

PARIR EN TIEMPOS DE COVID-19: AUMENTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA PANDEMIA

GIVE BIRTH IN TIMES OF COVID-19: INCREASED OBSTETRIC VIOLENCE DURING THE PANDEMIC

Paris Angulo S.¹Gracia Suárez A.²¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico del Consultorio Auxiliar del Grao de Castellón.²Médico forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. España.Correspondencia: agracia@xij.gencat.cat

Resumen: La violencia obstétrica es una forma de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Supone un grave problema global de salud pública que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés. Debido a numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales, el maltrato y la violencia contra la mujer han generado gran interés a nivel mundial en los últimos años y especialmente en los últimos meses. Además, en julio de 2019 la Relatora Especial de Naciones Unidas para la violencia contra la mujer, Dubravka Šimonović, emitió un extenso informe que consagra el término de violencia obstétrica como una forma de violencia generalizada e incluso normalizada por la sociedad. Considera que los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, la falta de confidencialidad y el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado violan los derechos humanos de las mujeres y son una forma de discriminación.

Queda en evidencia la pobreza legislativa en este ámbito ya que no existe ninguna legislación específica en el territorio español que regule este tipo de violencia, sólo alguna ley autonómica contempla alguno de los derechos declarados por la Organización mundial de la salud. Sin legislación vigente ha sido fácil vulnerar los derechos de la mujer durante la pandemia, en la que ha primado el control y manejo de la pandemia sin importar quebrantar los derechos de la mujer. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del tema, visibilizar la violencia obstétrica e informar a la mujer sobre sus derechos tras evidenciarse un claro aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia del COVID-19.

Palabras clave: violencia obstétrica, embarazo, parto, derechos humanos, aspectos éticos y legales.

Abstract: Obstetric violence is a kind of violation for women's human and reproductive rights. It is a serious global public health problem that threatens the biopsychosocial well-being for mothers and babies. Due to numerous testimonies published by women and women's organizations in the social media, abuse and violence against women have generated great interest worldwide in recent years and especially in recent months. In addition, in July 2019 the UN Special Rapporteur on violence against women, Dubravka Šimonović, issued a comprehensive report that enshrines the term obstetric violence as a form of violence that is widespread and even normalized by society. It considers that coercive or non-consensual medical procedures, lack of confidentiality and failure to obtain fully informed consent violate women's human rights and are a form of discrimination.

The legislative poverty in this area is evident since there is no specific legislation in Spanish territory that regulates this type of violence, only some autonomic law contemplates some of the rights declared by the World Health Organization. Without legislation in place, it has been easy to violate women's rights during the pandemic, in which the control and management of the pandemic has prevailed without regard to violating women's rights. The object of this work is to review the issue, make obstetric violence visible and inform women of their rights after a clear increase of the obstetric violence during the COVID-19 pandemic.

Key words: obstetric violence, pregnancy, childbirth, human rights, ethical and legal aspects.

INTRODUCCIÓN

“Esta ha sido fuerte, solo han pasado 3 minutos desde la anterior. Son las 21:00 horas del sábado 4 de abril de 2020, embarazada de 40 semanas y 3 días, llego al Hospital General de Castellón. Sí, creo que estoy de parto. Nada más llegar me reconocen y lo primero que me dicen es: “¿Qué haces aquí? ¿Sabes que no hay epidural no? Vaya, esperaba un: “Qué alegría verte, tranquila que todo irá bien”.

Los días previos al parto no han sido fáciles, mi familia y amigos han dedicado su preciado tiempo del confinamiento a enviarme las noticias de los periódicos: “Coronavirus y embarazadas: más preguntas que respuestas” (El Periódico) “Partos con la incógnita de la epidural por la crisis del coronavirus pero con el

padre en el paritorio” y “Coronavirus y embarazo en Castellón: la incertidumbre elevada al cuadrado” (Periódico Mediterráneo).

