

La regulación legal comparada de la atención sanitaria al parto en Francia, Reino Unido y Alemania*

The comparative law on childbirth medical care in France, United Kingdom and Germany

XOSÉ MANUEL CARRIL VÁZQUEZ

PROFESOR TITULAR DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Resumen

La atención sanitaria al parto varía de unos países a otros, hasta el punto de hablarse de distintos modelos de atención. Aquí, se analizan los casos de Francia, Reino Unido y Alemania, incidiendo en la diferente regulación legal que ofrece cada uno de ellos sobre el derecho de la mujer embarazada a decidir el lugar de su parto (el hospital, otros establecimientos especializados y su propio hogar) y la asistencia de profesionales habilitados, señaladamente matronas. Dicho derecho ha sido objeto de interpretación por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, declarando que la elección de las circunstancias de dar a luz forma parte del derecho al respecto de la vida privada del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, aunque, en el caso del parto en casa, los Estados pueden tener un amplio margen de apreciación en su regulación, habida cuenta de sus implicaciones sociales y económicas.

Abstract

Childbirth medical care changes from country to country, being possible to talk about different models of care. Here, the case of France, United Kingdom and Germany are discussed, focusing on the different legal regulation each one of them offers on the pregnant woman's right to choose the place of her birth (hospital, other facilities and her own home) and the assistance of qualified professionals, notably midwives. This right has been interpreted by the European Court of Human Rights, stating that the choice relating to the circumstances of giving birth is part of the right to respect for private life under Article 8 of the European Convention on Human Rights, although in the case of home birth, the States have a wide margin of appreciation in its regulation, given the social and economic implications of this matter.

Palabras clave

Embarazo, Parto, Derecho comparado de la seguridad social y la salud, Francia, Reino Unido, Alemania.

Keywords

Pregnancy, Childbirth, Comparative social security and health Law, France, United Kingdom, Germany.

1. MODELOS DIFERENTES DE ATENCIÓN SANITARIA AL PARTO

1. La existencia de modelos diferentes de atención sanitaria al parto en el ámbito de la Unión Europea se ha evidenciado en estudios doctrinales¹, que incluso han propiciado pronunciamientos al respecto por parte del Parlamento europeo. Es el caso de su Resolución

¹ Véase COESTER-WALTJEN, D., *Mutterschutz in Europa. Der Schutz der erwerbstätigen Frauen während der Schwangerschaft und der Mutterschaft in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften*, J. Schweitzer Verlag (München, 1986), páginas 1 y siguientes.

de 8 de julio de 1988, sobre una Carta de Derechos de la Parturienta (DOC. A 2-38/88)², que insiste en la necesidad de promulgar medidas legales que garanticen a las mujeres su derecho a un parto libremente decidido y respetado³. Aunque lamentablemente al día de hoy sus peticiones no han tenido mucho éxito –dado que la Comisión parece que no ha elaborado todo lo que le correspondía al respecto–, el Parlamento europeo entendía que para lograr la consecución de tal derecho la Comisión no solamente debía emprender «nuevas iniciativas con objeto de elaborar una directiva que sitúe, en la medida de lo posible, todas las disposiciones legales nacionales relativas a las facilidades previstas para el embarazo, el parto y la paternidad a la altura de las disposiciones y previsiones del Estado miembro más avanzado»⁴, sino que también debía elaborar «una propuesta relativa a una Carta de los derechos de la parturienta, con aplicación en todos los países de la CEE»⁵ y en la que se asegurasen a la mujer –entre otras prestaciones, servicios y derechos– «la libre elección del hospital y de la modalidad (posición) del parto, del tipo de lactancia y de la educación del niño»⁶ y «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 de las condiciones ambientales»⁷.

2. Sobre la existencia de dichos modelos diferentes de atención sanitaria al parto en el ámbito de la Unión Europea también se ha reparado en España. Así lo evidencia la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en octubre de 2007⁸. Y lo hace afirmando que, «en comparación con el entorno europeo, la atención sanitaria del parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica»⁹, a diferencia de otros modelos de atención que la propia *Estrategia* denomina «alternativos»¹⁰, situando en un extremo «el modelo que, por ejemplo, siguen en Holanda y Países Escandinavos, desinstitucionalizado y atendido fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas»¹¹, y en un lugar

² Véase Diario Oficial de las Comunidades Europeas C 235 de 12 de septiembre de 1988. Se trata de una Resolución que confiesa abiertamente que ha sido elaborada «visto el estudio de la Sra. Dagmar Coester-Waltjen, sobre la protección de las mujeres trabajadoras durante el embarazo y la maternidad en los Estados miembros (V-1829/84)».

³ Sobre esta Resolución, véase CARRIL VÁZQUEZ, X.M., «Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad», en LÓPEZ VILLAR, C. (Coordinadora), *Estudios multidisciplinarios para la humanización del parto*, Universidade da Coruña (A Coruña, 2011), páginas 83-85.

⁴ Véase el punto número 3 de la citada Resolución. En su punto 4 también se contenía una demanda a los Estados miembros, indicando que «cree necesario que los Estados miembros procedan asimismo a una profunda revisión y ordenación de toda la legislación que concierne a la mujer en la situación de parto y embarazo, tanto en el área de los servicios sociales como en el acondicionamiento de los centros médicos y de atención al recién nacido».

⁵ Véase el punto número 9 de la citada Resolución.

⁶ Véase el punto número 9, guión 5, de la citada Resolución.

⁷ Véase el punto número 9, guión 6, de la citada Resolución.

⁸ Editada y distribuida con este mismo título por el Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid, 2008). También localizable en formato electrónico en la dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>.

⁹ Véase su página 23.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

intermedio el «modelo que plantea un parto institucionalizado y humanizado, donde entran países como Reino Unido o Alemania»¹².

