

Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad

XOSÉ MANUEL CARRIL VÁZQUEZ

*Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de
la Seguridad Social. A Coruña.*

«O parto sempre se inscreveu no ciclo de vida da mulher como uma etapa problemática. No imaginário da criação, a mensagem bíblica, castigadora para com a mulher, “filha de Eva”, prognosticou-lhe até um destino doloroso neste domínio: “aumentarei os sofrimentos da tua gravidez, os teus filhos hão de nascer entre dores”, profetiza o libro sagrado (Génesis, 3, 16). Sofrimento, embora também libertação! Perante a multiplicação dos mitos e mistérios sobre a procriação, a condição humana aconselhava a invocação de deusas e santas para ajudarem a mulher a aliviar-se nesse transe, emergindo mesmo devoções especializadas entre as entidades divinas, segundo o tipo de ajuda ou o grau de sucesso, sendo ese Olimpo designado por palabras-chave como expectação, alívio, bon despacho. Mas terá sido das próprias mulheres, sendo algumas, mães vividas, experimentadas em posições, curiosas em toques e sábias em cálculos de luas, que chegou o socorro mais próximo, num puro gesto de solidariedade feminina perante o acto de parir» (Carneiro, 2008, 19).

1. ESTUDIO JURÍDICO, ELABORADO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DE LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA DE LA MATERNIDAD COMO PROCESO FISIOLÓGICO

Como se sabe, la protección social de la maternidad comprende medidas muy diversas a través de las cuales se pretende que la mujer esté cubierta durante las tres principales fases en que puede dividirse el proceso fisiológico de la maternidad, que son el embarazo, el parto y el puerperio. Pero de todo este conjunto de medidas de protección social solamente se analiza aquí la atención sanitaria pública que tiene derecho a recibir la

mujer con ocasión de su maternidad, especialmente durante el parto. Desde siempre, la atención sanitaria se ha configurado legalmente como una concreta prestación más de la protección por maternidad (una prestación en especie o *in natura* frente a la prestación dineraria o económica), razón por la que el estudio de su regulación legal no deja de ser el estudio del régimen jurídico de la protección por maternidad. Una regulación legal que trae causa en la actualidad de la breve pero compleja evolución histórica del Sistema español de Seguridad Social, cuyos orígenes se retrotraen al año 1900 (Martínez Girón, 1990). Se trata, en concreto, de un estudio de la atención sanitaria al parto cuya elaboración aparece condicionada por tres presupuestos básicos, que se indican a continuación.

El primero se refiere al hecho de que la presente investigación tiene por finalidad analizar la regulación legal de la atención sanitaria al parto, cuya hipotética virtualidad viene dada por una etapa, como la actual, en que las investigaciones sobre esta concreta materia están siendo demandadas desde muy diversas instancias. Así lo confirma la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (2008), cuando establece como objetivo específico fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicios para la asistencia al parto y también cuando —en desarrollo de sus líneas estratégicas en materia de investigación e innovación— afirma que la investigación en todos los aspectos relacionados con la atención al parto se considera necesaria, especialmente en aquellos en los que no exista suficiente evidencia o sea necesaria una mayor información. Desde luego, en el ámbito del Derecho, las investigaciones sobre esta concreta materia no parece que sobren en modo alguno, al menos en el caso concreto del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, porque el tema de la asistencia sanitaria dispensada por el sistema público de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio sigue demandando trabajos de investigación específicos, habiéndose llegado a afirmar incluso que la asistencia sanitaria por maternidad presenta una serie de características que ha dificultado «un estudio específico de la misma, lo cual se ve corroborado por la total ausencia de monografías jurídicas, y el escaso contenido que dedican a la asistencia sanitaria por maternidad los manuales de Seguridad Social» (Gorelli Hernández, 1997, p. 313).

