

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE EL DERECHO: CONTRASTES NORMATIVOS ENTRE MÉXICO Y ESPAÑA

Obstetric Violence Before the Law: Normative Contrasts Between Mexico and Spain

Marina Morla González

Profesora Ayudante Doctora
Departamento de Derecho Público
Universidad de León
mmorlg@unileon.es

Recibido: 04/12/2025 – Aceptado: 05/12/2025

Resumen

Este artículo analiza la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y una violación de derechos humanos que se manifiesta durante el embarazo, el parto y el posparto. A partir del informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas, se examinan las principales prácticas que configuran este fenómeno y sus causas estructurales, vinculadas a modelos de atención medicalizados, estereotipos de género y desigualdades persistentes. El estudio compara posteriormente la respuesta normativa de México y España, evidenciando dos aproximaciones divergentes: mientras México reconoce explícitamente la violencia obstétrica en su legislación y ha desarrollado marcos específicos de prevención, atención y sanción, España carece aún de un reconocimiento jurídico del concepto y aborda estas vulneraciones desde normas generales sobre autonomía del paciente y derechos sanitarios. A través del análisis de casos emblemáticos resueltos por el Comité CEDAW, se pone de manifiesto la insuficiencia de los mecanismos de garantía en el contexto español. El artículo concluye que, aunque ambos países enfrentan desafíos comunes en la implementación práctica de la atención respetuosa, el reconocimiento conceptual y normativo resulta determinante para visibilizar, medir y erradicar la violencia obstétrica.

■ Palabras clave:

Violencia obstétrica;
Derechos reproductivos;
Autonomía del paciente;
Salud materna; Derechos
humanos

■ Keywords:

Obstetric violence;
Reproductive rights; Patient
autonomy; Maternal
health; Human rights

Abstract

This article examines obstetric violence as a form of gender-based violence and a violation of human rights that occurs during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Drawing on the report of the United Nations Special Rapporteur, it explores the main practices that constitute this phenomenon and the structural factors that sustain it, including highly medicalized models of care, gender stereotypes, and persistent inequalities. The

study then compares the regulatory responses of Mexico and Spain, revealing two divergent approaches: while Mexico explicitly recognizes obstetric violence in its legislation and has developed specific frameworks for prevention, care, and sanction, Spain has yet to legally acknowledge the concept and addresses these violations through general rules on patient autonomy and healthcare rights. Through the analysis of emblematic cases decided by the CEDAW Committee, the article highlights the insufficiency of Spain's current safeguards. It concludes that, although both countries face common challenges in implementing respectful maternity care, conceptual and legal recognition plays a crucial role in making obstetric violence visible, measurable, and ultimately eradicable.

I. Introducción. Violencia obstétrica a los ojos de la relatora de las Naciones Unidas – II. La protección de los derechos de la mujer en el parto y posparto en México – III. La protección de los derechos de la mujer en el parto y posparto en España – IV. Conclusiones – Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN. VIOLENCIA OBSTÉTRICA A LOS OJOS DE LA RELATORA DE LAS NACIONES UNIDAS

Partiendo de la conflictividad de este concepto¹, la violencia obstétrica puede definirse como una forma de violencia de género que se manifiesta en el ámbito de la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto². Consiste en cualquier tipo de abuso, maltrato, o trato irrespetuoso hacia las mujeres por parte de los profesionales sanitarios en estos contextos.

La dificultad para consensuar una definición responde, en parte, a la resistencia histórica a reconocer que ciertos procedimientos considerados “normales” en el ámbito sanitario pueden constituir tratos degradantes o violaciones de derechos humanos. El parto y el nacimiento han estado tradicionalmente medicalizados bajo una perspectiva paternalista, donde la autoridad incuestionable del personal sanitario relegaba a la mujer a un rol pasivo. Este trasfondo cultural explica la falta de uniformidad terminológica y, sobre todo, el retardo en el reconocimiento jurídico del fenómeno³.

¹ PICKLES, Camila. “‘Everything is Obstetric Violence Now’: Identifying the Violence in ‘Obstetric Violence’ to Strengthen Socio-legal Reform Efforts”, *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 20, n° 20, 2024, pp. 1-29, pp. 1-2; GOBERNATRICES, Josefina. “Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada”, *Musas*, vol. 4, n° 2, 2019, pp. 26-36, p. 30; LÉVESQUE, Sylvie; FERRON-PARAYRE, Andrey. “To Use or Not to Use the Term ‘Obstetric Violence’: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman”, *Violence Against Women*, vol. 27, n° 8, 2021, pp. 1009-1018.

