mucho dolor en la herida quirúrgica de la cesárea y en la zona de la punción epidural, sin embargo, no consta en el historial clínico que se le hubiese atendido o suministrado medicamento alguno para el dolor. Tras la operación, la autora presentó “intolerancia a la actividad”, y “debilidad generalizada”, expresó “sentimientos sobre la pérdida”, y se recomendó “facilitar del duelo” y “apoyo emocional”, refiriendo además “estar muy dolorida y no querer movilizarse”⁴. A su salida del hospital apenas pudo caminar, se caía con frecuencia, necesitaba ayuda de terceras personas, y presentaba dolor agudo en el abdomen⁵, insomnio y ansiedad. Se le prescribió medicación ansiolítica y permaneció con una baja laboral prolongada⁶.

2.5 Durante el puerperio, la autora habría sufrido un cuadro de dolor cérico- dorsolumbar: “hiporreflexia osteotendinosa bilateral en miembros inferiores y claudicación en posición de bipedestación en talones y de puntillas” de “probable origen medular/radicular”⁷. Todos los profesionales a los que visitó descartaron hallazgos patológicos en columna cervical y cráneo preexistentes que justificasen sus padecimientos y como única relación señalaron las punciones epidurales practicadas en el parto para la administración de analgesia epidural⁸. En ese mismo sentido, la perito gineco-obstetra estableció en su informe pericial que las lesiones neuropáticas se debían a una mala aplicación técnica en el momento de insertar el catéter epidural en la columna, “porque la persona o personas no eran expertas o eran expertas, pero estuvieron desatinadas”⁹.

2.6 En cuanto a los padecimientos psicológicos, la psiquiatra que atendió a la autora manifestó que se presentó en su consulta “llorando continuamente y torturada por los flashback del parto que veía en su mente prácticamente todo el tiempo” debido al “terror que había pasado tanto por ella como por su hija y los malos tratos consistentes en burlas, faltas de atención y abandonos que sufrió, hasta el punto de querer huir prácticamente desnuda, pues solo llevaba el camisón del hospital abierto por detrás”¹⁰. La especialista concluyó que la autora sufría trastorno por estrés postraumático y estableció que: “no hay duda de que los sucesos vividos en el parto de su hija tienen entidad suficiente como para haberle causado el trastorno que padece. Dada la evolución tortuosa y lenta de su recuperación, dudo con bastante certeza de que alguna vez pueda estar totalmente recuperada”¹¹.

2.7 El 4 de enero de 2010, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial¹² ante el servicio público de salud, alegando mala praxis durante su parto, principalmente en la administración de analgesia epidural, la irregular práctica de dicho procedimiento, la improcedente realización de la cesárea y la falta de consentimiento informado para la realización de la cesárea.

2.8 Frente al silencio administrativo, el 10 de mayo de 2012, la autora formalizó la demanda ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 8 de Sevilla contra

⁴ Hoja de historia clínica, anotaciones de enfermería relativas al postparto.

⁵ Demanda presentada ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 8 de Sevilla. Procedimiento ordinario 69/2012.

⁶ *Ibid.*

⁷ Valoración médica del especialista en neurología del Hospital Virgen de la Macarena, 11 de diciembre 2009, 20 de mayo 2010 y 7 de abril 2011.

⁸ Informes médicos obrantes como anexos en la demanda presentada ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo.

⁹ Informe médico pericial por la especialista en obstetricia y ginecología, 26 de abril de 2012.

¹⁰ Informe médico pericial de especialista en psiquiatría, 4 de mayo de 2012.

¹¹ *Ibid.*

¹² Expediente administrativo de reclamación de responsabilidad patrimonial, presentado ante el Servicio Andaluz de Salud.

la desestimación presunta de su reclamación de responsabilidad patrimonial, alegando haber sido ignorada como sujeto racional, abandonada, humillada y maltratada, sufriendo secuelas físicas y psicológicas como consecuencia directa del maltrato científico, jurídico y humano, por las personas que la atendieron en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. En su demanda la autora establece que se violó: a) su dignidad personal utilizándola como objeto docente, sometiéndola a 10 punciones lumbares dolorosas y peligrosas; b) su derecho a la integridad física y moral, realizándole una cirugía mayor abdominal en contra de su expresa voluntad y ejerciendo violencia, ignorándola como paciente, como persona, como madre y como sujeto dotado de razón y conciencia, no habiéndola auxiliado en su dolencia de hernia de hiato y negándole analgesia post quirúrgica. La autora adjuntó a su demanda el informe pericial de una especialista en psiquiatría y el informe pericial de una especialista en ginecología y obstetricia que concluía la existencia de una mala praxis en la atención prestada y que afirmaba que existían alternativas a la cesárea. La Administración del Hospital alegó que la cesárea se había realizado por un “estancamiento” de la dilatación, pero sin aportar ninguna prueba que apoyase tal afirmación o mediante la cual se justificase la urgencia por encontrarse en riesgo la salud de la madre o del feto. Al respecto, la experta presentada por la autora habría manifestado que: “ante una dificultad en el transcurso del parto, la *lex artis* impone al profesional elegir las actuaciones a realizar de la menos lesiva a la más lesiva y no al revés”. En particular, concluyó que la actuación del personal sanitario no se habría 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, incluyendo la Guía de buenas prácticas para la atención al parto del propio Servicio Andaluz de Salud.