Todas estas noticias hacen que mis planes se tambaleen, ¿y si voy a parir al hospital privado? Hablo con mi ginecóloga, resulta que tiene precio COVID por el aumento de demanda... parece que no soy la única que tiene dudas. La ginecóloga me explica que en el hospital privado todo sigue igual, excepto por las visitas. Hago una lista de pros y contras y, finalmente decisión tomada; voy al Hospital General. Con la decisión tomada el mismo día 4 de abril, sin saber que horas después estaría en el hospital, recibo un mensaje de mis compañeros. Me cuentan que han recibido una nota de Conselleria, aún sin firmar, que entrará en vigor los próximos días. En ella se explica que: “el acompañamiento al parto de la mujer embarazada, puede suponer una situación de riesgo de contagio para la madre, para el recién nacido, para la pareja o para el propio personal que desarrolla su labor asistencial” por lo que, en ese sentido, hay que tomar precauciones adicionales interrumpiéndose el acompañamiento de la mujer gestante en dilatación y paritorios. Lo siento Consellera, pero no voy a parir sola.

Y ahora ya estamos aquí... Estoy sola, ni una embarazada más, pero sí, acompañada por mi marido. Por protocolo te ponemos una vía, me dicen. No he cenado y tengo hambre, así que Sandra por si acaso no preguntes si puedes comer, come. Me llevan a la habitación, me han dicho que avise cuando no pueda más...

La dilatación es lenta, demasiado lenta, suerte que al final estoy acompañada por mi marido. ¿Suerte? ¡Pero si es mi derecho, casi me lo quitan! Me concentro, viene una contracción, inhalo y exhalo, ya pasó. Ya es día 5 de abril, son las 3 de la madrugada y el cansancio se apodera de mí. Me hacen un tacto vaginal: “solo has dilatado un centímetro más, estás dilatada 3 centímetros”. Y eso me cae como un jarro de agua fría, ¿6 horas para un centímetro? Esto se va a hacer muy largo. Me preguntan cómo estoy de dolor y no sé qué decir, me duele, pero creo que puedo aguantar, o no, ya no lo sé. “Podemos ponerte algo de analgesia, te ayudará a dilatar y sólo es un pinchazo intramuscular”. Mmm, ¿y la vía? Ah sí, protocolo.

05:35 horas: “¡Ya estás de 5 centímetros Sandra, te quedas con nosotros en dilatación! Ahora podríamos ponerte la epidural pero... los anestesiistas no quieren”. Y yo pienso: “¿Cómo que ya? ¡Aún estoy de 5 centímetros! ¿Se está riendo de mí? ¿Por qué me recuerda la dichosa epidural?” Concéntrate Sandra, tú puedes, pronto verás a tu bebé. A ella le digo con una sonrisa tras la mascarilla: “Vale, tranquila, estoy bien”. Estoy monitorizada continuamente, aunque me han dicho que todo está bien, menos mal que el cable es largo, necesito caminar.

7:25 horas, en serio, esto duele mucho. En mi cabeza retumban los pensamientos: “Por dios, ¡que me pongan la dichosa epidural! ¿Por qué no iría al privado? ¡Sacadme esto ya!”. Vuelvo a concentrarme, respiro, ya queda menos. La auxiliar viene a preguntarme si estoy bien, dice que no se me oye. Menos mal que está ella, parece la única preocupada por mí.

08:32 horas, rompo aguas, necesito ir al baño, no, no, necesito empujar. Han cambiado de turno, viene la matrona y se presenta y pienso “Vaya, que agradable”, la anterior no lo hizo. Con una dulce voz me explica que va a explorarme: “Sandra, estás en completa, tu bebé ya viene”. Me explica que vamos a pasar a paritorio y una vez allí me pregunta en qué posición quiero parir y yo lo único que pienso es: “¿Por qué no ha venido esta mujer antes?”. Recuerdo el paritorio tranquilo, la matrona, la auxiliar, mi marido y yo. Han dejado una luz tenue y yo me siento bien. La matrona me pregunta si quiero tocar la cabeza de mi bebé, ya está fuera, madre mía, esto va muy rápido.

09:08 horas, Aleix está sobre mi pecho, mi marido llora y yo no puedo parar de sonreír”.

Un parto respetado no es sólo el parto natural o aquel en que todo va bien, del mismo modo que violencia obstétrica no se refiere sólo a intervenciones innecesarias o en contra de la evidencia. Se puede haber asistido de forma impecable a nivel clínico y aun así haber recibido un trato deshumanizador porque no se ha respetado a la mujer como ser humano y ha sido objeto y no sujeto del parto.