3. Aunque en dicho documento no se aclare expresamente qué debe entenderse por «modelo intervencionista institucionalizado» y por «modelos de atención alternativos», lo cierto es que los criterios empleados para tales efectos parecen ser esencialmente dos, en virtud de los cuales puede evidenciarse, además, que existen modelos de atención al parto diferentes del español en otros Estados. El primero se refiere a que la atención sanitaria del parto sea prestada por profesionales especializados de la medicina y de la enfermería, y el segundo a que dicha atención sea o no exclusivamente hospitalaria. De acuerdo con estos dos criterios, resulta que la atención sanitaria al parto varía de unos países a otros, dado que, a diferencia de lo que sucede en el caso concreto del modelo español¹³, los partos no siempre son atendidos por profesionales de la medicina y de la enfermería, ni tampoco tienen lugar en centros hospitalarios como una única opción, que es lo que sucede, como ahora se verá, en la regulación que a tales efectos se aplica en los casos de Francia (véase *infra*, 2), Reino Unido (véase *infra*, 3) y Alemania (véase *infra*, 4).

2. FRANCIA

4. Al igual que en España, la protección de la salud tiene reconocimiento constitucional expreso en Francia –hasta el punto de haberse afirmado al respecto que «es un principio de valor constitucional»¹⁴–, en la medida en que es su propia Constitución la que «garantiza a todos, y especialmente al niño, a la madre y a los antiguos trabajadores, la protección de la salud [*garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé*]»¹⁵. Como puede apreciarse, la Constitución francesa alude literalmente a la protección de la salud de la madre, de modo que también puede encajarse aquí el derecho de protección de la mujer embarazada, con inclusión de todos aquellos aspectos que están relacionados con la correspondiente atención sanitaria. La regulación de este derecho constitucional aparece contenida substancialmente en dos concretos códigos de legislación, que son el Código de la Seguridad Social (*Code de la Sécurité Sociale*) y el Código de la Salud Pública (*Code de la Santé Publique*), que –al igual que el resto de los códigos franceses– son de acceso público y gratuito, siempre en su última

¹² *Ibidem*.

¹³ Sobre el modelo español, véase CARRIL VÁZQUEZ, X.M., «Derechos de la mujer embarazada en la regulación legal de la asistencia sanitaria por maternidad», en FARALDO CABANA, P. (Directora) y LÓPEZ ARRANZ M.A. y MILLOR ARIAS, M.P. (Coordinadoras), *Cuestiones actuales sobre el trabajo de la mujer y su protección social*, Tirant lo Blanch (Valencia, 2010), páginas 223-238. Y también del mismo autor, «Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad», en LÓPEZ VILLAR, C. (Coordinadora), *Estudios multidisciplinarios para la humanización del parto*, cit., páginas 73-86.

¹⁴ Véase CHAUCHARD, J.-P., *Droit de la Sécurité Sociale*, 4ª edición, Librairie générale de droit et de jurisprudence (París, 2005), página 307.

¹⁵ Así se desprende del apartado 11 del Preámbulo de la Constitución francesa de 27 de octubre de 1946, al que se remite la Constitución de 4 de octubre de 1958, en su versión consolidada aprobada en virtud de la Ley Constitucional número 2008-724, de 23 de julio de 2008 (*Journal Officiel de la République Française* de 24 de julio de 2008).

versión puesta al día, en *Legifrance* (www.legifrance.gouv.fr)¹⁶, que es el servicio público de difusión del derecho y la jurisprudencia de Francia a través de Internet¹⁷.

5. En efecto, el Código de la Seguridad Social regula la protección de la maternidad en el Título 3 (rotulado «Seguro de maternidad y permiso de paternidad [*Assurance maternité et congé de paternité*]») del Libro 3 de su parte principal o «parte legislativa» (artículos L330-1 a L333-3)¹⁸. Esta parte principal o «parte legislativa» se completa con lo dispuesto –siempre en relación con la protección de la maternidad– tanto en la parte «reglamentaria secundaria» (artículos R331-1 a R332-6) como en la parte «reglamentaria accesoria» (artículos D331 a D331-5) del propio Código de la Seguridad Social¹⁹. Sobre la base de distinguirse entre «prestaciones en especie [*prestations en nature*]» y «prestaciones en metálico [*prestations en espèces*]»²⁰, la atención sanitaria al parto se configura como una concreta prestación en especie, en virtud de la cual se cubren todos los gastos médicos, farmacéuticos, de análisis y exámenes de laboratorios, de implantes y de hospitalización relativos o no al embarazo, al parto y a sus consecuencias²¹, además de cubrir los gastos de los exámenes prescritos en aplicación del segundo párrafo del artículo L2122-1 y de los

¹⁶ Sobre el tema, véase MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, Netbiblo (A Coruña, 2010), afirmando al respecto que, en Francia, «se han tomado completamente en serio la tarea de facilitar al ciudadano el conocimiento de sus derechos y deberes, llevándose aquí a cabo la elaboración de códigos de legislación que son un paso adelante evidente sobre los códigos tradicionales o clásicos, puesto que se trata de auténticos códigos de derecho constante, permanentemente puestos al día por el Estado con todas sus enmiendas, añadidos, supresiones, etc.» (página 17), y que «resultan pública y gratuitamente manejables, en su última versión al día –en su versión consolidada, por tanto–, a través del portal en Internet de *Legifrance* (www.legifrance.gouv.fr)» (*ibidem*).

¹⁷ *Ibidem*, páginas 17 y 7.

¹⁸ Muy bien explicado pedagógicamente, «los preceptos incluidos en su parte principal o “parte legislativa” se componen siempre de un número de tres cifras, precedido asimismo por la letra mayúscula “L”, y seguido por un guión y otro número más. Aquí las tres cifras del número central hacen referencia al Libro (la cifra centena), al Título (la de la decena) y al Capítulo (la de la unidad). Por eso, el artículo L.111-1 indica aquí que se trata de un precepto correspondiente al Capítulo I del Título I del Libro I de dicho Código» (véase MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, cit., página 19).