2.9 La autora alega que no se recabó su consentimiento informado y que, durante el proceso contencioso-administrativo, la jueza no habría valorado las pruebas documentales y periciales aportadas por la autora, ni el hecho que las partes demandadas (administración y aseguradora) no habían aportado la información que se les había requerido.

2.10 El 7 de octubre de 2014 el Juzgado desestimó la demanda de la autora¹³. La sentencia subrayó que la reclamación de responsabilidad patrimonial no versaba sobre maltrato alguno, sino sobre la presunta mala praxis en relación con la administración de la analgesia epidural y la decisión de practicarle una cesárea, y que no se planteó pretensión indemnizatoria por secuelas físicas y psicológicas. Al respecto, el Juzgado determinó que no existía constancia objetiva de que la autora deseaba un parto natural, ni del número de intentos realizados para practicarle la anestesia epidural y que la documentación médica aportada por la autora no podía servir de base para fundar una pretensión resarcitoria por posibles secuelas derivadas de una deficiente administración de anestesia epidural. Por otro lado, el Juzgado estableció que, con base en la información proporcionada en el informe clínico, la “única alternativa terapéutica para garantizar la seguridad de la madre y el feto, era la realización de una cesárea” y que “es cierto que este podría no haber sido el parto deseado de la señora, pero sobre sus legítimos deseos prevalece el deber de preservar la integridad y la salud de la madre y de su hijo por parte de los servicios sanitarios, que son los que, en atención a esa finalidad y la función que desempeñan, han de adoptar las decisiones que mejor la procuren y atiendan”¹⁴. En cuanto a la constancia de consentimiento informado, la jueza estableció que el mismo “carecía de relevancia para determinar responsabilidad patrimonial” ya que “la no existencia de un consentimiento expresamente firmado no altera la decisión de realizar la cesárea, dado su carácter

¹³ Sentencia de Primera Instancia núm. 261/14, Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 8 de Sevilla, procedimiento ordinario 69/12; 7 de octubre de 2014.

¹⁴ *Ibid.*

urgente”. Y finalmente concluye estableciendo que “es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento, pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo (...) Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos”¹⁵. Teniendo en cuenta que se informó a la paciente de forma verbal, el Juzgado determinó que la falta de consentimiento firmado por la paciente no era causa determinante de responsabilidad patrimonial¹⁶.

2.11 El 31 de octubre de 2014 la autora presentó recurso de apelación¹⁷ ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, por vulneración al derecho a la tutela judicial efectiva. La autora alegó que no se habían valorado las pruebas presentadas, en particular las periciales de la especialista en ginecología y obstetricia y la especialista en psiquiatría. Asimismo, alegó que la Administración tenía la obligación de demostrar que se había recabado el consentimiento informado de palabra o por escrito y que la juzgadora había confundido la obligación de los profesionales de velar por la salud de la madre e hijo y actuar conforme la *lex artis*, con un supuesto derecho a imponer cualquier intervención que estime oportuna, sin necesidad de que la afectada esté informada y lo consienta y, recordó que es de especial importancia informar y hacer partícipe a la mujer en la toma de cualquier decisión que afecte al transcurso del parto. Agregó que una persona a la que se informa de lo que va ocurriendo siente que tiene cierto control sobre la situación (puede pensar, valorar, preguntar, decidir), por lo que acepta las intervenciones y puede prepararse psicológicamente para asumir resultados indeseables, y que justamente el consentimiento informado pretende reducir las probabilidades de desarrollar síndromes como el estrés postraumático¹⁸.

2.12 El 20 de enero de 2016 el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía emitió sentencia desestimatoria¹⁹ al considerar que la comunicación al marido y a la madre de la autora de que iban a realizar la cesárea era suficiente a efectos de consentimiento informado, que la decisión se basó en la existencia de información suficiente a la paciente y a sus familiares, de forma acorde a las circunstancias de urgencia y necesidad que rodearon la intervención, y que la autora no había presentado suficientes pruebas, más allá de sus declaraciones, sobre la saturación de paritorios, que según la autora motivaron la práctica de la cesárea. El Tribunal determinó que el servicio sanitario ofreció a la autora y a su marido información sobre las posibles consecuencias de un parto natural y que, dada la situación de urgencia, el ofrecimiento de información y la manifestación escrita del consentimiento hubiera podido poner en riesgo el éxito de la operación. El Tribunal a su vez estableció que la procedencia o no de la cesárea se basó en la progresión del parto (situación de estacionamiento) y que la autora no justificó en qué medida la amniorrexis artificial o el suministro de oxitocina pudieran haber propiciado la cesárea, así como tampoco se demostró que la adopción de una posición más cómoda pudo haber evitado la desproporción cefálico-pélvica que presuntamente motivó la cesárea.

2.13 El 15 de marzo de 2016, la autora presentó ante el Tribunal Constitucional un recurso de amparo²⁰, alegando la vulneración al derecho de igualdad ante la ley sin

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Recurso de apelación frente a la sentencia desestimatoria del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo, Sevilla, 31 de octubre de 2014.

¹⁸ Informe médico pericial de especialista en psiquiatría, 4 de mayo de 2012.