El segundo presupuesto del que se ha partido para la elaboración de este trabajo incide en la evidencia de que la condición de gestante resulta ser exclusiva del sexo femenino, por lo que resulta lógico que el estudio jurídico de la atención sanitaria pública al parto deba realizarse, además, desde una perspectiva de género, puesto que esto permitirá saber si la regulación actual sobre el tema tiene en cuenta —como señala la Sentencia del Tribunal Constitucional 109/1993, de 25 de marzo— que la maternidad, y por tanto

el embarazo y el parto, son una realidad biológica diferencial objeto de protección y tratamiento específicos. Incluso, esta forma de enfocar este trabajo de investigación parece venir demandada por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE de 23 de marzo de 2007), que impone a los poderes públicos como criterio general de su actuación en su artículo 14.7 «la protección de la maternidad, con especial asunción por la sociedad de los efectos derivados del embarazo, parto y lactancia», además de incluir en las políticas de salud el principio de igualdad, declarando en el artículo 27.1 que las «políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente», de modo que con ello las administraciones públicas tienen el deber de garantizar «un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros» (art. 27.2). Todo esto explica que los poderes públicos que conforman el sistema nacional de salud español reconozcan abiertamente la necesidad de tener que organizar sus servicios sanitarios evitando las desigualdades de género, resultando ilustrativo para tales efectos que en el *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2006, 2007)* se afirme que las desigualdades de género en salud y en la atención prestada por los servicios sanitarios afectan a hombres y a mujeres, pero perjudican en mayor medida a las mujeres no sólo por razones sociales sino por la forma en que están organizados los servicios, razón por la que se establece como objetivo promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud, teniendo en cuenta para tales efectos que la equidad de género en salud requiere que hombres y mujeres sean tratados igual cuando tienen necesidades comunes, y que sus diferencias se aborden de manera diferenciada, en la medida en que así también puede lograrse que las mujeres sean protagonistas de su salud y agentes de sus propios cambios saludables (Valls-Llobet, 2009).

Y el tercero de los presupuestos que han condicionado la elaboración de este estudio jurídico puede reconducirse esencialmente a la afirmación de que la maternidad no es una enfermedad, razón por la que la mujer embarazada no debe ser considerada como una mujer enferma. Aunque la maternidad puede originar algún tipo de alteración o molestia en la embarazada, lo cierto es que no hay una relación directa y necesaria entre embarazo y alteración de la salud, pues el embarazo no es una enfermedad, sino un estado biológico normal, en un proceso como el de la maternidad que es absolutamente natural en la fisiología humana. Como no se trata, por tanto, de una patología,

resulta lógico que un estudio de la normativa reguladora de la atención sanitaria al parto (Martínez Girón, Arufe Varela, y Carril Vázquez, 2008, o Gorelli Hernández y Igartua Miró, 2002) deba realizarse teniendo presente lo que acaba de indicarse, que es algo sobre lo que también se repara en la citada *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, cuando se afirma que «la atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad» (2008, p. 33).

Pues bien, teniendo en cuenta todos estos presupuestos, el presente estudio de la regulación legal de la atención sanitaria pública al parto, elaborado desde una perspectiva de género, se va a centrar en tres concretos derechos de la mujer embarazada, que son el derecho a la atención sanitaria pública por su condición de mujer embarazada (cfr. *infra*, 2), el derecho a conocer el protocolo de atención al parto para decidir a través de su plan de parto el tipo de atención que desea recibir (cfr. *infra*, 3), y por último, el derecho a elegir el lugar de parto sin ningún tipo de penalización (cfr. *infra*, 4).

2. EL DERECHO DE LA MUJER A LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA POR CAUSA DE SU MATERNIDAD

El derecho de la mujer a la atención sanitaria pública por causa de su maternidad es el primero de los tres derechos en cuestión, cuya regulación actual, que parte del artículo 43 de la Constitución Española, parece evidenciar la necesidad de ciertos cambios, desde el momento en que la mujer no tiene reconocido el derecho a la atención sanitaria pública por su condición de mujer embarazada. En efecto, aunque el artículo 43, apartado 1, de la Constitución Española reconoce «el derecho a la protección de la salud», lo cierto es que se trata del reconocimiento de un derecho genérico, que no implica necesariamente que todas las personas puedan acceder a una protección pública y gratuita de la salud, por causa de que el propio artículo 43, apartado 2, de la Constitución Española igualmente dispone que «la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto». Siempre de acuerdo con «ley» a que se remite la Constitución Española —más bien debería hablarse de «leyes», porque son varias las que regulan el tema—, resulta que solamente pueden acceder a la protección pública y gratuita de la salud las personas que tienen la condición legal de «titulares» y de «beneficiarios» de este derecho, que se acredita a través de la correspondiente tarjeta sanitaria individual.