¹⁹ En efecto, esta «parte legislativa» aparece completada «con la parte reglamentaria secundaria (en la que se recopilan preceptos de Decretos adoptados con intervención del Consejo de Estado [*Décrets en Conseil d'Etat*], a los que se asigna para su identificación la letra “R”) y con la parte reglamentaria accesoria (en la que se recopilan preceptos de Decretos simples [*Décrets simples*], a los que se asigna para su identificación la letra “D”))» (de nuevo muy pedagógico, véase MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, cit., página 19).

²⁰ Sobre esta distinción, véase KESSLER, F., *Droit de la protection sociale*, 2ª edición, Dalloz (Paris, 2005), páginas 215-219. Y también, DUPEYROUX, J.J., BORGETTO, M., LAFORE, R. y RUELLAN, R., *Droit de la sécurité sociale*, 15ª edición, Dalloz (Paris, 2005), páginas 570-573.

²¹ Según el artículo L331-2, inciso primero, del Código de la Seguridad Social, «l'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret». El tramo temporal a que se refiere este artículo comienza cuatro meses antes de la fecha prevista del parto y concluye doce días después del parto, de acuerdo con lo establecido en el artículo D331 del Código de la Seguridad Social («La période mentionnée au 1º de l'article L. 331-2 débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement»).

artículos L2122-3 y L2132-2 del Código de la Salud pública²² y aquellos otros gastos, siempre relativos al embarazo, al parto y a sus consecuencias, que figuren autorizados por la Administración de la Seguridad Social²³.

6. Por su parte, el Código de la Salud Pública, que arranca con la afirmación de que la protección de la salud es un «derecho fundamental [*droit fondamental*]]»²⁴, regula la protección de la maternidad en la «Segunda parte [*Deuxième partie*]]» de su parte principal o «parte legislativa» (artículos L2111-1 a L2446-3) –que lleva por título «Salud reproductiva, derechos de la mujer y protección de la salud del niño [*Santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant*]]–, resultando de interés en ella lo dispuesto tanto en su Libro 1 (rotulado «Protección y promoción de la salud materna e infantil [*Protection et promotion de la santé maternelle et infantile*]]»²⁵ como en su Libro 3 (rotulado «Establecimientos, servicios y organismos [*Etablissements, services et organismes*]]»²⁶. Igualmente, hay que tener presente lo dispuesto en su «Cuarta parte [*Quatrième partie*]]», que es la relativa a las «profesiones de la salud [*Professions de santé*]]», cuyo Libro 1 (artículos L4111-1 a L4163-10) trata de las «profesiones médicas [*Professions médicales*]]» con competencias para intervenir en la atención sanitaria al parto, entre las que destaca singularmente la «Profesión de matrona [*Profession de sage-femme*]]», regulada en su Título V (artículos L4151-1 a L4153-4). Esta parte principal o «parte legislativa» del propio Código de la Salud Pública debe completarse también con la lectura de lo establecido en su parte «reglamentaria», y concretamente en los Libros 1 (artículos R2112-1 a R2133-3) y 3 (artículos R2322-1 a R2322-14) de su «Segunda parte [*Deuxième partie*]]» y en el Libro 1 (Título V) de su «Cuarta parte [*Quatrième partie*]]».

7. Una gran parte de la regulación de las prestaciones en especie se contiene en el citado Código de la Salud Pública, precisamente por la remisión que realiza al mismo el Código de la Seguridad Social, después de indicar que la fecha de la primera comprobación médica del embarazo es aquella en que el embarazo fue constatado por el médico o la matrona, cualquiera que sea la fecha de la notificación de ese estado a la caja primaria del

²² Véase su artículo L331-2, párrafo segundo, punto 1, según el cual el seguro de maternidad cubre «*les frais d'examen prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique*».

²³ Véase su artículo L331-2, párrafo segundo, punto 2, según el cual el seguro de maternidad cubre «*les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale*». La lista en cuestión fue aprobada por *Arrêté du 23 décembre 2004 (Journal Officiel de la République Française de 30 de diciembre de 2004)* y en ella se incluyen como gastos cubiertos los ocasionados por: «1. *Caryotype foetal et amniocentèse*; 2. *Test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine*; 3. *Dosage de la glycémie*; 4. *Séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique*; 5. *Interruption non volontaire de grossesse*; 6. *Interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique*; 7. *Séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne*» (véase artículo 1 de la citada disposición).

²⁴ Véase su artículo L1110-1, inciso primero.

²⁵ Concretamente, sus Títulos 1 (sobre «Organización y misiones [*Organisation et missions*]]», 2 (sobre «Acciones de prevención relativas a los futuros cónyuges y padres [*Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents*]]») y 3 (sobre «Acciones de prevención relativas al niño [*Actions de prévention concernant l'enfant*]]»).

²⁶ Integrado por un Título 1 (sobre «Organismos de planificación, de educación y de asesoramiento familiar [*Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial*]]») y por un Título 2 (sobre «Otros establecimientos y servicios [*Autres établissements et services*]]»).

seguro de enfermedad²⁷. Esta declaración de embarazo –que puede efectuar una matrona²⁸– implica la entrega gratuita a la mujer embarazada de un «carnet de salud maternal [*carnet de santé maternité*]» –también denominado «carnet de embarazo [*carnet de grossesse*]»²⁹–, en el que se anotan obligatoriamente los resultados de los exámenes prescritos en aplicación del artículo L2122-1 del Código de la Salud Pública (esto es, los exámenes prenatales y posnatales obligatorios practicados o prescritos por un médico o una matrona), además de todas aquellas otras constataciones de importancia relacionadas con el desarrollo del embarazo y la salud de la futura madre³⁰. El papel de la matrona aquí no se limita solamente a constatar el embarazo, en la medida en que a ella le corresponde igualmente todo lo relacionado con «la vigilancia del embarazo y la preparación psicoproláctica al parto, así como la vigilancia y la práctica del parto y atención postnatal en lo que respecta a la madre y al niño»³¹; aunque con limitaciones en caso de «patología materna, fetal o neonatal durante el embarazo, el parto o el puerperio, y en el caso de parto distócico»³², en que «la matrona debe recurrir a un médico»³³, sin perjuicio de que luego pueda practicar los cuidados prescritos por dicho médico en tales casos³⁴.