¹⁹ Sentencia desestimatoria del Juzgado del recurso de apelación del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

²⁰ Recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, 15 de marzo de 2016.

discriminación por razón de sexo. La autora estableció que la tesis de la juzgadora de primera instancia lleva a pensar que, en el caso de las futuras madres se puede prescindir de la protección que las leyes otorgan a los pacientes y que, en el caso de las mujeres embarazadas, es el médico quien toma la decisión sin necesidad de incluir a la paciente o informarla, vulnerando también su dignidad y su vida privada, subsumiendo la vulneración a una cuestión meramente clínica. La autora alegó que la humillación provenía precisamente de ignorarla como sujeto racional capaz de velar por su salud y la de su hija. El 18 de julio de 2016, el Tribunal inadmitió a trámite la demanda de amparo por entender que los hechos carecían de “especial trascendencia constitucional”.

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

2.14 La autora sostiene que, en el Estado parte la atención al parto es especialmente intervencionista²¹, diversos testimonios de mujeres relatan que, durante el parto, sufren habitualmente comentarios vejatorios²² y que se les somete a procedimientos médicos no necesarios para acelerar el parto, como abuso de oxitócicos, cesáreas y episiotomías. La autora 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 expulsivo²³.

2.15 La autora indica que la organización no gubernamental Médicos del Mundo concluyó que, en el Estado parte, las cifras de cesáreas y episiotomías superan las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Dicha organización 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 sexualidad²⁴.

2.16 La autora sostiene que 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 actuaciones²⁵. De tal forma, se reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica²⁶.

2.17 La autora sostiene que la violencia obstétrica es un tipo de violencia que solo puede ejercerse sobre las mujeres y constituye una de las formas más graves de discriminación.

²¹ Véase 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.

²² Véase *N. A. E. c. España* (CEDAW/C/82/D/149/2019), párrs. 2.24 a 2.32 y *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018).

²³ Véase resultados de las encuestas realizadas por el Observatorio de violencia obstétrica en: www.elpartoenuestro.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://azucenamanzanares.com/wp-content/uploads/VO.pdf>.

²⁴ Véase *N. A. E. c. España* (CEDAW/C/82/D/149/2019), párrs. 2.24 a 2.32 y *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018).

²⁵ 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.

²⁶ 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).

2.18 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 tratos²⁷.

2.19 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”²⁸.

Denuncia

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

3.2 La autora sostiene que se vulneraron sus derechos reconocidos en los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención al no haber recibido una adecuada atención médica durante su parto y posparto, ni desde el punto de vista clínico, ni en relación con el ejercicio de su derecho a consentir o rechazar las intervenciones médicas a las que se vio sometida. La autora alega además que no fue informada, ni se pidió su consentimiento, ni se la tuvo en consideración a la hora de decidir el ingreso temprano, la rotura artificial de la bolsa amniótica, la administración de oxitocina sintética, la aplicación de anestesia epidural, ni la realización de la cesárea. Se la obligó a permanecer en posición de litotomía aun cuando padecía hernia de hiato. Se la sometió a una anestesia epidural dificultosa que resultó en 10 dolorosas punciones y respecto de las cuales aún hoy sufre secuelas físicas. No se le explicaron los beneficios y riesgos de estas intervenciones ni se le ofrecieron alternativas, lo cual le dejó secuelas físicas y psicológicas. El reconocer su derecho a ser informada, y a consentir o rechazar libremente las intervenciones médicas se encuentra contemplado en las políticas plasmadas en el “Proyecto para la humanización de la atención perinatal en Andalucía”; sin embargo, el Estado parte no penalizó las vulneraciones alegadas, ni garantizó una protección efectiva ni a través de los tribunales nacionales, ni de ningún otro tipo de institución, desproveyendo así de toda eficacia a la política pública, permitiendo el ejercicio sistemático de abuso de poder sobre las gestantes.

3.3 En cuanto a la violación del artículo 2, leído conjuntamente con los artículos 1, 3, 4, 5 y 24 de la Convención, la autora sostiene que el tipo de discriminación de la cual ha sido víctima se basa en el género, porque el consentimiento requerido para las intervenciones realizadas en el parto solo pueden emitirlo las mujeres, que son quienes reúnen la condición de parturienta, madre y usuaria. Sin embargo, se realizó una cirugía mayor abdominal sin contar con su consentimiento informado, en vulneración de los artículos 2 y 3.

3.4 En cuanto a la violación del artículo 5 de la Convención, la autora alega que la mala atención que recibió se debe a la prevalencia de estereotipos de género, reflejada en la falta de autonomía de la mujer en torno a las decisiones sobre su salud sexual, su maternidad y su parto, ya que se parte de una visión paternalista y un modelo autoritario de la relación médico-paciente, en el que se despoja a una persona, por el simple hecho de estar embarazada, de su condición de sujeto racional, privándole de la capacidad de decidir su destino. El modelo de autonomía de la voluntad regulado en la Ley General de Sanidad considera que una persona en pleno uso de sus facultades mentales es capaz de decidir por sí misma si se le da información veraz y adecuada a sus necesidades. La autora agrega que, en la sentencia de primera

²⁷ Véase [A/HRC/31/57](#), párr. 47.