Es esta violencia la que comienza a ser cuestionada algunas de las actuaciones de los profesionales sanitarios. Unos primeros pasos hacia una humanización del parto y postparto que han sido interrumpidos a causa de esta nueva pandemia por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Tal vez, hemos dejado paso al miedo regalando le nuestros derechos como mujeres.

CONTEXTO JURÍDICO

En el marco legislativo actual destacan tres países con leyes propias. Uno de ellos es Argentina que en el 2004 incorporó la Ley Nacional 25.929¹ denominada como la “*ley de parto humanizado*” asentando los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, y promulgando cinco años después la Ley 26.485² (2009) que incorporó una definición específica para este tipo de violencia. Durante este intervalo de tiempo, en Venezuela se aprobó la Ley 38.668³ (2007) donde se definió por primera vez el término de violencia obstétrica [Tabla 1]. Definición que han incorporado también en 31 Estados Federales de México, omitiendo el matiz final de la definición venezolana “*impactando negativamente en la calidad de las mujeres*” aspecto que bajo el punto de estas autoras es relevante, ya de que él se derivan la posibilidad de secuelas físicas y/o psicológicas de la madre.

En contraposición al continente Americano, en Europa y concretamente en España no encontramos una definición de este tipo de violencia en ningún texto jurídico. Aparece una mención genérica a la salud de cualquier persona, en el artículo 43.1 de la Constitución Española⁴ con el “*derecho a la protección de la salud*”. También se vislumbra una la aproximación lejana al concepto en la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género⁵ donde se hace una marcada referencia a la violencia ejercida sobre la mujer pero con el matiz de “*por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad*” por lo que se aleja del adjetivo ‘obstétrico’ del concepto principal al no poder ser incluidos los profesionales de la sanidad (hombres y mujeres) generadores de la violencia obstétrica.

País	Legislación	Violencia obstétrica es...
Argentina	Ley 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.	Art.6.e “ <i>Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929</i> ”.
Venezuela	Ley 38.668 Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.	Art.15.13 “ <i>Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de las mujeres</i> ”.
México	Leyes Federales⁶ ej: Estado de Chiapas	Art.6 “ <i>Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanización, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad</i> ”.

Tabla 1: Definiciones de violencia obstétrica incluidas en diferentes leyes.

Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género:

Art. 1 - *“la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.*

Igualmente ocurre con la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁷, donde enfatiza en los términos de salud sexual y reproductiva junto con posibles implicaciones sobre el desarrollo embrionario/fetal durante la gestación, pero olvidando y por consiguiente evidenciando, la desprotección existente en los momentos finales del embarazo, el parto y postparto como parte de la salud reproductiva de las mujeres.

Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:

Art. 2.c - *“Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos”.*

Vista la situación española, podemos constatar que no existe un marco legislativo donde se recoja una definición específica de la violencia obstétrica a nivel nacional pero al mismo tiempo sí que encontramos legislación autonómica como la Ley 6/2009 de protección a la maternidad de la Comunidad Valenciana⁸ en la que se establecía la necesidad de garantizar el derecho de la mujer gestante a través de la incorporación de diferentes medios económicos, sociales...(art. 1), siendo derogada en el 2017⁹ por ser *“absolutamente innecesario el mantenimiento de una ley que constituye una discriminación y una tutorización de las decisiones de las mujeres”.* En la actualidad, esta misma comunidad tiene aprobada la Ley 08/2018 de salud de la Comunidad Valenciana¹⁰ donde se hallan algunos derechos concretos de las mujeres vinculados a la situación de parto.

Ley 08/2018 ley de salud de la comunidad valenciana:

Art. 50 - Fomentación del contacto madre-recién nacido en el momento del parto.

Art. 51 - Derecho de la madre a estar acompañada.

Art. 52 - El recién nacido debe permanecer con la madre.

Art. 54 - Humanización del parto y la lactancia (promovida por la OMS y UNICEF)

CONTEXTO MÉDICO

Dentro de la violencia obstétrica existen diferentes formas de ejercerlas, tanto físicas como psicológicas, que van desde la falta de consentimiento informado hasta la esterilización y el aborto forzado donde se incluyen; la falta de autonomía para toma de decisiones durante el parto, la falta de intimidad, la práctica del parto por cesárea cuando el parto vaginal no supone un riesgo para el feto o la madre, el uso de la episiotomía cuando no es necesario, el empleo de la

oxitocina sintética con el fin de acortar los tiempos o la utilización de la maniobra de Kristeller (presión manual en el fondo uterino) [Tabla 2].