8. Esta distinción entre mujeres embarazadas sin riesgo y mujeres embarazadas con riesgo resulta crucial no solamente para determinar el grado de participación profesional de la matrona durante el embarazo y el parto de tales mujeres³⁵, sino que también repercute directamente sobre el lugar habilitado legalmente para la atención sanitaria durante el embarazo y el parto. Y es que junto a los tradicionales «establecimientos de salud [*établissements de santé*]»³⁶, que están pensados para embarazos y partos en función de su riesgo –razón por la que, en función de los casos, cuentan con las pertinentes unidades de obstetricia, neonatología y reanimación neonatal³⁷–, las mujeres embarazadas igualmente

²⁷ Véase su artículo R331-1.

²⁸ Véase artículo L2122-1, inciso segundo, del Código de la Salud Pública.

²⁹ Véanse artículo R331-4 del Código de la Seguridad Social y artículo L2122-2 del Código de la Salud Pública. Y también, *Arrêté* de 21 junio de 2007, relativo al modelo y al modo de utilización («*relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit "carnet de santé maternité"*»), publicado en *Journal Officiel de la République Française* de 28 de julio de 2007. Puede consultarse el contenido del modelo actual en http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf.

³⁰ Véase artículo L2122-2, párrafo primero, inciso segundo, del Código de la Salud Pública.

³¹ Véase artículo L4151-1, párrafo primero, del Código de la Salud Pública. En el artículo R4127-318 del propio Código de la Salud Pública se relacionan con mayor concreción sus competencias.

³² Véase artículo L4151-3 del Código de la Salud Pública.

³³ *Ibidem*. De hecho, el artículo L2122-1, párrafo primero, del propio Código de la Salud Pública dispone al respecto que la matrona, después de realizar el primer examen prenatal, debe dirigir la mujer embarazada a un médico cuando «constate una situación o antecedentes patológicos [*constate une situation ou des antécédents pathologiques*]» (véase su inciso tercero).

³⁴ Véase artículo L4151-3 del Código de la Salud Pública.

³⁵ Incluso, siempre desde el punto de vista legal, se llega a distinguir a tales efectos entre parto «eutócico [*eutocique*]» y parto «distócico [*dystocique*]». Véanse, en este sentido, los artículos L4151-1 y L4151-3 del Código de la Salud Pública.

³⁶ Véase artículo L6111-1, párrafo primero, del Código de la Salud Pública.

³⁷ Véanse artículos R6123-39 a R6123-53 del Código de la Salud Pública, que forman la Sección Tercera («*Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale*») del Capítulo III («*Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds*») del Título II («*Équipement sanitaire*») del Libro 1 («*Etablissements de santé*») de la Sexta Parte («*Etablissements et services de santé*») de su «parte reglamentaria». Por los Decretos números 98-899 y 98-900 de 9 de octubre (ambos publicados en *Journal Officiel de la République Française* de 10 de octubre de 1998) se procedió a la reestructuración de estos establecimientos de salud, diferenciando a tales efectos tres niveles, en virtud de los cuales los centros de maternidad como establecimientos de (...)

tienen a su disposición las llamadas «casas de nacimiento [*maisons de naissance*]», autorizadas durante cinco años con carácter experimental, desde hace dos años, por la Ley número 2013-1118, de 6 de diciembre³⁸ y por el Decreto número 2015-937, de 30 de julio³⁹. Jurídicamente diferentes de los establecimientos de salud⁴⁰ –y señaladamente de aquellos en que se realizan los cuidados de ginecología-obstetricia⁴¹–, se trata de espacios (o «estructuras», según la terminología empleada por su regulación legal) destinados para mujeres cuyo embarazo no presenta riesgo materno-fetal identificado y al frente de los cuales se encuentran las matronas, con el propósito de asistir al parto de aquellas mujeres cuyo embarazo han seguido⁴², estableciéndose al respecto que tales profesionales –siempre al amparo de los citados artículos L4151-1 a L4151-4 del Código de la Salud Pública– realizarán: 1) «la vigilancia médica del embarazo y desarrollo del parto»⁴³; 2) «la preparación al nacimiento y a la paternidad definida por las recomendaciones de la Alta Autoridad de la Salud»⁴⁴; y 3) «el parto y los cuidados postnatales de la madre y el niño»⁴⁵.

9. En fin, en relación con el parto en casa o parto domiciliario («*l'accouchement à domicile*») de aquellas mujeres que deciden dar a luz en su casa⁴⁶, hay que indicar que se trata de una cuestión que aparentemente no se encuentra regulada en Francia⁴⁷, lo cual no quiere decir que esté prohibida. Con todo, se trata de una práctica que puede ser asistida por matronas que ejerzan su profesión de forma autónoma (esto es, por «*sages-femmes libérales*»)⁴⁸, a las cuales se les exige legalmente, desde el año 2002, la formalización de un seguro de

salud se clasificaban en «*Maternités de niveau I*» (en casos de embarazos sin problema identificado, en que solamente se cuenta con una unidad de obstetricia) «*Maternités de niveau II*» (en casos de necesidad de neonatología, en que hay una unidad de obstetricia y una unidad de neonatología) y «*Maternités de niveau III*» (en casos de embarazo de riesgo, en que se dispone, además, de una unidad de reanimación neonatal).

³⁸ En virtud de la cual se autoriza «*l'expérimentation des maisons de naissance*» (*Journal Officiel de la République Française* de 7 de diciembre de 2013).