²⁸ Véase Organización Mundial de la Salud, documento WHO/RHR/14.23.

instancia, se consideró que en el caso de las futuras madres, ellas únicamente tendrían derecho a “mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento”, enviando el mensaje de que las mujeres embarazadas no pueden tomar decisiones buenas, justas y acertadas para proteger a su persona y a sus hijos, concluyendo que las futuras madres deben seguir bajo la tutela del médico —como si fueran menores de edad— y que la autonomía moral que la ley garantiza a las demás personas, no es para ellas. Porque, con las mujeres embarazadas, no hay decisiones libres e informadas sino simples “preferencias” (gustos, caprichos, antojos), basadas en la pervivencia de estereotipos de género con respecto a cómo debe comportarse la mujer en relación con su maternidad. Negar a las mujeres la capacidad de tomar decisiones libres sobre su propia salud y su propio cuerpo y el de sus futuros hijos y atribuir esa capacidad a los médicos, responde a una idea de inferioridad de la mujer, por lo que el Estado parte ha fallado en su obligación de modificar dichos patrones en el ámbito de la atención obstétrica, en vulneración del artículo 5, inciso a) de la Convención.

3.5 Asimismo, 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, y eventual vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Adicionalmente, para que las mujeres puedan acceder plenamente y en condiciones de igualdad a la justicia, el Estado parte debería, además de garantizar el acceso a la justicia en condiciones de igualdad en sus leyes y políticas, garantizar que los mismos sean tutelados sin estereotipos de género. Los estereotipos giran en torno al rol de la mujer como instrumento de reproducción y se manifiestan al prescindir de su consentimiento. El conjunto de prejuicios sobre cómo debe comportarse una mujer que da a luz y la insignificancia que se le otorgó a la salud física y espiritual de la autora, provocaron que las lesiones y consecuencias se minimizaran, otorgándole mayor credibilidad a la otra parte e impidiéndole acceder a una tutela judicial efectiva.

3.6 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. Permitir actitudes discriminatorias basadas en estereotipos de género supone una violación de la Convención²⁹ y 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. Como consecuencia de las lesiones practicadas durante el parto, la autora padeció una lesión neuropática y un trastorno de estrés postraumático por el cual fue tratada intensivamente.

3.7 La autora solicita una reparación individual por las violaciones sufridas, así como las siguientes medidas de no repetición: la realización de campañas de sensibilización sobre igualdad de género y violencia contra la mujer que combatan estereotipos inherentes a la maternidad; la elaboración de estudios y estadísticas para combatir y sensibilizar contra la violencia obstétrica; y la capacitación del poder judicial y la sanidad pública sobre violencia contra las mujeres, en particular, violencia obstétrica. 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.

²⁹ La autora cita la recomendación general núm. 27 (2010) sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos y la recomendación general núm. 28 (2010) relativa al artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad y el fondo

4.1 El 23 de junio de 2020 y 14 de octubre de 2021, el Estado parte presentó sus observaciones sobre la admisibilidad y el fondo. El Estado parte alega que la comunicación es inadmisibile por haber sido sometida la cuestión a otro procedimiento internacional, ya que la autora presentó demanda ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y que la misma fue inadmitida el 13 de abril de 2017³⁰, después de haber analizado de manera exhaustiva los requisitos tanto procesales como de fondo y que los letrados de la Secretaría del Tribunal, actuando como ponentes, elaboraron un informe que fue adoptado por el juez único.

4.2 El Estado parte alega que la comunicación es inadmisibile por pretender una revisión de la valoración de la prueba realizada por los tribunales internos, los cuales realizaron una valoración exhaustiva de la prueba.

4.3 El Estado parte alega asimismo que la comunicación es inadmisibile 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 por funcionamiento anormal de la administración sanitaria, seguida de un contencioso-administrativo y un amparo.

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

4.5 Adicionalmente, el Estado parte subraya que, en el presente caso no existen quejas ante el hospital y no es sino hasta un año después de ocurridos los hechos, que la autora plantea su reclamación de responsabilidad patrimonial; que en dicha reclamación no existe mención alguna sobre la existencia de violencia obstétrica, ni la vulneración de los derechos a la integridad física, ni al derecho a la intimidad personal y familiar, ni vulneración del principio de igualdad, sino que se limita a justificar la infracción de la *lex artis* por parte del Hospital y que no es hasta el proceso contencioso administrativo, que la autora aporta un informe emitido por una doctora en obstetricia y ginecología y otro por una doctora en psiquiatria.

4.6 Finalmente, el Estado parte indica que no fue sino hasta el recurso de apelación que la autora alega por primera vez la vulneración del derecho a la igualdad y aparece por primera vez la palabra “violencia”.

4.7 El Estado parte también sostiene 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 28 de agosto de 2020 y el 15 de diciembre de 2021, la autora presentó sus comentarios a las observaciones del Estado parte e indicó que, con base en el Protocolo núm. 14 al Convenio Europeo de Derechos Humanos, el juez único podrá declarar una demanda inadmisibile cuando considera que no cumple con los requisitos básicos de admisibilidad y, por tanto, sin requerirse un “examen complementario” de la misma. La autora agrega que una comunicación ha sido examinada cuando se ha valorado el fondo de la cuestión y que, con base en la jurisprudencia del Comité, no se considera que un caso haya sido examinado por el Tribunal Europeo de Derechos

³⁰ Demanda ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y carta del Tribunal Europeo de Derechos Humanos por la que se inadmite dicha demanda.