De acuerdo con la legislación española de Seguridad Social —y del estudio que de la misma realizan Martínez Girón, Arufe Varela y Carril Vázquez (2008, p. 207- 208)—,

son «titulares» del derecho de asistencia sanitaria pública y gratuita las personas trabajadoras por cuenta ajena afiliadas y en alta o situación asimilada a la de alta, las personas trabajadoras por cuenta propia que estén al corriente en el pago de sus cotizaciones y las personas que sean pensionistas y perceptoras de prestaciones periódicas que no tengan carácter de pensiones. Igualmente hay que incluir como «titulares» —según el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes (BOE de 9 de septiembre), y la Orden de 13 de noviembre de 1989, por el que se desarrolla el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre (BOE de 14 de noviembre)— a las personas españolas que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes, teniendo en cuenta que para estos efectos se entienden comprendidas las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al salario mínimo interprofesional. En fin, siempre de acuerdo con la legislación española de Seguridad Social (Martínez Girón, Arufe Varela y Carril Vázquez, 2008, p. 209- 210), son «beneficiarias» de este derecho las personas familiares y asimiladas de quien tiene la condición legal de titular, siempre y cuando estén a su cargo, considerándose familiares al cónyuge —incluso divorciado o separado—, a los descendientes de ambos cónyuges o de cualquiera de ellos y a los hermanos y a los ascendientes, y considerándose asimilados al conviviente de hecho del titular, a los hijos aportados por este conviviente de hecho y también otros acogidos de hecho distintos, requiriéndose en todos estos supuestos previo acuerdo, en cada caso, con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

A los efectos que aquí interesan, todo esto quiere decir que la mujer embarazada solamente tendrá derecho a la atención sanitaria pública y gratuita cuando tenga la condición legal de titular (esto es, cuando sea trabajadora, pensionista, perceptora de prestaciones periódicas o persona que carezca de recursos económicos) o de beneficiaria (esto es, cuando sea familiar de un titular o asimilado). Así aparece confirmado por el artículo 14 del Real Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones y la ordenación de servicios médicos de la asistencia sanitaria en el Régimen General de la Seguridad Social (BOE de 28 de noviembre), que trata el tema de la asistencia sanitaria por maternidad. Aunque la mujer embarazada tiene garantizada la protección pública y gratuita de su salud por alguna de las condiciones anteriores, esta circunstancia es criticable porque la mujer deberá pagar si no cumple tales condiciones —tal y como se desprende del artículo 16 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril), y del artículo 2 del 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 (BOE de 16

de septiembre)—, pero también principalmente por el hecho de que su derecho a la atención sanitaria no viene determinado por su condición de mujer embarazada, que es lo realmente importante. Todo esto implica que la maternidad —y por tanto, el embarazo y el parto— no constituye una realidad biológica diferencial objeto de protección y tratamiento específicos al menos en la regulación legal de la atención sanitaria pública, por lo que la pretendida universalización o cobertura automática de todas las personas aquí tampoco resulta efectiva mientras no se incluyan a las mujeres únicamente por su condición de mujeres embarazadas, con independencia en todo momento de si trabajan o no.

3. EL DERECHO DE LA MUJER A CONOCER EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA POR MATERNIDAD PARA DECIDIR, A TRAVÉS DE SU PLAN DE PARTO, EL TIPO DE ATENCIÓN QUE DESEA RECIBIR

Como titular o como beneficiaria de la atención sanitaria pública y gratuita por maternidad, la mujer embarazada igualmente tiene reconocidos otros derechos que están directamente relacionados con el respeto a la autonomía de su voluntad, dado que inciden en el reconocimiento de su poder para decidir libremente entre todas las opciones disponibles aquí existentes, después de haber recibido la información adecuada. Muy presente desde hace años en el contexto de la *maternity care* del *National Health Service* (NHS) de Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte —según Montgomery (2003) y Herring (2010)—, se trata del derecho de la mujer embarazada a conocer el protocolo de atención sanitaria por maternidad para decidir, a través de su plan de parto, el tipo de atención que desea recibir. Sobre este específico derecho, que es el segundo de los tres analizados en este trabajo, conviene tener muy presente lo establecido principalmente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de noviembre), cuyo artículo 1 señala que tiene por «objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica».