² VAN DER WAAL, Rodante; MAYRA, Kavery. “Obstetric Violence”, en Parveen Ali y Michaela M. Rogers (Eds.) *Gender-Based Violence: A Comprehensive Guide*, Sheffield: Springer, 2023, pp. 413-425.

³ CASTRILLO, B. “Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas”, *Encuentros Latinoamericanos*, 2020, vol. 4, n° 1, pp. 196-220.

Son diversas las prácticas habitualmente enmarcadas dentro de este concepto. En primer lugar, y dentro de los más frecuentes, se encuentra el trato deshumanizado, consistente en actitudes irrespetuosas, despectivas o humillantes hacia la mujer, falta de empatía y sensibilidad hacia ella por parte del profesional sanitario. Una negación del protagonismo de la mujer a lo largo de ese proceso también es un tipo de violencia obstétrica, especialmente cuando se ignoran o minimizan sus deseos y necesidades durante el parto, o cuando se le niega e impide la participación activa en la toma de decisiones, así como la posibilidad de expresar sus dudas, temores o preferencias. También se han observado intervenciones médicas innecesarias y con graves riesgos, sin respetar el derecho a la información de la mujer y sin solicitar su consentimiento. Algunos ejemplos vienen constituidos por la realización de cesáreas, episiotomías, uso de herramientas para la extracción del bebé como fórceps y ventosas, o administración de medicamentos con potenciales efectos graves secundarios sin la justificación clínica suficiente o sin el consentimiento informado de la mujer. Asimismo, la imposición de procedimientos rutinarios y protocolarios sin considerar las particularidades y necesidades específicas de cada caso, o prácticas invasivas no recomendadas como la rotura artificial de membranas, la inducción al parto sin indicación médica necesaria o la prohibición de movimiento durante el trabajo de parto, están enmarcadas dentro de este concepto. Igualmente, este tipo de violencia se manifiesta ante una violación de la privacidad y la dignidad de la mujer, cuando esta es expuesta innecesariamente a situaciones de vulnerabilidad, como la desnudez injustificada, la presencia de personal no necesario en el parto sin su consentimiento, o la realización de tactos vaginales o exámenes sin respetar su autonomía e intimidad. La negativa a que la mujer esté acompañada durante el proceso de parto cuando esta lo desea, así como al apoyo emocional necesario durante el proceso también es considerada una forma de violación de sus derechos sexuales y reproductivos. Por último, merece la pena destacar igualmente otro tipo de prácticas como la coerción o amenazas de consecuencias graves para su salud o la de su bebé a fin de que acepte ciertos procedimientos invasivos en ocasiones no indicados clínicamente.

En el año 2019, la Asamblea General de las Naciones Unidas publicó el “Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. En este informe, la Relatora analiza la cuestión del maltrato y la violencia obstétrica ejercida en las mujeres en el momento del parto y posparto en países de todo el mundo, haciendo especial mención a los problemas estructurales que generan este fenómeno, a fin de erradicarlo⁴.

De acuerdo con el informe, este tipo de prácticas hacen referencia a una forma continuada de violaciones que se producen en un contexto amplio de desigualdad estructural, discriminación y patriarcado, como consecuencia de una falta de

⁴ ŠIMONOVIC, Dubravka. “Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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”, 2019. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?v=pdf>