Humanos cuando se declaró inadmisibles por motivos de forma y que, según la jurisprudencia del Comité de Derechos Humanos, “el limitado razonamiento que contiene la carta del Tribunal” no permite “asumir que el examen incluyera una suficiente consideración de elementos del fondo”³¹.

5.2 La autora manifiesta que su comunicación no se limita a pretender impugnar la conclusión de las autoridades nacionales, sino que se revisen los procedimientos sobre la base de una denegación de justicia y discriminación por motivos de género debido a estereotipos presentes en las instituciones sanitarias y judiciales, y recuerda que este Comité ha manifestado en su jurisprudencia 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 justicia”³². La autora agrega que los patrones de discriminación contra las mujeres en el Estado parte afectaron el goce de sus derechos y que la falta de una adecuada implementación de leyes y políticas existentes a nivel nacional, por el mero hecho de ser mujer y estar embarazada, le impidieron lograr una reparación de estas violaciones ante los tribunales nacionales.

5.3 Respecto de la valoración de la prueba, la autora manifiesta que el recurso de apelación y de amparo se centraron en la vulneración del principio de inmediación, la indefensión y la nulidad de pleno derecho de la actuación judicial en primera instancia, al no haberse realizado una exhaustiva valoración de la prueba, omitiendo por completo la pericial de ginecología y obstetricia aportada, no mencionando las guías y protocolos de salud reproductiva aplicables y obviando el consentimiento informado, sustituyendo arbitrariamente el derecho a tomar decisiones libres e informadas, por el poder “mostrar ciertas preferencias”, sin que ello implicase participar en la toma de cualquier decisión que afectara el transcurso del parto³³.

5.4 Respecto de las alegaciones del Estado en relación a que las vulneraciones de derechos fundamentales no fueron alegadas en el procedimiento interno, la autora recuerda la jurisprudencia del Comité en la cual se consideró que no es preciso que, ante la jurisdicción estatal se haya denunciado la violación concreta del derecho con base en un precepto del correspondiente instrumento, sino la violación del derecho garantizado, y que, aunque no se hubiese formulado alegación expresa sobre la discriminación por razón de sexo ante los órganos internos, se entiende que, en la medida en que se haya puesto de manifiesto violencia sexista, o maltrato físico o psicológico sufrido por una mujer, por el hecho de ser mujer, las autoridades tuvieron oportunidad de examinar esas alegaciones³⁴. La autora reitera que durante todo el procedimiento interno se planteó que las vulneraciones de derechos sufridos se encontraban enraizadas en la discriminación y falta de implementación de la normativa y estándares sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres³⁵. La autora agrega que, tal y como ha sido interpretado por este Comité, en los casos de violencia de género, como lo es la violencia obstétrica, se presume la discriminación, y por ende no es necesario mencionarla expresamente.

5.5 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

³¹ Véase *Achabal Puertas c. España* (CCPR/C/107/D/1945/2010) párr. 7.3.

³² Ver *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018) párr. 6.4.

³³ Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Núm. 8 de Sevilla. Procedimiento ordinario 69/2012, 7 de octubre de 2014.

³⁴ Véase *N. c. Países Bajos* (CEDAW/C/57/D/39/2012) párr. 6.4.

³⁵ Demanda Contencioso-Administrativa, procedimiento ordinario 69/2012.

recursos internos es asegurar que los Estados parte tengan la oportunidad de reparar una violación. En el mismo sentido, este Comité ha establecido que el requisito de agotamiento de los recursos internos tiene la intención de 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”³⁶. Si más de un posible remedio efectivo está disponible, puede elegir el recurso que considere más apropiado³⁷. La autora sostiene que la vía seguida por ella, 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.

5.6 En relación con el argumento del Estado de que no consta ninguna queja ante el hospital y que en su reclamación no fijó el importe indemnizatorio, la autora indica que el hecho de no haber presentado quejas ordinarias ante el hospital carece de relevancia, ya que se presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial dentro del plazo, en donde expresamente se reclamó por irregularidades en la aplicación de la anestesia epidural y por haberse practicado una cesárea por estar los paritorios llenos y a pesar de su oposición. En cuanto al argumento del Estado parte de que la valoración de la prueba en el proceso judicial fue “exhaustiva”, la autora sostiene que se ignoraron las conclusiones de los especialistas, basándose únicamente en las manifestaciones de los propios servicios sanitarios implicados.

5.7 En cuanto al consentimiento informado, si bien el Estado parte se remite a los argumentos de los funcionarios judiciales que determinaron la situación de “urgencia” como excepción a la exigencia del consentimiento informado y de su constancia escrita, la propia Ley de autonomía del paciente³⁸ establece que las circunstancias en las que se puede prescindir del consentimiento son: a) que exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y, b) que no sea posible conseguir su autorización, circunstancias que no se daban en este caso, además de que los órganos judiciales no constataron el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley. La autora recuerda lo establecido por el Comité en su recomendación general 24 (1999), sobre la mujer y la salud: “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”³⁹. La autora agrega que la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, ha subrayado que: “el centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto”⁴⁰ y que, “cuando

³⁶ La autora cita: *Rahime Kayhan c. Turquía* (CEDAW/C/34/D/8/2005) párr. 7.5 a 7.7; *Goecke c. Austria* (CEDAW/C/39/D/5/2005) párr. 7.2; *Zhen Zheng c. Países Bajos* (CEDAW/C/42/D/15/2007) párr. 7.3; *N. S. F. c. Reino Unido* (CEDAW/C/38/D/10/2005), párr. 7.3.