Esta disposición normativa es realmente importante porque incide en la idea de que la verdadera libertad para decidir también reside aquí en el derecho a conocer previamente, desde el momento en que esta norma dispone que «toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios» (artículo 2.2, inciso primero) y que este consentimiento «debe obtenerse

después de que el paciente reciba una información adecuada» (artículo 2.2, inciso segundo), de modo que «el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles» (artículo 2.3), y a «negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley» (artículo 2.4). Todo esto acaba reconduciéndose legalmente, en primer lugar, al reconocimiento del «derecho de información sanitaria» —regulado detalladamente en el capítulo II (artículos 4 a 6) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre—, que formalmente viene a ser el derecho de los pacientes o usuarios «a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma» (artículo 4.1, inciso primero), teniendo en cuenta que esta «información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias» (artículo 4.1, inciso tercero). Pero también implica, en segundo lugar, garantizar el «respeto de la autonomía del paciente» —regulado detalladamente en el capítulo IV (artículos 8 a 13) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre—, dado que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista..., haya valorado las opciones propias del caso» (artículo 8.1), además del hecho de que la Administración Sanitaria está obligada a garantizar el cumplimiento del denominado formalmente «documento de instrucciones previas» (el artículo 11.2 indica en este sentido que «cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito»), en virtud del cual «una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud» (artículo 11.1, inciso primero), sin perjuicio de que tales instrucciones previas puedan «revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito» (artículo 11.4).

En el caso concreto de la atención sanitaria por maternidad, parece que tanto el derecho de información sanitaria como el derecho al respeto de la autonomía de la mujer embarazada sólo quedan totalmente cubiertos cuando la mujer implicada, después de conocer el protocolo de atención sanitaria por maternidad, elige con toda la información el tipo de atención que desea a través de la presentación de su plan de parto (*birth plan*). En efecto, sobre la base de que la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública de Atención Primaria y de Atención Especializada —regulada por Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (BOE de 16 de septiembre)— señala que la atención sanitaria por maternidad es una atención *protocolizada* (punto 6.3.3 de su Anexo II

y punto 5.11 de su Anexo III), resulta totalmente lógico que la mujer embarazada no tenga ningún tipo de obstáculo legal para conocer los métodos, actividades y recursos a través de los que se van a hacer efectivas las prestaciones sanitarias a que tiene derecho por su maternidad durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Lo confirma con toda rotundidad el artículo 10 («Servicios de información a los usuarios del Sistema Nacional de Salud») del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cuando declara que «las personas que reciban las prestaciones cuya cartera de servicios comunes se establece en esta Norma, tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal» (apartado 1). Obviamente de nada sirve esta información si la mujer embarazada no tiene capacidad para decidir sobre el tipo de atención que se le ofrece por parte de la administración sanitaria, razón por la que el derecho al respeto de su autonomía supone —en palabras de Fernández Guillén (2005)— que la administración sanitaria debe aceptar que la mujer embarazada pueda consentir («consentimiento informado») o disentir («rechazo informado»), mediante la presentación del llamado plan de parto —o plan de nacimiento—, que es un documento en virtud del cual la mujer gestante manifiesta anticipadamente por escrito su voluntad principalmente sobre cuestiones tales como el lugar del parto, el tipo de intervenciones que desea que le sean practicadas y aquellas otras que desea que no le sean practicadas, la persona que quiere que la acompañe, los aspectos del nacimiento y cuidado de su bebé y otros aspectos particulares que desea también que sean tenidos en cuenta (Lothian, 2006).

Obviamente, el ejercicio de estos derechos por parte de la mujer gestante conlleva necesariamente que la Administración Sanitaria y los profesionales que prestan servicios en sus centros tengan que asumir una serie de deberes, cuyo incumplimiento podría dar lugar a la correspondiente exigencia de responsabilidades legales. Así lo establecen, en primero lugar, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (BOE de 22 de noviembre) de ordenación de las profesiones sanitarias, afirmando que «los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten» [artículo 5.1.C, inciso primero], debiendo ofrecer, en todo caso, «una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre las citadas decisiones» [artículo 5.1.c, inciso segundo]; y en segundo lugar, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE de 17 de diciembre), indicando que el personal