educación y formación y de una concepción de desigualdad entre hombres y mujeres que repercute, inevitablemente, en el ejercicio de sus derechos humanos. Estas conductas se han observado generalizadas en todos los países del mundo, afectando a mujeres de cualquier nivel socioeconómico. Aunque la lista que proporciona el informe no pretende ser exhaustiva, entre otras prácticas analizadas por la relatora que se han observado en hospitales públicos y privados los estados analizados, pueden encontrarse (1) sinfisiotomías para facilitar el parto, que han llegado a calificarse como una forma potencialmente constitutiva de tortura, (2) esterilización forzada y aborto forzado sin consentimiento informado aduciendo que redundan en el interés superior de la mujer o bajo la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios (indígenas, romaníes, discapacitadas, etc.), no son “dignas de procreación”, pues en dichas condiciones no podrían ejercer sus labores maternas de forma adecuada; (3) inmovilización e incluso amordazamiento de la parturienta; (4) detención posterior al parto en los centros de salud de las mujeres y sus hijos recién nacidos o negativa a una alimentación adecuada si no pagan los gastos de hospitalización, (5) uso excesivo y sin indicación clínica de la cesárea, sin solicitar asimismo el consentimiento informado de la madre, debido a una gestión hospitalaria centrada en los costes y el tiempo (por ejemplo, la programación de cesáreas los días laborales), lo que ha hecho que en países de América Latina y Europa la cesárea sustituya al parto vaginal en muchas ocasiones, (6) medicalización excesiva, por ejemplo, a través de un uso sistemático de oxitocina sintética para inducir el parto, sin ofrecer la posibilidad a la mujer de elegir libremente entre las diferentes alternativas para dar a luz; (7) episiotomías sin información ni consentimiento previo, e incluso sin anestesia, en situaciones en las que no está clínicamente indicado, observando cifras al alza en su práctica habitual, alcanzando en España el 89% de los partos y en México el 50%; (8) participación de personal médico sin experiencia y sin el consentimiento de la mujer; (9) maniobra Kristeller, una práctica generalizada cuyo objetivo es que el profesional sanitario presione el fondo uterino con su codo, antebrazo o con todo su cuerpo; (10) exámenes vaginales sin respetar la intimidad y la confidencialidad de la mujer; (11) procedimientos quirúrgicos sin anestesia y sin consentimiento, por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos sin consentimiento durante el procedimiento de reproducción asistida; (12) puntos de sutura excesivos conocidos como “puntos para el marido” tras la episiotomía, práctica enfocada a mejorar el placer sexual de la pareja varón tras un parto; (13) agresiones verbales, humillaciones, observaciones sexistas, burlas, reproches, insultos, amenazas y gritos de los profesionales sanitarios a las parturientas.

El análisis de la Relatora Especial destaca, además, que estas prácticas no solo tienen consecuencias físicas inmediatas, sino que generan secuelas emocionales duraderas: estrés postraumático, depresión posparto, dificultades para establecer el vínculo con el recién nacido, miedo a futuros embarazos e incluso renuncia a la maternidad. Desde la perspectiva de derechos humanos, la violencia obstétrica revela cómo los sistemas sanitarios reproducen dinámicas de desigualdad estructural que colocan a la mujer en una posición de subordinación.

El informe insiste en que el problema no puede ser reducido exclusivamente a la conducta individual de los profesionales. Se trata de un fenómeno sistémico que

deriva de deficiencias institucionales: falta de recursos, sobrecarga asistencial, ausencia de perspectiva de género en la formación médica, protocolos que priorizan la eficiencia hospitalaria sobre la autonomía de la mujer y una cultura arraigada de normalización del maltrato en contextos gineco-obstétricos. Por ello, la Relatora llama a los Estados a adoptar medidas estructurales de prevención, reparación y garantías de no repetición.

II. LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EN EL PARTO Y POSPARTO EN MÉXICO

En México, la protección de los derechos de la mujer durante el parto y el posparto está regulada por varias normas y leyes que garantizan su bienestar y el de sus recién nacidos. La incorporación del concepto de violencia obstétrica en diversas leyes estatales demuestra un avance político significativo. México es uno de los pocos países que ha dado este paso de forma explícita, reconociendo que los abusos en la atención reproductiva constituyen una forma de violencia de género. No obstante, la fragmentación normativa entre federación y entidades federativas genera desigualdades territoriales: mientras algunos estados cuentan con definiciones robustas y mecanismos sancionadores, otros apenas han iniciado el proceso de conceptualización jurídica⁵.

En el país, la regulación del fenómeno de la violencia obstétrica encuentra dos vertientes, una sanitaria y otra penal. Desde el punto de vista de la legislación sanitaria, la violencia obstétrica es un asunto de salud pública, por lo que implica la coordinación de la Federación con las entidades federativas en la protección de la atención materno-infantil, la organización y vigilancia de la prestación de servicios, acceso a establecimientos y asistencia sanitaria y planificación familiar (artículo 3, Sección I, II, II bis, IV y V de la Ley General de Salud).