³⁷ La autora cita: *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 31 de octubre de 2006.

³⁸ Ver Ley de autonomía del paciente, artículo 9.2.

³⁹ Véase recomendación general núm. 24 (1999), sobre la mujer y la salud.

⁴⁰ Véase el “Informe 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”, de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, (A/74/137), de 11 de julio de 2019, párr. 49.

se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura”⁴¹.

5.8 La autora establece que el hecho de haber instado medidas tendientes a eliminar la situación sistémica y estructural de violencia obstétrica en el Estado parte, no pervierte la finalidad y el objetivo del Protocolo Facultativo sobre comunicaciones individuales. Asimismo, reitera que es por ello determinante implementar reparaciones transformadoras que favorezcan la garantía de no repetición.

Intervenciones de terceros

6.1 El 2 de junio de 2020, el Centro de investigación sobre derechos humanos y derecho humanitario de la Universidad Panthéon-Assas recordaron 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. 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.

6.2 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.

6.3 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.

Deliberaciones del Comité

Examen de la admisibilidad

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

7.2 El Comité recuerda que el apartado a) del párrafo 2) del artículo 4 del Protocolo Facultativo le impide declarar la admisibilidad de una comunicación cuando la misma cuestión ya haya sido o esté siendo examinada conforme a otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales⁴². El Comité señala la observación del Estado parte de que la autora presentó una demanda ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos el 26 de enero de 2017, en nombre de sí misma, de conformidad con los artículos 3, 6.1, 8 y 13 en relación con el artículo 14 del Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y que dicha demanda fue declarada inadmisibile por el Tribunal Europeo el 13 de abril de 2017 por incumplimiento de los criterios de admisibilidad establecidos en los artículos 34 y 35 del Convenio Europeo sobre los Derechos

⁴¹ *Ibid.*, párr. 24.

⁴² Véase *T. N. c. Dinamarca* (CEDAW/C/59/D/37/2012), párr. 12.4; *Trébutien c. Francia* (CCPR/C/51/D/421/1990), párr. 6.3; *Petersen c. Alemania*, (CCPR/C/80/D/1115/2002), párr. 6.3.

Humanos. El Comité recuerda su jurisprudencia según la cual el “mismo asunto” en el sentido del artículo 4, párrafo 2 a) del Protocolo Facultativo, debe entenderse que se refiere al mismo autor, los mismos hechos y los mismos derechos sustantivos⁴³. El Comité observa que la demanda de la autora presentada al Tribunal Europeo de Derechos Humanos se basaba en los mismos hechos y se refería a los mismos derechos sustantivos que los planteados en la presente comunicación. El Comité debe determinar, en consecuencia, si el Tribunal “consideró” el mismo asunto en los términos del artículo 4, párrafo 2 a) del Protocolo Facultativo. El Comité recuerda su jurisprudencia según la cual, cuando el Tribunal Europeo haya fundamentado una declaración de inadmisibilidad no solo en razones de procedimiento, sino en razones que denoten cierto grado de consideración del fondo del asunto, por limitado que sea, ese asunto habrá sido “examinado” en el sentido que se atribuye a esta expresión en las reservas correspondientes al artículo 4, párrafo 2 a), del Protocolo Facultativo⁴⁴. En el presente caso, el Comité advierte que el carácter sucinto de la decisión del Tribunal no le permite determinar con certidumbre si se el Tribunal consideró el fondo del asunto, tan siquiera de forma limitada⁴⁵. Por consiguiente, el Comité considera que lo dispuesto en el artículo 5, párrafo 2 a), del Protocolo Facultativo no obsta para que examine la presente comunicación⁴⁶.

7.3 El Comité toma nota del argumento del Estado parte de que la comunicación es inadmisibile 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 planteada en su jurisdicción⁴⁷. El Comité observa que la autora planteó ante las instancias internas todas las cuestiones que tuvo ante sí por la supuesta violencia obstétrica sufrida, agotando la vía contencioso-administrativa, apelación y amparo. 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 que se han agotado los recursos internos a los efectos de lo dispuesto en el artículo 4.1 del Protocolo Facultativo.

7.4 El Comité toma nota del argumento del Estado parte de que la comunicación es inadmisibile 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 de las autoridades judiciales. Asimismo, el Comité toma nota de la afirmación de la autora según la cual las autoridades judiciales no tomaron

⁴³ Véase *Kayhan c. Turquía* (CEDAW/C/34/D/8/2005), párr. 7.3, y *Petersen c. Alemania* (CCPR/C/80/D/1115/2002), párr. 6.3.

⁴⁴ Véase *Bertelli Gálvez c. España* (CCPR/C/84/D/1389/2005), párr. 4.3; *Wdowiak c. Polonia* (CCPR/C/88/D/1446/2006), párr. 6.2; *Alzery c. Suecia* (CCPR/C/88/D/1416/2005), párr. 8.1; y Véase *Quliyev c. Azerbaiyán* (CCPR/C/112/D/1972/2010), párr. 8.2.