estatutario debe —entre otras cosas— «informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles» [artículo 19.h)] y «respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos» [artículo 19.i)]. En cualquier caso, conviene dejar apuntado que la función de los derechos de la mujer embarazada no deben ser empleados como una amenaza de imposición de sanciones para que los profesionales sanitarios cumplan sus deberes, sino que, por el contrario, sería muy constructivo considerar tales derechos incluso como una guía de actuación para los profesionales que asisten a la mujer embarazada, dado que, de este modo, saldrían beneficiadas todas las personas implicadas. Es algo sobre lo que ha incidido con acierto Fernández Guillén (2005), cuando señala que, por la vía de la colaboración, de las decisiones compartidas y del respeto a la autonomía de la mujer embarazada, el número de demandas y de condenas puede bajar considerablemente.

4. EL DERECHO DE LA MUJER A ELEGIR EL LUGAR DE PARTO SIN NINGÚN TIPO DE PENALIZACIÓN

Por último, el tercero de los derechos objeto de estudio en este trabajo de investigación es el derecho de la mujer a elegir el lugar de parto (*place of birth*) sin ningún tipo de penalización. Se trata de un derecho que en España, a diferencia de otros Estados, no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud, de modo que la mujer embarazada no tiene la opción legal de escoger entre el hospital, su domicilio o una casa de partos en el cuadro de prestaciones por asistencia sanitaria pública (De La Torre Palomo 2006). En efecto, sobre la base de que la atención sanitaria pública es un derecho de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud relacionadas en la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública de Atención Primaria y de Atención Especializada del citado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, resulta que nuestro sistema sanitario público solamente contempla en su cartera de servicios el modelo de parto hospitalario (véase su artículo 4, sobre las prestaciones sanitarias prestadas por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, y su Anexo III, sobre los servicios comunes de atención especializada).

Por consiguiente, la mujer embarazada deberá recurrir a la oferta privada si desea parir en su domicilio con asistencia de profesionales o en una casa de partos, pero siempre y cuando tenga capacidad económica para hacer frente a los gastos económicos que esto supone, porque se trata de una prestación a la que se accede únicamente pagando. Gastos económicos que, además, no son reembolsables por el Sistema Nacional de Salud, porque —en virtud de la Ley 14/1986, de 25 abril— «las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a estos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias» (artículo 17), con excepción de las «situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel» (el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, regula el reembolso para los «casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital»). Y así se puso de manifiesto en una Sentencia del Juzgado de lo Social número 3 de Girona de 18 de enero de 2001 (Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi *JUR* 2002/204338), dictada en un pleito en que una madre reclamaba la cantidad de 135.000 pesetas en concepto de reintegro de los gastos médicos-sanitarios que le había ocasionado el parto de forma natural de su hijo en su domicilio mediante la contratación de los servicios médicos de una empresa privada, declarándose que «la regla general de nuestro sistema público... es la de no reintegro de gastos médicos, pues debe acudir al Sistema Sanitario Público», y que «sólo es posible la asistencia al parto en régimen de hospitalización en la red hospitalaria pública, no siendo factible el reintegro de gastos sufridos por partos domiciliarios» (Fundamento de Derecho Cuarto).

Sin entrar en las penalidades económicas y de otro tipo que pueden padecer las parturientas sin capacidad económica para hacer frente a tales gastos, hay argumentos legales que permiten defender la organización de un sistema público de atención al parto que no sea estrictamente hospitalario, sin necesidad de acudir a la legislación histórica española de protección de la maternidad (que contemplaba una pluralidad de lugares para el parto), concretamente al Real Decreto-Ley de 22 de marzo de 1929 (Gaceta de 24 de marzo), cuyo reglamento de aplicación y desarrollo fue aprobado por el Real Decreto de 29 de enero de 1930 (Gaceta de 1 de febrero). A tales efectos, resulta interesante la cita de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo en materia de protección de la maternidad, que parecen insistir en la idea de que el parto no tiene que ser exclusivamente hospitalario, cuando disponen que «las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal, prestada por una comadrona diplomada o por un médico, y la