Estas normas abarcan desde el acceso a una atención de calidad hasta la protección contra la violencia obstétrica. Pueden mencionarse la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo artículo 4 establece el derecho a la protección de la salud –que incluye el acceso a servicios de salud materna–, la Ley General de Salud, que, si bien no se refiere explícitamente al fenómeno de la violencia obstétrica, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, incluyendo la atención materna durante el embarazo, el parto y el posparto, destacando, entre otros, los artículos 61 y 64, que garantizan la atención materno-infantil, incluyendo la atención del embarazo, parto y puerperio, y establecen la obligación de proporcionar servicios de salud con enfoque humanizado, respectivamente. Seguidamente, cabe mencionar la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, esta norma establece criterios y procedimientos para garantizar una atención de calidad a la mujer, así como al recién nacido, y promueve el parto humanizando, con una atención respetuosa y

⁵ DÍAZ GARCÍA, L. I. “Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, vol. 51, pp. 123-143, pp. 134 y 135.

digna hacia las mujeres. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) también aborda la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres, proporcionando mecanismos para denunciar y sancionar este tipo de violencia (especialmente, artículo 6, Secciones I, II, V, VI). De acuerdo con esta Ley, el estado tiene la obligación de implementar medidas para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia y de cualquier tipo de discriminación contra la mujer (art. 4 del Reglamento de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia) y por lo que respecta a las legislaciones estatales, 24 entidades federativas han incorporado en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia una definición explícita de violencia obstétrica, y siete Estados la tipifican como un delito: Aguascalientes, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo⁶. Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres, establece criterios para la prevención de la violencia, incluyendo disposiciones para la prevención y atención de la violencia obstétrica, asegurando que las mujeres sean tratadas con respeto y sin discriminación durante el parto y posparto. Seguidamente, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, garantiza la protección de los derechos de los recién nacidos, asegurando el acceso a servicios de salud y a un entorno seguro y saludable. El Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2020 – 2024 fue implementado por la Secretaría de Salud, con el objetivo de mejorar la atención y los servicios de salud materna y perinatal, promoviendo el parto humanizado y la reducción de la mortalidad materna e infantil. Por último, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica incluye, asimismo, disposiciones sobre la atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, asegurando que se brinde una atención integral y de calidad.

Desde el ámbito penal, la tipificación de la violencia obstétrica en algunos códigos estatales ha abierto un debate sobre la idoneidad de la respuesta punitiva. Si bien la sanción penal visibiliza la gravedad del fenómeno, existe riesgo de derivar la responsabilidad únicamente en el personal clínico sin atender a las causas estructurales: deficiencia de recursos, escasa formación en derechos humanos o presión institucional por acelerar procesos. Por ello, organizaciones de mujeres y especialistas han insistido en complementar la respuesta penal con reformas sanitarias y políticas públicas de prevención⁷.

Desde un punto de vista internacional, también pueden observarse normativas como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), la Convención Americana de

⁶ COBO ARMIJO, María Fernanda; SÁENZ, Ana Paola; FLORES SUBIAS, Pamela. “La violencia obstétrica y las normas oficiales mexicanas: una oportunidad para mejorar la implementación desde las violaciones reportadas por el personal de salud de cuatro hospitales generales de la Ciudad de México”, *Jurídica Ibero*, vol. 7, n° 14, 2023, pp. 13-23, p. 19.

⁷ CORRAL MANZANO, G. M. “El Derecho Penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018”, *Musas*, vol. 4, n° 2, 2019, pp. 100-115, p. 108.

Derechos Humanos (artículos 4.1, 5.1 y 26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), o la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas.

Asimismo, aunque los programas federales y las Normas Oficiales Mexicanas promueven el parto humanizado, la implementación práctica suele verse obstaculizada por la saturación hospitalaria, la falta de personal y la persistencia de un modelo biomédico intervencionista. De ahí que muchas mujeres continúen viviendo experiencias traumáticas incluso en centros certificados, evidenciando la distancia entre la normativa y la realidad asistencial⁸.

A pesar de la concienciación del legislador sobre la materia, las cifras sobre este fenómeno en el estado Mexicano aún muestran un panorama un tanto desolador. De acuerdo con los últimos datos del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), la incidencia de la violencia obstétrica llega a afectar alrededor del 50% de las mujeres atendidas, tanto en hospitales públicos como privados⁹. Las prácticas más comunes reportadas por las mujeres son la falta de información y de solicitud del consentimiento, la negación del derecho a la atención médica, o una atención médica inadecuada acompañada de gritos, humillaciones, reproches o insultos, la inmovilización de la mujer, y una medicalización excesiva del parto¹⁰.