³⁹ Relativo a las «*conditions de l'expérimentation des maisons de naissance*» (*Journal Officiel de la République Française* de 1 de agosto de 2015).

⁴⁰ Véase artículo 2, párrafo segundo, de la Ley número 2015-1118.

⁴¹ Véase artículo 1-III del Decreto número 2015-937. Con todo, hay que indicar que estas casas de nacimiento deben estar contiguas a tales establecimientos de ginecología-obstetricia con el fin de garantizar el traslado inmediato la parturienta en caso de complicación, hasta el punto de hablarse de que tienen que disponer de un acceso directo. Véase artículo 1, párrafo 2, de la Ley número 2015-1118 y los artículos 3, párrafo primero, y 8, párrafo primero, del Decreto número 2015-937.

⁴² Véase artículo 1, párrafo primero, de la Ley número 2015-1118.

⁴³ Véase artículo 1-I.1 del Decreto número 2015-937, que remite al artículo L2122-1 del Código de la Salud Pública.

⁴⁴ Véase artículo 1-I.2 del Decreto número 2015-937.

⁴⁵ *Ibidem*, 3.

⁴⁶ Decisión que debe respetarse, teniendo en cuenta lo que establece el artículo R4127-306 del Código de la Salud Pública, que garantiza el derecho a elegir tanto el profesional como el lugar donde desea recibir los cuidados y dar a luz, al disponer que «*la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher; elle doit faciliter l'exercice de ce droit*» (véase su párrafo primero).

⁴⁷ Hasta el extremo de haberse afirmado que «*ne fait l'objet d'aucun encadrement réglementaire*». Al respecto, véase COUR DE COMPTES, *La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Septembre 2011* (Paris, 2011), página 189. Puede consultarse en <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>.

⁴⁸ El Código de la Salud Pública las menciona expresamente, cuando distingue en el ejercicio de esta profesión sanitaria entre «*sages-femmes libérales*», «*sages-femmes fonctionnaires*» y «*sages-femmes salariées*» (véase, en este sentido, su artículo R4153-6). Y el propio Código de la Salud Pública contiene reglas particulares tanto para el caso del «*exercice libéral*» (véanse artículos R4127-339 a R4127-347-1), como para el caso del «*exercice salarié*» (véanse artículos R4127-348 a R4127-350).

responsabilidad civil para cubrir los daños que puedan derivarse del ejercicio de su actividad⁴⁹. Su implantación no ha estado exenta de polémica por el impacto económico que supone el pago de la tarifa exigida para tales efectos, hasta el extremo de haberse aprovechado la actual tramitación parlamentaria del proyecto de ley de modernización del sistema de salud francés⁵⁰ para presentar una enmienda con el fin de atenuar dicho impacto⁵¹, cuya cita aquí –aunque fuese «rechazada [rejeté]»– resulta de interés por la información que ofrece sobre el parto en casa y sus implicaciones para las profesionales que lo quieran atender, conteniéndose afirmaciones tales como: 1) en los casos de embarazos considerados «normales», «las matronas autónomas están también facultadas para acompañar a las mujeres que deseen dar a luz en casa [les sages-femmes libérales sont aussi habilitées à accompagner les femmes qui souhaitent accoucher à domicile]»; 2) estos «partos fisiológicos ofrecen a la madre la posibilidad de limitar ciertas acciones rutinarias de los servicios hospitalarios, que pueden ser experimentadas como violencias obstétricas (activación del trabajo de parto sin el consentimiento de la paciente, posición impuesta de espalda durante el trabajo de parto, prohibición de beber y comer durante el trabajo de parto, colocación sistemática de una perfusión, ruptura artificial de la bolsa amniótica, episiotomía rutinaria, tactos sistemáticos...) [accouchements physiologiques offrent à la mère la possibilité de limiter certains gestes de routine des services hospitaliers, qui peuvent être vécus comme des violences obstétricales (déclenchement du travail sans le consentement de la patiente, position imposée sur le dos pendant le travail, interdiction de boire et de manger durant le travail, pose systématique d'une perfusion, rupture artificielle de la poche des eaux, épisiotomie de routine, touchers systématiques...)]», y que afectan al recién nacido, que puede ser objeto igualmente de estas acciones rutinarias no validadas científicamente (pinzamiento precoz del cordón, aspiración sistemática a través de la nariz y la boca, incumplimiento del contacto piel a piel, limpieza de la vernix) [peut également être sujet à ces gestes routiniers non validés scientifiquement (clampage précoce du cordon, aspiration systématique par le nez et la bouche, non-respect du peau à peau, nettoyage du vernix...)]»; y 3) para este tipo de parto, «las matronas están obligadas a suscribir un seguro de responsabilidad civil [les sages-femmes sont dans l'obligation de souscrire à une assurance responsabilité civile]», aunque, «con un sueldo bruto mensual de unos 2.400 euros, las matronas están en incapacidad financiera para pagar este seguro obligatorio, cuya tarifa prohibitiva está alrededor de 20.000 euros» [avec un salaire brut mensuel d'environ 2400 Euros, les sages-femmes sont dans l'incapacité financière de s'acquitter de cette assurance obligatoire, dont le tarif prohibitif avoisine les 20000 euros]; mientras que «los ginecólogos obstetras se benefician de una asunción parcial de sus seguros por la...[Caja Primaria del Seguro Médico], este sistema no existe para los profesionales de la salud no médicos (les gynécologues obstétriciens bénéficient d'une prise en charge partielle de leur assurance par la... [Caisse Primaire d'Assurance Maladie], ce système n'existe pas pour praticiens de santé

⁴⁹ Se trata de un deber legal impuesto por el artículo L1142-2 del Código de la Salud, que trae causa de la Ley número 2002-303, de 4 de marzo, relativa a los derechos de los pacientes y a la calidad del sistema de salud (*Journal Officiel de la République Française* de 5 de marzo de 2002).