Situaciones generalizadas que se extienden a nivel mundial, donde el binomio se sustenta en un rol de víctima, que es siempre una mujer sin vínculo alguno a una condición social o económica, junto a un rol de agresor que no muestra una vinculación sobre un sexo o una profesión sanitaria concreta (médicos, matronas, enfermeros, auxiliares...).

Tipo de violencia	Ejemplos	Legislación
Violencia obstétrica psicológica	Falta de consentimiento informado	- Capítulo II, Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. ¹¹
	Falta de autonomía en la toma de decisiones; elección de médico, centro sanitario...	- Art. 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial. ¹² - Art 5 Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. ¹³
	Falta de intimidad	- Art. 18 Constitución Española
Violencia obstétrica física	Prácticas médicas no necesarias	- Art. 15 Constitución Española
	Realización de abortos/esterilización	- Art.3, Art.13 Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Tabla 2: Tipos de violencia obstétricas ejercidas y legislación española.

En estos casos, es clara que la relación médico-paciente es de tipo paternalista, sino la toma de decisiones corre a cargo del médico sin la intervención de la paciente. Una actitud que denota un agravio directo a la mujer, como afirmó rotundamente en el 2015 la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a la atención al parto, condenando todas aquellas acciones que suponen un maltrato físico, humillaciones, agresiones verbales...sobre la mujer y *“reconoció que ese maltrato no solo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y a no ser objeto de discriminación”*¹⁴. Lo que permite inferir y confirmar como reitera en múltiples ocasiones la Organización de Naciones Unidas en su informe especial llevado a cabo por Dubravka Šimonović sobre los derechos de la mujer¹⁴ (2019) que la violencia obstétrica es una violación de los derechos de las mujeres, normalizada por la sociedad.

De la misma forma que esta situación ha sido arrastrada desde los inicios del siglo XX con la medicalización del parto, en nuestro país no es hasta el 2008 cuando se impulsó una campaña por parte del Ministerio de Sanidad *“Estrategia de atención al parto normal”* con una finalidad marcada; la humanización del proceso de parto. Medida promovida con el fin de mejorar la asistencia antes, durante y posteriormente al trabajo de parto, la actualización de los manuales/protocolos de asistencia y la eliminación de prácticas que se realizaban y que han demostrado no ser necesarias como; el rasurado público o la aplicación de enemas.

Siendo notable la última aportación en el 2019 por parte de la OMS a través del documento *“Recomendaciones. Cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva”*¹⁵ detallándose directrices básicas avaladas por la evidencia científica para aplicar en la práctica obstétrica:

Recomendaciones de la OMS:

- Trabajo de parto respetado y atención durante el parto.
- Apoyo emocional de un acompañante de su elección.
- Comunicación efectiva de parte del personal.
- Estrategias para el alivio del dolor.
- Vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditoría y comentarios.
- Ingesta de líquido y alimentos por vía oral.
- Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto.
- Promoción de la lactancia materna y el ‘piel con piel’ con el recién nacido.
- Continuidad de la atención.

ESTADO DE ALARMA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La situación de pandemia que estamos viviendo ha hecho estallar las alertas del sistema de salud español. Una situación de desconocimiento que ha agravado las actuaciones obstétricas sufridas por las mujeres. A inicios de esta situación el Ministerio de Sanidad publicó un documento técnico de “*Manejo de la mujer de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*”¹⁶ estableciéndose una serie de recomendaciones que en algunas ocasiones no han sido llevadas a cabo:

1.- Acompañamiento de la mujer: Tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad, recalcan el derecho de la mujer a ser acompañada durante el parto, puntualizando en la recomendación ministerial que se deberán tomar las medidas de protección.