Los datos estadísticos muestran que la violencia obstétrica no es un fenómeno aislado, sino una problemática estructural vinculada con desigualdades socioeconómicas, pertenencia étnica y residencia rural. Las mujeres indígenas y las mujeres con escasos recursos constituyen los grupos más afectados, lo que revela una intersección entre género, clase y origen étnico en la reproducción de estas violencias¹¹.

III. LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EN EL PARTO Y POSPARTO EN ESPAÑA

En España ninguna normativa contempla el término “violencia obstétrica”, no obstante, ello no es óbice para que podamos afirmar que este fenómeno ya encuentra una relegación que rechaza este tipo de fenómeno en el plano sanitario. La ausencia

⁸ SESIA, P. “Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma”. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Coords.), *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. EUNLa Cooperativa: Buenos aires, 2020, pp. 3-29, p. 22.

⁹ INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. “Boletín Estadístico. La violencia en la atención obstétrica”, 2019. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)”, 2021. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf

¹¹ ROBERTO CASTRO, J.A., “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista Conamed*, vol. 19, n° 1, 2014, pp. 37-42, p. 39.

de una definición legal explícita ha generado un escenario interpretativo complejo. Aunque las leyes españolas garantizan derechos fundamentales –información, autonomía, consentimiento informado–, la falta de un reconocimiento específico dificulta la identificación de patrones estructurales de maltrato obstétrico.

Entre la normativa aplicable, cabe mencionar la Constitución Española de 1978, cuyo artículo 43 establece el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública. En segundo lugar, La Ley 14/1986, General de Sanidad, regula la protección de la salud estableciendo unas bases para la atención sanitaria integral, incluyendo la atención materno-infantil. Seguidamente, la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, también se preocupa por asegurar los derechos a una información adecuada y a tomar decisiones informadas sobre su salud, incluyendo por ende el parto y posparto. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud también establece los principios y objetivos para asegurar una atención sanitaria de calidad, equitativa y accesible, incluyendo la atención materno-infantil. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización define los servicios de salud que deben ser garantizados por el sistema nacional de salud, incluyendo la atención al embarazo, parto y posparto. La Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres procura asegurar una igualdad de trato y de oportunidades entre hombres y mujeres, también en el ámbito sanitario, promoviendo la equidad en la atención de salud.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad han impulsado en la última década documentos orientados a la promoción de una atención respetuosa, pero su cumplimiento no es obligatorio. La falta de mecanismos de supervisión y evaluación, así como la disparidad entre comunidades autónomas, contribuyen a la existencia de prácticas inconsistentes y, en ocasiones, claramente invasivas o contrarias a las recomendaciones internacionales. De forma más específica, podemos encontrar la Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) cuyo objetivo es promover la atención humanizada del parto y la reducción de las intervenciones innecesarias, respetando los deseos y necesidades de las mujeres durante el parto. Además, en España existe el Protocolo de Atención al Parto Humanizado, adoptado por varias comunidades autónomas, cuyo objetivo es promover un enfoque humanizado del parto, asegurando que las mujeres sean tratadas con respeto, respetando sus preferencias y decisiones durante el proceso de parto.

A pesar de una extensa regulación en materia sanitaria que procura que la asistencia se preste de forma respetuosa con los deseos y preferencias del usuario de los servicios sanitarios, la realidad en los hospitales públicos y privados de España es otra. Así lo confirma la condena al estado español por el Comité para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación de la Mujer de la ONU por la falta de protección de los derechos de las mujeres en la atención a su parto y posparto.