⁵⁰ Formalmente denominado «*Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en 1^{re} lecture, après engagement de la procédure accélérée, par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015*». Tanto su contenido como su tramitación pueden consultarse en su totalidad en <http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/sante.asp>.

⁵¹ Se trata de la enmienda número 1866, que buscaba introducir en el artículo L1142-2 criterios proporcionales en la determinación de dicha tarifa («*Cela passe par une inévitable réévaluation du tarif qui leur est demandé pour pratiquer à domicile*»). La enmienda en cuestión puede consultarse en <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/1866.asp>.

non-médecins)», razón por la que, en definitiva, «las matronas no pueden responder favorablemente a las solicitudes de padres que buscan este tipo de partos [*les sages-femmes ne peuvent donc pas répondre favorablement aux demandes des parents souhaitant ce type d'accouchement*]».

3. REINO UNIDO

10. La regulación legal de otros Estados sobre la práctica del parto en casa, señaladamente la del Reino Unido, no es desconocida por la República francesa. Al menos formalmente desde el año 1956, que es cuando se procede a la formalización del convenio sobre seguridad social (con protocolos) entre el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña y Norte de Irlanda y el Gobierno de la República francesa⁵², en que se abordaba específicamente el tema al tratar de la protección en caso de enfermedad, maternidad y muerte⁵³. En efecto, a la hora de precisar el alcance de las prestaciones por maternidad –entre las que figuraban, como prestación en especie, la atención al parto en casa–, la versión francesa de su artículo 14 se veía en la necesidad de aclarar el contenido de la versión inglesa (*«for the purpose of applying this Article “maternity benefit” means, in relation to the United Kingdom, maternity benefit other than home confinement grant»*)⁵⁴ para garantizar su correcto cumplimiento, señalando que *«pour l'application du présent article, “prestations en espèces de l'assurance maternité” désigne, en ce qui concerne le Royaume-Uni, les prestations maternité autres que le forfait versé pour l'accouchement à domicile (“home confinement grant”»*)⁵⁵.

11. Esta precisión que hacía la versión en francés del citado convenio bilateral de seguridad social tenía muy presente lo que, en aquel momento, era Derecho vigente sobre protección social en el Reino Unido⁵⁶, cuya organización correspondía en materia de asistencia sanitaria al Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*), desde su creación en 1946. Y es que, de acuerdo con la Ley del Servicio Nacional de Salud de 6 de noviembre de 1946⁵⁷, era un deber de las autoridades sanitarias locales (*local health authorities*) garantizar la atención sanitaria de la mujer en caso de maternidad como prestación en especie, dada su consideración de «paciente (*patient*)» –expresión empleada por la citada Ley en que se incluía la «mujer embarazada o madre lactante y la mujer parturienta [*expectant or nursing mother and a lying-in woman*]»⁵⁸–, al establecer en su

⁵² El convenio en cuestión tiene fecha de 10 de julio de 1956 y puede consultarse, en su versión bilingüe (inglesa y francesa), en <http://treaties.fco.gov.uk/docs/pdf/1958/TS0044.pdf>.

⁵³ Figura en su «Part IV. Special Provisions» o «Titre IV. Dispositions Particulières».

⁵⁴ Véase su apartado 2.

⁵⁵ Véase su apartado 2.

⁵⁶ Dando cuenta de dicho Derecho vigente en ese momento, véase ROBSON, W. A., «The National Insurance Act, 1946», en *The Modern Law Review*, Volumen 10, número 2 (abril, 1947), páginas 171-179. Según afirma este autor, «the National Insurance Act, 1946, forms part of a series of statutes which includes the Ministry of National Insurance Act, 1945, the Disabled Persons Act, 1945, the Family Allowances Act, 1945, the National Health Service Act, 1946, and the National Insurance (Industrial Injuries) Act, 1946» (página 171), y además, que «this mass of legislation has radically transformed the system of social insurance and the social services which support it» (*ibidem*).

⁵⁷ Puede consultarse en <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/9-10/81/enacted>.

⁵⁸ Véase su sección 79, apartado (1), que tenía por finalidad aclarar el contenido de algunas expresiones de esta Ley (*«In this Act unless the context otherwise requires, the following expressions have the meanings hereby assigned to them»*).

sección 22 que «será obligación de cada autoridad sanitaria local procurar el cuidado... de las mujeres embarazadas y madres lactantes [*it shall be the duty of every local health authority to make arrangements for the care... of expectant and nursing mothers*]»⁵⁹. Para ello, tales autoridades no solamente debían proveer, equipar y mantener centros de salud⁶⁰, sino que también debían asegurar un número suficiente de matronas acreditadas «para la asistencia de las mujeres en sus casas como matronas, o como enfermeras durante el parto [*for attendance on women in their homes as midwives, or as maternity nurses during childbirth*]»⁶¹, cuya prestación de servicios se pagaba precisamente a través de la cantidad a tanto alzado («*home confinement grant*» o «*forfait versé pour l'accouchement à domicile*»), a que hacía alusión el citado convenio bilateral de seguridad social entre el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña y Norte de Irlanda y el Gobierno de la República francesa, y que percibían previamente las madres con el fin de cubrir el gasto de dicha asistencia⁶².

12. En la actualidad, la organización en materia de asistencia sanitaria sigue recayendo en el Servicio Nacional de la Salud, al que igualmente le corresponde todo lo relacionado con la atención sanitaria de la mujer en caso de maternidad⁶³. Así se desprende de las principales fuentes normativas del ordenamiento jurídico inglés –cuya falta de codificación⁶⁴ convierte su estudio, al igual que en el caso de las estructuras normativas del derecho inglés de la seguridad social, en una tarea especialmente ardua, que no ayuda a superar el sitio oficial en Internet del Gobierno del Reino Unido, ubicado en www.legislation.gov.uk⁶⁵–, en la medida en que la sección 1 de la Ley de Asistencia Sanitaria y Social de 2012 (*Health and Social Care Act 2012*)⁶⁶ dispone que el «Secretario de Estado debe continuar la promoción en Inglaterra de un servicio integral de salud diseñado para asegurar mejoras– (a) en la salud física y mental del pueblo de Inglaterra, y (b) en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad [*Secretary of State must continue the promotion in England of a comprehensive health service designed to secure improvement– (a) in the physical and mental health of the people of England, and (b) in the prevention, diagnosis and treatment of illness*]», lo que supone, en aplicación de la Ley del Servicio Nacional de Salud de 2006 (*National Health Service Act*

⁵⁹ Véase su apartado (1).