Uno de los puntos con mayor crítica ha sido el apoyo emocional que reciben las parturientas en esta situación sanitaria. El parto de por sí, es una situación emocional impactante que se ve suavizada ante la posibilidad de tener el apoyo de una persona conocida. El día 04 de abril 2020, la Generalitat Valenciana desarrolló un protocolo de actuación con directrices concretas para los servicios de obstetricia y ginecología de la red hospitalaria, dirigidas para los casos de pacientes COVID-19 negativas. En él se señalaba que “el acompañamiento al parto de la mujer embarazada, puede suponer una situación de riesgo de contagio para la madre, para el recién nacido, para la pareja o para el propio personal que desarrolla su labor asistencial” indicando claramente que se tomarían precauciones adicionales como interrumpirse el acompañamiento de la mujer gestante en dilatación y paritorios y permitirse un único acompañante durante la estancia en planta siempre que éste cumpliera una serie de requisitos.

El claro impedimento de acompañar a una mujer (Covid-19 negativa) durante el parto se sustenta en el miedo al contagio, sumado al pensamiento paternalista médico que imposibilita vislumbrar la existencia de medidas de prevención individual. Así pues, esta acción golpea directamente sobre el derecho formulado en el art. 51 de la Ley de Sanidad de la Comunidad Valenciana a través de una renuncia no voluntaria de estas mujeres a ser acompañadas, frente a poder ejercer su derecho sin problema con el uso de medidas de desinfección y protección individual, como al final pudo realizar nuestra compañera.

Este protocolo finalmente no fue firmado ni aprobado por la Conselleria de Sanidad tras el rechazo y oposición de profesionales y organizaciones.

2.- Estrategias adecuadas de alivio del dolor: Una recomendación evidente ante lo que supone un trabajo de parto. En este caso como relata la compañera al principio, en muchos hospitales debido a que el servicio de Anestesiología se hacía cargo del manejo de pacientes infectados por Covid-19 ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, se ha visto afectada la posibilidad de administrar anestesia epidural para alivio del dolor de la embarazada durante el trabajo de parto. Un agravio importante en la decisión de la paciente, que ha podido impulsar el cambio de actitud de la mujer al

enfrentarse a este momento; ¿cambio de hospital? ¿privado o público? A esto hay que sumar que el óxido nitroso no ha podido utilizarse tampoco porque parece estar relacionado con un aumento de dispersión de las partículas aumentando el riesgo de contagio.

3.- Realización de cesárea: La OMS establece la realización de esta técnica quirúrgica en los casos que clínicamente sean necesarios. Muchos de los protocolos han sido modificados en versiones posteriores conforme ha ido avanzando la pandemia, aunque las recomendaciones de la OMS así lo reflejaban desde el inicio. Otros, como la Generalitat de Catalunya, ya a fecha de 20 de marzo¹⁷ explicaban lo que la OMS detallaba en un documento de información para mujeres embarazadas y sus familias.

Comunicación de la Generalitat de Catalunya a las mujeres gestantes en el momento del parto 20/03/2020:

“Actualmente, no hay evidencia científica que indique que no se puede dar a luz por vía vaginal o que sea mas seguro tener un parto por cesárea en el caso de ser un caso en investigación o confirmado de coronavirus, por el cual tu plan de nacimiento se ha de seguir tanto como sea posible.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el método de nacimiento se ha de individualizar en función de las indicaciones obstétricas y de las preferencias de la mujer.

Si padeces una afectación respiratoria grave que sugiera que se necesita un parto urgente, se recomienda un nacimiento por cesárea.” (Traducido del catalán)

4.- La lactancia materna: Con relación a este aspecto nutricional para el recién nacido, las recomendaciones preservaban los beneficios que aporta la lactancia materna por el paso de anticuerpos madre-hijo frente al SARS-CoV-2, cuando las condiciones clínicas de ambos lo permitieran. Por consiguiente, cuando las pacientes presentaron clínica de sospecha o confirmación de infección por Covid-19, provocaba que las mujeres fueran aisladas tras el parto y separadas de sus bebés recién nacidos, viéndose afectado el contacto temprano y la lactancia materna.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Son muchos los casos que se han visto de violencia obstétrica durante la pandemia; mujeres que han parido solas, mujeres que no han tenido oportunidad de recibir analgesia con epidural, mujeres con sospecha de Covid-19 a las que se realizó cesárea por indicación de los primeros protocolos disponibles, mujeres con partos instrumentados porque en estos mismos protocolos se indicaba que “dado que durante los pujos activos la exhalación es mayor y no se puede asegurar la efectividad de las mascarillas, se intentará acortar lo más posible la fase activa del expulsivo (kiwi, fórceps...)”, mujeres con sospecha de Covid-19 separadas de sus bebés, desfavoreciendo el piel con piel inmediato y sin iniciar lactancia materna precoz.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora básica de la autonomía del paciente prevé la existencia de razones de salud pública como excepción al derecho a consentir y rechazar intervenciones médicas “en favor de la salud del paciente” nunca en su contra, por tanto el decreto de Estado de Alarma no limita los derechos de las mujeres embarazadas en cuanto a la toma de decisiones en lo que respecta los detalles de su parto.¹⁸