El primero de ellos, el caso de S.M.F relata una cascada de intervenciones invasiva sin información hacia la madre ni solicitud de consentimiento. Ingresada cuando aún no había comenzado la fase activa del parto, fue administrada oxitocina sintética sin

proporcionarle información acerca de los posibles efectos adversos que finalmente, los sufrió: vómitos de color oscuro, aumento de dolor, fiebre y registros de monitorización fetal preocupantes. Se le negó la posibilidad de cambiar de postura para dar a luz, obligándole a hacerlo en posición de litotomía. No se permitió a su pareja entrar al paritorio, y finalmente, se practica una episiotomía por sorpresa, sin información ni consentimiento. Además, se extrajo al bebé con ventosa y se extrajo la placenta manualmente sin esperar los 30 minutos preceptivos ni realizar las maniobras previas. Los más de diez tactos vaginales en pocas horas derivaron en una infección por *E. Coli* en el bebé, que nació con 38,8°C de fiebre. La bebé permaneció siete días ingresada en la unidad de Neonatología para recibir un tratamiento antibiótico, período que permaneció sin contacto con sus padres más que 13 minutos cada tres horas con su madre y 30 minutos al día con su padre. Además, le dieron biberones sin permiso de la madre. De la documentación clínica aportada al proceso administrativo y judicial de reclamación no se desprende justificación médica de las decisiones tomadas, como los tactos vaginales o la administración de oxitocina. No se respetó en ningún momento su derecho a la información y a decidir sobre su propia salud, y ante las peticiones de la madre a lo largo del proceso solo obtuvo negativas por parte de los profesionales. Además, el ingreso hospitalario en observación del recién nacido no justifica la separación con su madre, tal y como lo menciona la Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados¹².

En el caso de N.A.I., los padres habían elaborado un plan de parto en el que constaba su deseo de que no se le administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto, que las decisiones que el personal médico considerase tomar fueran consensuadas con ellos, y que, si fuera necesaria la cesárea, el bebé esté con su madre cuando nazca o con su padre si la madre tuviera que permanecer en quirófano. Por último, también pedían que no se alimentase al bebé con biberones. En este caso, se indujo el parto de N.A.I. porque de acuerdo con la ginecóloga que le informó, en el hospital no se inducía por la noche. Se administró oxitocina sintética sin esperar las 24 horas para la inducción que se contempla en el protocolo del hospital, y no se le informó acerca de los riesgos o alternativas al tratamiento, a pesar de sus peticiones. Se le negaron las solicitudes para comer antes del momento de la inducción, a pesar de que suministrar alimento es una recomendación de la Guía de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad Español. Se le realizaron tactos vaginales por estudiantes que le provocaron mucho dolor. A pesar de que por la documentación clínica no estaba indicada una cesárea, los profesionales insistieron en optar por esta vía y, nuevamente, aunque la mujer solicitó información, esta no le fue proporcionada. Fue atada a la cama y la cesárea fue realizada por estudiantes sin consentimiento de la autora. El marido tampoco pudo entrar en la sala. Cuando el niño nació, se le negó a la madre el contacto con el bebé para ser llevado al pediatra sin ninguna razón, sin posibilidad de hacer el contacto piel con piel. Solo tres horas después pudo tener contacto con él, cuando había ya sido alimentado por lactancia artificial¹³.

¹² CEDAW. “Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018”, 2020. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3870902?ln=es&v=pdf>

¹³ CEDAW. “Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019”, 2022. Consultado el

El caso de L.C.P. también fue un parto con desarrollo intervenido para acelerar el proceso, rompiendo la bolsa amniótica y administrando oxitocina sintética sin anotar en la historia clínica la causa para proceder así. La mujer vio ignoradas sus peticiones para tomar el medicamento de la hernia de hiato que sufría, a pesar del dolor por obligarle a dilatar en posición de litotomía. También se ignoró su petición de beber agua. Fue presionada para acceder a la administración de la analgesia epidural bajo el argumento de que si no se la administraba en el momento luego no sería posible por el exceso de trabajo en el servicio. La punción fue dificultosa, se produjo sangrado y el catéter tuvo que ser reinsertado en la columna varias veces. Aunque en principio iban a llevarle al paritorio, debido a la saturación de estos, deciden practicarle el parto por cesárea. A pesar de su negativa, cuando le están llevando a quirófano y ante la sorpresa de los celadores, el bebé comienza a ser dado a luz de forma natural. No obstante, se le practicó la cesárea. Tras el sufrimiento de la operación, sufrió secuelas de inmovilidad de las extremidades inferiores: apenas podía caminar, se caía con frecuencia y necesitaba ayuda para las actividades diarias además de un dolor agudo¹⁴.