⁶⁰ Según la sección 21, apartado (1), de la Ley del Servicio Nacional de Salud, «*It shall be the duty of every local health authority to provide, equip, and maintain to the satisfaction of the Minister premises, which shall be called "health centres"*».

⁶¹ Véase sección 23, apartado (2), párrafo primero, de la Ley del Servicio Nacional de Salud.

⁶² Sobre dicha ayuda económica, dando cuenta de las causas de su creación y posterior evolución, véase GEORGE, V., *Social Security: Beveridge and after*, Routledge and Kegan Paul Ltd (London, 1968), páginas 128-134. Según informa este autor, «*the National Insurance Advisory Committee took the easy way out and recommended a higher grant for home confinements so that 'then should be no financial pressure on a woman either to have her confinement at home or in hospital. Her decision should be taken on other than financial grounds'. This recommendation was implemented by the National Insurance Act, 1953, which introduced a home confinement grant of £3 in addition to the general maternity grant*» (página 130).

⁶³ Sobre el tema, véase MONTGOMERY, J., *Health Care Law*, 2ª edición, Oxford University Press (Oxford, 2003), especialmente sus páginas 415-429, sobre «*Maternity Care*».

⁶⁴ Sobre la falta de codificación en el ordenamiento inglés de la legislación laboral y de seguridad social, véase MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, cit., página 32.

⁶⁵ Véase ARUFE VARELA, A., «Las estructuras normativas del derecho inglés de la seguridad social», en *Revista de la Seguridad Social*, número 5 (4º Trimestre 2015), páginas 176 y 177.

⁶⁶ Puede consultarse en <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>.

2006)⁶⁷, proporcionar «servicios o instalaciones para la atención de las mujeres embarazadas [*services or facilities for the care of pregnant women*]»⁶⁸. Como puede apreciarse, a diferencia de la Ley del Servicio Nacional de Salud de 6 de noviembre de 1946, no se menciona expresamente la atención sanitaria del parto de la mujer en casa, lo cual no quiere decir que se trate de una práctica prohibida o de una práctica no reconocida por el Sistema Nacional de Salud, al menos por las tres siguientes razones.

13. En primer lugar, no constituye una práctica prohibida porque así se desprende de la sección 269, apartado (4), de la Ley del Servicio Nacional de Salud de 2006, después de los cambios estéticos a los que tuvo que someterse en aplicación de la sección 284, apartado (3), de la Ley de Asistencia Sanitaria y Social de 2012. Tales cambios se refieren, en lo esencial, a la sustitución de la expresión «la Administración de Atención Primaria de la zona en la que el nacimiento tiene lugar [*the Primary Care Trust for the area in which the birth takes place*]» por la expresión «ese órgano u órganos pertinentes que puedan ser determinados de acuerdo con las normas [*such relevant body or bodies as may be determined in accordance with regulations*]». Dicha sección, que se refiere a los «Avisos especiales de nacimientos y defunciones [*Special notices of births and deaths*]», solamente establece que «toda persona que asista a la madre en el momento, o dentro de las seis horas después, del nacimiento [*any person in attendance upon the mother at the time of, or within six hours after, the birth*]» tiene el deber de comunicarlo a tales órganos⁶⁹, sin disponer al respecto ninguna prohibición o limitación en relación con el lugar del parto.

14. En segundo lugar, constituye una práctica regulada en cuanto a los profesionales que pueden intervenir. Y es que, salvo casos de repentina o urgente necesidad, las únicas personas que están habilitadas legalmente para asistir a una mujer en el parto son quienes tienen la condición de «matrona registrada [*registered midwife*]» o de médico registrado [*registered medical practitioner*], de acuerdo con la Orden de Enfermería y Obstetricia de 2001 [*The Nursing and Midwifery Order 2001 (SI 2002/253)*]⁷⁰, que así lo establece cuando trata de las «infracciones [*offences*]», entre las que figura la «Asistencia de personas no cualificadas en el parto [*Attendance by unqualified persons at childbirth*]»⁷¹. La actividad profesional de las matronas se ejerce siempre bajo la dirección y supervisión del Consejo de Enfermería y Obstetricia –o CEO– (*Nursing and Midwifery Council*) –o NMC– del Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte), cuya actuación también comprende la

⁶⁷ Puede consultarse en <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>.

⁶⁸ Véase su sección 3, apartado (1), letra d).

⁶⁹ Véase letra b) de la citada sección 269, apartado (4), de la Ley del Servicio Nacional de Salud.

⁷⁰ Localizable en el sitio web del Consejo de Enfermería y Obstetricia (*Nursing and Midwifery Council*) del Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte), en el enlace <http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/legislation/legislation-updated/nursing-and-midwifery-order-2001---consolidated-text-effective-from-11.12.2014.pdf>. Reparando sobre la falta de codificación en el ordenamiento jurídico inglés, el propio documento advierte ya en su encabezado de lo siguiente: «Texto no oficial consolidado. Efectivo a partir del 11 de diciembre de 2014. Este texto consolidado se ha elaborado para uso interno por el Consejo de Enfermería y Obstetricia. No es el texto oficial y los usuarios deben consultar la versión autorizada de la legislación con el fin de interpretar y aplicar la ley [*Unofficial consolidated text. Effective from 11 December 2014. This consolidated text has been produced for internal use by the Nursing and Midwifery Council. It is not the official text and users must consult an authorised version of the legislation for the purpose of interpreting and applying the law*]».