En cualquier caso, el problema no es el aumento de violencia obstétrica durante la pandemia, el problema es la existencia de violencia obstétrica y la poca visibilización de la misma.

Hemos podido comprobar que la legislación actual es compleja pero insuficiente ya que de ella pueden atisbarse puntos ciegos sobre aspectos que hasta hace poco no se planteaba la sociedad como es la violencia obstétrica. Evidenciando una desigualdad entre las propias mujeres dependiendo de la comunidad autónoma en la que residan y estableciendo la necesidad de un abordaje amplio y acorde a los nuevos planteamientos sociales y sanitarios sobre este tipo concreto de violencia.

Del mismo modo, la medicina se estaba aproximando a una actuación menos rígida iniciándose cambios sutiles pero eficaces durante el periodo del parto, que se ha visto sepultados por la propia pandemia, la limitación de medios y de personal que junto con el desconocimiento del mecanismo de propagación, ha generado un agravio contra las mujeres parturientas. Una experiencia impactante en cada una de ellas que sólo se ejerce sobre las mujeres debiendo ser considerada violencia de género¹⁹, puesto que sólo las mujeres pueden quedar embarazadas y necesitar tratamientos en salud materno-infantil. Cuando se les niega, restringe u obstaculiza actuaciones médicas de manera injustificada se las coloca en una posición de desventaja y desigualdad respecto a los hombres.

Así que sirva esta revisión para seguir visibilizando la violencia obstétrica evitando que esta suponga un retroceso de los derechos de las mujeres gestantes y parturientas.

Agradecimiento

A doña Anna Aranda Olaya jueza del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 3 de Cornellà de Llobregat.

REFERENCIAS

- (1) Ley Nº 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido (2004). Honorable Congreso de la Nación Argentina. En: BO Nº 30489.
- (2) Ley N.º 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009). Honorable Congreso de la Nación Argentina. En: BO N.º 99088.
- (3) Ley Orgánica 38.668 sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
- (4) Española, C. (1978). de 27 de diciembre. Boletín Oficial del Estado (España), 311, 29: 29313-424.
- (5) Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, núm 313, de 29 de diciembre de 2004, pp. 42166 a 42197.
- (6) Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el Estado de Chiapas México (2007). Honorable Sexagésima Sexta Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas.
- (7) Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm 55, de 04 de marzo de 2010, pp. 21001 a 21014.
- (8) Ley 6/2009 de protección a la maternidad de la Comunitat Valenciana. DOGV, núm 6049, de 03 de julio de 2009.
- (9) Ley 6/2017, de 24 de marzo, de derogación de la Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 112, de 11 de mayo de 2017, pp. 37956 a 37957.
- (10) Ley 08/2018 ley de salud de la Comunidad Valenciana. DOGV, núm. 8279, de 23 de abril de 2018.
- (11) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132.
- (12) Art. 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.
- (13) Art 5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado, núm 280, de 22 de noviembre de 2003, páginas 41442 a 41458.

(14) Naciones Unidas. (2019, julio). *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*. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/74/137>

(15) Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>

(16) Ministerio de Sanidad. (2020, junio). *Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf

(17) Generalitat de Catalunya. (2020, 20 marzo). *Coronavirus SARS-Cov-2. Información per a la Ciutadania*. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/informacio-embarassades-families.pdf

(18) Las mujeres no perdemos derechos en tiempos de pandemia. (2020, 10 junio). El Parto es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2020/06/10/las-mujeres-no-perdemos-derechos-en-tiempos-de-pandemia>

(19) Fernández F. (2020, 17 julio). ¿Por qué la violencia obstétrica es violencia de género? Blog Francisca Fernández Guillen. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/violencia-obstetrica-es-violevia-de-genero>.