Los casos examinados por el Comité CEDAW ilustran una problemática que trasciende lo individual. En todos ellos se aprecian patrones comunes: intervenciones innecesarias, ausencia de consentimiento, separación injustificada del recién nacido, estereotipos de género y evidentes fallas en la custodia de la documentación clínica. La carencia de mecanismos eficaces de reparación y la persistente resistencia institucional a reconocer la violencia obstétrica han contribuido a una sensación de impunidad estructural.

En el proceso judicial interno de todos estos casos se observaron estereotipos de género con respecto a la maternidad y el parto asumidos tanto por los profesionales sanitarios como por los jueces y magistrados responsables de los casos. Ambos asumieron que en el momento del parto y posparto la mujer abdica del ejercicio de sus derechos en tanto que no posee autonomía, o ve esta lo suficientemente aminorada para justificar una actuación intervencionista por parte de los profesionales. Las historias clínicas del parto, la historia clínica del posparto, los tratamientos rehabilitadores de fisioterapia y suelo pélvico de las víctimas, las pruebas periciales de psicología y las de obstetricia pusieron de manifiesto la falta de necesidad de las actuaciones llevadas a cabo y la falta de información y consentimiento de las mujeres en los casos mencionados, vulnerando de esta forma los derechos fundamentales a la intimidad, a la información y a decidir libremente sobre la propia salud. A pesar de que debido a las secuelas pudo verse afectada la vida sexual de las mujeres durante años, se observó mayor empatía por parte del Juez hacia el marido de una de ellas por haberse visto privado de relaciones sexuales durante este tiempo, a la vez que

15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3988079?ln=es&v=pdf#files>

¹⁴ CEDAW. “Views adopted by the Committee under article 7 (3) of the Optional Protocol, concerning communication No. 154/2020”, 2023. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/4008329?ln=es&v=pdf>

comprendía que la gravedad de las lesiones mencionadas por la mujer eran fruto de su “mera percepción”¹⁵.

A pesar de que el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer condenó en estos casos al estado español, años después las víctimas aún no han observado reparados sus derechos, lo cual hace plantear qué papel tiene el Comité y las Naciones Unidas en la vigilancia de la protección de la mujer en particular, y de los derechos humanos en general. En 2022 y 2023, distintos organismos europeos han instado a España a reforzar sus políticas de salud materna y a integrar el enfoque de derechos humanos en la formación obstétrica. Sin embargo, el debate público sigue polarizado: mientras asociaciones profesionales niegan la existencia del concepto, organizaciones de mujeres reclaman una ley específica que reconozca la violencia obstétrica como forma de violencia de género. Esta tensión evidencia la necesidad de una reflexión institucional más profunda.

IV. CONCLUSIONES

La comparación entre México y España permite apreciar cómo dos sistemas jurídicos y sanitarios, con trayectorias históricas y estructuras institucionales distintas, se enfrentan a un mismo fenómeno desde perspectivas normativas alejadas entre sí. Mientras México ha optado por reconocer explícitamente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, incorporándola en leyes federales y estatales e incluso tipificándola como delito en algunos códigos penales, España mantiene aún una aproximación indirecta, apoyada en normas generales sobre los derechos del paciente, la autonomía y la calidad asistencial. Esta diferencia fundamental determina gran parte de la capacidad de cada Estado para identificar, registrar y corregir las prácticas que constituyen maltrato en la atención reproductiva.

En México, la configuración jurídica de la violencia obstétrica ha favorecido que el fenómeno adquiera visibilidad pública y política. La existencia de definiciones legales, la integración del concepto en las políticas de salud materna y la intervención de organismos nacionales e internacionales han generado un marco reconocible que facilita la denuncia, la recopilación de datos y la articulación de mecanismos de prevención. Sin embargo, esta claridad conceptual convive con importantes desafíos estructurales: desigualdades regionales, carencias de recursos humanos y materiales en los centros de salud y una persistente cultura médica verticalista que continúa justificando intervenciones innecesarias o tratos degradantes. El reconocimiento normativo, aunque imprescindible, no ha sido suficiente para garantizar un cambio profundo en la práctica cotidiana.