hospitalización, cuando esto fuese necesario» (artículo 4.3 del Convenio número 103, sobre la protección de la maternidad, de 1952, y artículo 6.7 del Convenio número 183, sobre la protección de la maternidad, de 2000). Y también la cita de la Resolución del Parlamento Europeo sobre una Carta de derechos de la parturienta (doc. A 2-38/88), de 8 de julio de 1988 (Diario Oficial de las Comunidades Europeas C 235 de 12 septiembre de 1988), en que se indica que debe quedar asegurada «la asistencia adecuada cuando la mujer elija el parto en el propio domicilio» (punto 9). Se trata, incluso, de una cuestión sobre la que se han realizado muy diversos estudios, con propuestas de actuación muy concretas de cara a la organización de un sistema público de atención al parto no hospitalario, en los que se pone de manifiesto que los partos no hospitalarios constituyen una opción segura, pero también una opción incluso económicamente menos costosa para el Sistema Nacional de Salud que el parto hospitalario (De La Torre Palomo, 2006).

5. CONCLUSIÓN: LA CONSECUCCIÓN DEL DERECHO DE LA MUJER A UN PARTO LIBREMENTE DECIDIDO Y RESPETADO A TRAVÉS DE LA APROBACIÓN DE UNA CARTA DE DERECHOS DE LA PARTURIENTA

En fin, estas son las consideraciones que se querían realizar a propósito del estudio de los derechos de la mujer en la regulación legal de la atención sanitaria por causa de su maternidad. Como se tuvo ocasión de comprobar, en este trabajo se ha preferido obviar intencionadamente la cuestión sobre qué debe entenderse por «normalidad en el parto» —o si se prefiere, por «parto normal» y «parto natural»—, que es objeto de debates y estudios desde hace muchos años (Organización Mundial de la Salud, 1996), en la medida en que su única finalidad era dar argumentos legales para mantener que es totalmente posible la reivindicación de un parto libremente decidido y respetado. Precisamente por ello, tal vez el mejor parto es aquel donde la atención sanitaria por maternidad reconoce el papel y la participación activa de las mujeres, ofreciendo la información necesaria, respetando sus decisiones en el proceso del embarazo, parto y puerperio, y teniendo en cuenta en todo momento el plan de parto o nacimiento acordado, porque de esta manera puede evitarse definitivamente que el parto sea «un acto médico en el que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina, siempre potencialmente defectuosa, que la medicina puede manipular o arreglar para que pueda parir» (De La Torre Palomo, p. 4).

Desde luego, el tema no es nuevo. Lo prueba la citada Resolución del Parlamento Europeo sobre una Carta de derechos de la parturienta (doc. A 2-38/88), de 8 de julio de

1988, que se insiste en la necesidad de promulgar medidas legales que garanticen un parto libremente decidido y respetado, que —siempre según el Parlamento Europeo— es algo que solamente puede conseguirse mediante la elaboración por parte de la Comisión Europea de «una propuesta relativa a una Carta de los derechos de la parturienta, con aplicación en todos los países de la... [EU]» (punto 9, inciso primero). Aunque lamentablemente al día de hoy la solicitud no ha tenido mucho éxito —dado que la Comisión parece que no ha elaborado dicha propuesta—, conviene seguir divulgando «las prestaciones, servicios y derechos» (punto 9, inciso segundo) que dicha Carta de derechos de la parturienta debería recoger para garantizar un parto libremente decidido y respetado —que necesariamente habría que revisar y actualizar de ser aprobada esta Carta en la actualidad—, que son los diecisiete siguientes: 1) «una ficha obstétrica con los datos relativos al embarazo, que esté a disposición de la mujer y de las personas que la atenderán durante el embarazo y después del mismo»; 2) «un diagnóstico prenatal que incluya una prueba de floculación, una ecografía y una prueba de amniocentesis gratuita llevadas a cabo de forma voluntaria, de acuerdo con la mujer y con arreglo a los consejos del médico»; 3) «la participación con su pareja, en los cursos de preparación al parto a fin de conocer el desarrollo del embarazo y del parto desde el punto de vista físico y psíquico, sus técnicas y sus métodos»; 4) «la información, antes de la maternidad, sobre los riesgos, síntomas, precauciones y remedios, especialmente los que proporcionan gratuitamente los servicios de sanidad, sobre las causas más importantes de mortalidad infantil postnatal y en particular sobre el síndrome de muerte infantil súbita (SIDS)»; 5) «la libre elección del hospital y de la modalidad (posición) del parto, tipo de lactancia y de la educación del niño»; 6) «la asistencia adecuada cuando la mujer elija el parto en el propio domicilio, de acuerdo con las condiciones psicofísicas de la parturienta y del feto, así como las condiciones ambientales»; 7) «el parto natural, sin acelerar ni retrasar el momento del mismo por razones que no sean estrictamente necesarias desde el punto de vista del estado de la parturienta y el feto»; 8) «el recurso a la cesárea sólo en los casos de efectiva necesidad»; 9) «si la parturienta lo desea, la presencia de una persona, por ejemplo su pareja, parientes o amigos antes, durante y después del parto»; 10) «el derecho de la parturienta a decidir conjuntamente con el médico sobre terapias y tratamientos, después de haber recibido una información detallada sobre el particular»; 11) «la posibilidad de que la madre pueda tener durante el período de lactancia al recién nacido a su lado y alimentarle según sus propias exigencias, más que en función de los horarios de los hospitales»; 12) «la posibilidad de que la parturienta decida libremente si quiere que su leche materna beneficie también a otros recién nacidos»; 13) «la posibilidad de que los familiares puedan visitar a la madre y al recién nacido sin perjudicar con ello los cuidados que se han de dispensar a éste último»; 14) «el derecho a un congruo período de ausencia de la mujer de su tra-