⁴⁵ Véanse las comunicaciones núms. 1945/2010, *Achabal Puertas c. España*, párrafo 7.3, y 2474/2014, *X. c. Noruega*, párrafo 6.2.

⁴⁶ Véase *T.N. c. Dinamarca* (CEDAW/C/59/D/37/2012), párr. 12.4; *Onoufriou c. Chipre*, (CCPR/C/100/D/1636/2007), párr. 6.2; y *Vojnović c. Croacia*, (CCPR/C/95/D/1510/2006), párrs. 7.1 y 7.2.

⁴⁷ Véase *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018), párr. 6.3.

en cuenta las diversas pruebas periciales que aportó a lo largo del proceso. El Comité considera que las 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 para examinarla y así determinar si existió alguna irregularidad en el proceso judicial con relación a la violencia obstétrica alegada por la autora⁴⁸.

Examen de la cuestión en cuanto al fondo

7.5 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.

7.6 El Comité toma nota que, según la autora, la cascada de intervenciones que culminaron en una cesárea sin que se hubiese recabado adecuadamente su consentimiento, (párrs. 2.1 a 2.6), las secuelas neurológicas y neuropatías no resueltas y finalmente el trastorno de estrés postraumático posparto que sufrió se debieron a una discriminación estructural basada en estereotipos de género con respecto al parto y que dichos estereotipos se perpetuaron en las instancias administrativas y judiciales al no haberse considerado el irrespeto a los propios protocolos, ni haber valorado los informes que la autora aportó para probar la mala praxis, incluido el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto. 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. El Comité también observa que, según el Estado parte, la cesárea se realizó después de considerar parto estacionado y que la jueza estableció, después de una valoración exhaustiva, que la no existencia de un consentimiento expresamente firmado no alteraba la decisión de realizar la cesárea, dado su carácter urgente. El Comité toma nota del argumento de la autora de que la jueza no consideró necesario recabar su consentimiento informado, que las futuras madres únicamente pueden mostrar “ciertas preferencias” con relación al parto, y que corresponde exclusivamente al profesional médico la decisión de vía de finalización del mismo, vulnerando con ello su autonomía y dignidad e ignorándola como sujeto capaz de velar por su salud y la de su hija.

7.7 El Comité recuerda que los 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 perspectivas⁴⁹. Asimismo, recuerda que 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 efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles.

7.8 El Comité observa que, si bien aún no se cuenta con una definición oficial de “violencia obstétrica”, 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 salud⁵⁰. 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

⁴⁸ Véase *N. A. E. c. España* (CEDAW/C/82/D/149/2019), párr.14.4.

⁴⁹ Véase recomendación general núm. 24 (1999), sobre la mujer y la salud.

⁵⁰ *A/74/137*, párrs. 4, 12 y 15.

la mujer y a sus derechos humanos⁵¹. Son particularmente pertinentes para la presente comunicación las afirmaciones de la Relatora según las cuales una cesárea que se practica sin el consentimiento de la mujer⁵², y el uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo exámenes ginecológicos⁵³, son actos que pueden constituir violencia obstétrica. 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 informadas⁵⁴.

7.9 El Comité recuerda que, en el marco de sus observaciones finales, ha recomendado a los Estados parte 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”⁵⁵. 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 Convención⁵⁶.

7.10 El Comité recuerda que, por regla general, corresponde a las autoridades de los Estados parte 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 justicia⁵⁷. 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, para eliminar los estereotipos de género. En este sentido, el Comité toma nota de que, según el Estado parte, la administración y los tribunales internos valoraron de forma exhaustiva los informes aportados y que en la queja administrativa únicamente se alegaba mala praxis y no la existencia de violencia obstétrica, por lo que no era posible para la administración y los tribunales internos pronunciarse sobre la misma. El Comité toma nota, sin embargo, de la alegación de la autora de que, en la medida en que se puso de manifiesto el maltrato físico o psicológico sufrido por una mujer, por el hecho de ser mujer, las autoridades tuvieron oportunidad de examinar esas alegaciones. El Comité toma nota asimismo de que la jueza no consideró el irrespeto a los propios protocolos, ni la ausencia de documentos de consentimiento informado, ni los informes que la autora aportó en el marco de los procedimientos para establecer la mala praxis, en particular el informe pericial de una especialista en ginecología y obstetricia. La jueza tampoco tomó en cuenta los informes presentados en relación al diagnóstico de trastorno de estrés postraumático posparto.

7.11 El Comité también toma nota del argumento de la autora de que las autoridades administrativas y judiciales sólo dieron mayor peso a los informes del hospital y asumieron estereotipos de género. El Comité toma nota de que, según los informes clínicos ginecológico-obstétricos aportados por la autora, la actuación del personal

⁵¹ *Ibid.*, párr. 9.

⁵² *Ibid.*, párr. 24.

⁵³ *Ibid.*, párr. 26.

⁵⁴ *Ibid.*, párr. 32.

⁵⁵ Véase CEDAW/C/CRI/CO/7, párr. 31.

⁵⁶ Véase *N. A. E. c. España* (CEDAW/C/82/D/149/2019), párr. 15.5 y *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018), párrs. 7.5 y 7.6.