España, en cambio, presenta una situación paradójica. A pesar de contar con un marco legal consolidado en materia de autonomía del paciente, consentimiento informado y derechos sanitarios, la ausencia de un reconocimiento expreso de la violencia

¹⁵ Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º I de Santiago de Compostela, n.º 000333/2015, de 8 de noviembre de 2015 y Sentencia 190/2016 del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, sala de lo contencioso, de 23 de marzo de 2016.

obstétrica ha producido una invisibilización institucional del problema. Las vulneraciones experimentadas por las mujeres se diluyen dentro de categorías como la mala praxis o la negligencia médica, sin que se identifique su dimensión estructural o su carácter de violencia de género. Este vacío conceptual se traduce en una limitada capacidad de respuesta por parte de los mecanismos administrativos y judiciales. No es casual que hayan sido órganos internacionales, como el Comité CEDAW, los primeros en reconocer la existencia de patrones de maltrato obstétrico y en señalar la insuficiencia de las garantías ofrecidas por el Estado español.

Ambos países comparten, no obstante, un mismo reto: la distancia entre la norma y la realidad asistencial. Ni la existencia de definiciones legales ni la consolidación de derechos sanitarios avanzados aseguran por sí mismas prácticas respetuosas y libres de violencia. En México, la implementación desigual y las barreras socioeconómicas –particularmente para mujeres indígenas y rurales– perpetúan contextos de vulnerabilidad. En España, la persistencia de estereotipos de género, la falta de formación específica del personal sanitario y la resistencia institucional a reconocer el fenómeno dificultan que las mujeres encuentren reparación efectiva.

En definitiva, la comparación entre ambos sistemas pone de relieve que la clave no reside solo en la existencia de normas, sino en la voluntad institucional de transformar los modelos de atención, integrar la perspectiva de género en la formación sanitaria y garantizar la participación activa de las mujeres en todas las decisiones relacionadas con su salud reproductiva. México ha dado pasos importantes en el plano conceptual y normativo, mientras que España está apenas comenzando a enfrentar las implicaciones jurídicas y sanitarias de la violencia obstétrica. Sin embargo, el desafío es común: convertir el parto en un espacio donde se respeten plenamente la dignidad, la autonomía y los derechos humanos de todas las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- CASTRILLO, B.: “Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas”, *Encuentros Latinoamericanos*, 2020, vol. 4, nº 1, pp. 196-220.
- CEDAW: “Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019”, 2022. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3988079?ln=es&v=pdf#files>
- CEDAW: “Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018”, 2020. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3870902?ln=es&v=pdf>
- CEDAW: “Views adopted by the Committee under article 7 (3) of the Optional Protocol, concerning communication No. 154/2020”, 2023. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/4008329?ln=es&v=pdf>
- COBO ARMIJO, M. F.; SÁENZ, A. P.; FLORES SUBIAS, P.: “La violencia obstétrica y las normas oficiales mexicanas: una oportunidad para mejorar la implementación desde las violaciones reportadas por el personal de salud de cuatro hospitales generales de la Ciudad de México”, *Jurídica Ibero*, vol. 7, nº 14, 2023, pp. 13-23.

- CORRAL MANZANO, G. M.: “El Derecho Penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018”, *Musas*, vol. 4, n° 2, 2019, pp. 100-108.
- DÍAZ GARCÍA, L. I.: “Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, vol. 51, 2018, pp. 123-143.
- GOBERNATRICES, J.: “Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada”, *Musas*, vol. 4, n° 2, 2019, pp. 26-36.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI): “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)”, 2021. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES: “Boletín Estadístico. La violencia en la atención obstétrica”, 2019. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf.
- LÉVESQUE, S.; FERRON-PARAYRE, A.: “To Use or Not to Use the Term ‘Obstetric Violence’: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman”, *Violence Against Women*, vol. 27, n° 8, 2021, pp. 1009-1018.
- PICKLES, C.: “‘Everything is Obstetric Violence Now’: Identifying the Violence in ‘Obstetric Violence’ to Strengthen Socio-legal Reform Efforts”, *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 20, n° 20, 2024, pp. 1-29.
- ROBERTO CASTRO, J. A.: “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista Conamed*, vol. 19, n° 1, 2014, pp. 37-42.
- SESIA, P.: “Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma”. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Coords.), *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. EUNLa Cooperativa: Buenos aires, 2020, pp. 3-29.
- ŠIMONOVIC, D.: “Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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”, 2019. Consultado el 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?v=pdf>
- VAN DER WAAL, R.; MAYRA, K.: “Obstetric Violence”, en Parveen Ali y Michaela M. Rogers (Eds.), *Gender-Based Violence: A Comprehensive Guide*, Sheffield: Springer, 2023, pp. 413-425.