bajo durante la lactancia y el establecimiento regular de un horario flexible»; 15) «las salas pediátricas equipadas adecuadamente con personal competente para prematuros, instaladas en las mismas clínicas de maternidad»; 16) «una cartilla médica, a fin de que una mujer embarazada pueda ser atendida en cualquier país de la Comunidad»; y 17) «algunas facilidades, como por ejemplo intérpretes para las mujeres embarazadas no autóctonas, con objeto de que puedan gozar de las facilidades arriba enumeradas».

BIBLIOGRAFÍA

Carneiro, M. (2008). *Ajuda a nascer. Partejas, saberes obstétricos e modelos de formação (seculo XV-1974)*. Porto: Editora da Universidade de Porto.

De La Torre Palomo, M. T. (2006). *Proyecto de gestión. Organización de un sistema público de atención al parto domiciliario en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga*. Escuela Andaluza de Salud Pública Localizable en <http://www.nacerencasa.org/bibliografia/sistema%20publico%20parto%20domiciliario.pdf> [Consulta: 3-11-2009]

Fernández Guillén, F. (2005). *La humanización del parto es una obligación legal*. I Congreso «El mundo de la maternidad», Barcelona, 21 de octubre de 2005, Localizable en <http://www.comadronas.org/bebe.php?name=News&file=article&sid=137>. [Consulta: 3-11-2009]

Gorelli Hernández, J. (1997). *La protección por maternidad. Análisis normativa en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Gorelli Hernández, J. y Igartua Miró, M^a.T. (2002). *Las prestaciones por maternidad y riesgo durante el embarazo*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Herring, J. (2010). *Medical Law (Law Express)*, 2^a edición. Harlow: Longman.

Lothian, J. (2006). “Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future”. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (2), 295-303.

Martínez Girón, J. (1990). *Una introducción histórica al estudio de las fuentes del Derecho español de Seguridad Social*. Santiago de Compostela: Paredes.

Martínez Girón, J., Arufe Varela, A. y Carril Vázquez, X.M. (2008). *Derecho de la*

Seguridad Social, 2ª edición, Oleiros: Netbiblo.

Ministerio de Sanidad y Consumo, (2007). *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>. Localizado en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf> [Consulta: 3-11-2009]

Ministerio de Sanidad y Consumo, (2008). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Montgomery, J. (2003). *Health Care Law*, 2ª edición, Oxford: Oxford University Press.

OMS, (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Localizable en <http://www.federacion-matrnas.org/rs/89/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/aee/rglang/es-ES/filename/cuidados-parto-normal-oms.pdf> [Consulta: 3-11-2009]

Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La versión inicial, que es de marzo de 2006 (localizable en formato electrónico en la dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>), ha sido actualizada en abril de 2007, cuyo texto puede consultarse en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>.

Rodríguez Escanciano, S. (2008). *La familia en el ámbito jurídico-laboral. Situación y protección*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra-Universitat de València-Instituto de la Mujer.