⁵⁷ Véase *H. D. v. Dinamarca* (CEDAW/C/70/D/76/2014), párr. 7.7.

sanitario no se ajustó a la *lex artis*: no se siguieron los protocolos, se rompió la bolsa amniótica y se prescribió oxitocina sin que se hubiese justificado la necesidad, se ignoró el padecimiento previo de hernia de hiato, se realizó una anestesia epidural con 10 punciones y se hizo un diagnóstico de parto estacionado sin haber valorado alternativas a la cesárea. El Comité toma nota del argumento de la autora de que en el expediente clínico no obran hojas de consentimiento para la cesárea como lo requiere la Ley de Autonomía del Paciente, ni consta que se hubiesen explicado las causas, riesgos y consecuencias por la realización de dicho procedimiento. El Comité observa que las autoridades nacionales no realizaron en el presente caso un análisis exhaustivo de estos elementos probatorios, ni solicitaron la elaboración de ninguna pericia en sede judicial para concluir que, la inducción y posterior cesárea fueron prácticas acordes con la *lex artis*. Por el contrario, la jueza determinó que la constancia de consentimiento informado “carecía de relevancia para determinar responsabilidad patrimonial” ya que la no existencia de un consentimiento expresamente firmado no alteraba la decisión de realizar la cesárea, dado su carácter urgente. El Comité también observa que, en cuanto al trastorno de estrés postraumático posparto, la humillación sufrida por la autora provenía precisamente de ser ignorada como sujeto capaz de velar por su salud y la de su hija. Asimismo, el Comité nota que el Estado parte no presentó argumentos respecto de este punto.

7.12 El Comité considera que el cúmulo de hechos del presente caso, en particular, la pérdida de dignidad, el abuso y el maltrato sufrido por la autora, la aplicación irregular de anestesia epidural y la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones y la omisión en recabar el consentimiento informado previo a realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas en la autora, constituyen violencia obstétrica⁵⁸.

7.13 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 mujer⁵⁹. Al respecto, el Comité considera que la aplicación de estereotipos de género afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, incluida la violencia obstétrica, y, que las autoridades encargadas de determinar responsabilidad por tales actos, deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos de género⁶⁰. El Comité observa que, en el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones de género estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin explorar alternativas, ni explicar las razones a la paciente, ni recabar su consentimiento informado, aun cuando la autora había expresado su oposición a dicho procedimiento.

7.14 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 del artículo 2, leído conjuntamente con los artículos 1, 3, 5 y 24, y de los artículos 3, 5 y 12 de la Convención.

⁵⁸ Véase *N. A. E. c. España* (CEDAW/C/82/D/149/2019), párr. 15.7.

⁵⁹ Véase *González Carreño c. España* (CEDAW/C/58/D/47/2012), párr. 9.7.

⁶⁰ Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Opinión Consultiva OC-29/22*, 30 de mayo de 2022, Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad, párr. 160.

8. 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 plena, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos;

b) En general:

i) Asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios adecuados de salud durante el embarazo, parto y puerperio, y que se les proteja del maltrato, falta de respeto y abuso durante el parto en instituciones de salud;

ii) Asegurar los derechos de las mujeres a una maternidad segura y a acceder a servicios obstétricos adecuados, de conformidad con la recomendación general 24 (1999) sobre la mujer y la salud; y en particular, proveer a las mujeres de información adecuada durante cada etapa del parto, estableciendo como requisito la obtención de su consentimiento libre e informado previo a la realización de cualquier tratamiento invasivo durante el parto, respetando por ende su autonomía y su capacidad para tomar decisiones informadas en relación a su salud reproductiva;

iii) Asegurar que el personal que trabaja en instituciones de salud, públicas y privadas, cumpla con las obligaciones establecidas en los numerales i) y ii) de las presentes recomendaciones;

iv) Asegurar el acceso a recursos efectivos en casos de vulneración del derecho a la salud reproductiva de la mujer, incluyendo casos de violencia obstétrica, y proveer capacitación especializada al personal judicial y encargado del cumplimiento de la ley;

v) Proveer a gineco-obstetras y demás trabajadoras y trabajadores de la salud, con capacitación profesional adecuada en materia de salud reproductiva y servicios de salud;

vi) Realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica en el Estado parte que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia;

vii) Desarrollar campañas de sensibilización sobre igualdad de género y violencia por razón de género contra la mujer que combatan estereotipos de género como los inherentes a la maternidad y el papel reproductivo de las mujeres;

viii) Elaborar, publicar e implementar una “Carta de derechos de la paciente”, en relación con la salud reproductiva;

ix) Proporcionar capacitación profesional adecuada al poder judicial y la sanidad pública y privada, para reconocer las diferentes manifestaciones de la violencia por razón de género contra la mujer, incluida la violencia en el ámbito obstétrico;

x) Fomentar un diálogo público que incluya también a los medios de comunicación acerca de los derechos humanos de las mujeres en general, la violencia por razón de género contra las mujeres y en particular la violencia obstétrica;

xi) Revisar su legislación sobre la violencia por razón de género contra la mujer en vigor a fin de que incluya otras formas de violencia de género⁶¹, como lo es la violencia obstétrica.

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.

⁶¹ Véase [CEDAW/C/ESP/CO/7-8](#), párr. 21.