⁷¹ Véase sección 45, apartado (1).

aprobación de «Circulares [Circulars]»⁷² para orientar a dichas profesionales en el ejercicio de sus actividades y que confirman que la atención del parto de la mujer en casa está permitida, que es el caso –entre otras– de su Circular 8/2006 de 13 de marzo, sobre «Matronas y parto en Casa [Midwives and home birth]», en la que se contienen afirmaciones tales como que: 1) «la política del Gobierno en los cuatro países del Reino Unido es promover la elección de las mujeres en relación con su atención durante el embarazo y el lugar del parto [Government policy four countries of the UK is to promote choice for women in relation to their pregnancy care and place of birth]», y «esto incluye que se pueda acceder a la asistencia de una matrona para el parto en casa [this includes being able to access midwifery care for birth at home]»; 2) «las matronas son expertas en el parto normal y las normas del CEO requieren que sean competentes para apoyar a las mujeres a dar a luz normalmente en una variedad de entornos, incluyendo en el hogar [midwives are experts in normal birth and the NMC's standards require them to be competent to support women to give birth normally in a variety of settings including in the home]; y 3) «como miembro de una profesión auto-regulada, cada matrona es responsable del mantenimiento de su propia competencia [as a member of a self-regulating profession, each midwife is responsible for maintaining her own competence]», y «esto incluye cualquier actualización profesional en relación con la provisión de cuidados en el parto en casa [this includes any professional updating in relation to provision of care at a home birth]».

15. Y en tercer lugar, constituye una práctica reconocida y amparada por el propio Servicio Nacional de Salud, siempre sobre la base del respeto legal a la libertad de opción de la mujer capacitada para decidir⁷³. Y es que, además de reconocerse así expresamente por el citado Consejo de Enfermería y Obstetricia –«las mujeres tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre estas cuestiones si son competentes para hacerlo y las matronas tienen el deber de respetar la decisión de la mujer [women have the right to make their own decisions on these issues if they are competent to do so and midwives have a duty of care to respect a woman's choice]»⁷⁴–, el propio Servicio Nacional de Salud así lo reconocía expresamente en el año 2007, en un documento elaborado por su «Departamento de Salud [Department of Health]» con el título «Cuestiones de maternidad: La elección, el acceso y la continuidad de la atención en un servicio seguro [Maternity Matters: choice, access and continuity of care in a safe service]»⁷⁵, indicando que una de las «cuatro garantías de elección nacional [four

⁷² Pueden consultarse en <http://www.nmc.org.uk/standards/circulars-index>.

⁷³ Sobre la capacidad para decidir, que es consecuencia de la autonomía de la mujer para aceptar o rechazar el tratamiento en caso de maternidad, véase MONTGOMERY, J., *Health Care Law*, 2ª edición, cit., páginas 419-427. Analizando «autonomía y embarazo [autonomy and pregnancy]», véase MANSON MCLEAN, S.A., *Autonomy, Consent and the Law*, Routledge (Londres, 2010), páginas 128-154; y también HERRING, J., *Medical Law*, 2ª edición, Longman (Harlow, 2010), páginas 4-5 y 66-67.

⁷⁴ Véase la conclusión de su Circular sobre «Supporting Women in their Choice for Home Birth (Annexe 2. M/10/15)». Puede localizarse y consultarse acudiendo directamente al enlace http://www.nmc.org.uk/globalassets/siteDocuments/CouncilPapersAndDocuments/Committees/MC/14July2010/M_10_15_Annexe2SupportingWomenInTheirChoiceOfHomeBirth.pdf.

⁷⁵ Puede localizarse y consultarse acudiendo a la dirección siguiente: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digit_assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074199.pdf.

national choice guarantees]] que deben estar a disposición de la mujer⁷⁶ es la relativa precisamente a la «Elección del lugar de nacimiento [*Choice of place of birth*]]»⁷⁷. De acuerdo con ella, resulta que, «dependiendo de sus circunstancias, las mujeres y sus parejas podrán elegir entre tres opciones diferentes» [*depending on their circumstances, women and their partners will be able to choose between three different options*]], que son: «un parto en casa [*a home birth*]]»⁷⁸, un «parto en un establecimiento local, incluyendo un hospital, bajo el cuidado de una matrona [*birth in a local facility, including a hospital, under the care of a midwife*]]»⁷⁹, y «un parto en un hospital con el apoyo de un equipo de atención de maternidad local, incluyendo matronas, anestesistas y obstetras asesores [*birth in a hospital supported by a local maternity care team including midwives, anaesthetists and consultant obstetricians*]], siendo esta última «para algunas mujeres... la opción más segura [*for some women... the safest option*]]»⁸⁰.

16. En fin, sobre esta práctica no prohibida, regulada y reconocida oficialmente también se ha pronunciado el Instituto Nacional para la Salud y Atención de Excelencia (*National Institute for Health and Care Excellence*), que es el órgano público no departamental («*Non Departmental Public Body-NDPB*») responsable de proporcionar orientación para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo para ello guías y estándares de calidad para mejorar la salud y la asistencia social⁸¹. Y lo ha hecho en diciembre de 2014, a través de su guía clínica sobre «Atención durante el parto: el cuidado de las mujeres saludables y sus bebés durante el parto [*Intrapartum care: care of healthy women and their babies during*

⁷⁶ Las otras tres restantes garantías aluden a la «Elección de la forma de acceder a la atención de maternidad [*Choice of how to access maternity care*]]», a la «Elección de tipo de atención prenatal [*Choice of how to access maternity care*]]» y a la «Elección del lugar de atención postnatal [*Choice of place of postnatal care*]]».

⁷⁷ Véase su página 5. A tales efectos, en su página 12 se indica que «En su decisión, las mujeres tendrán que entender que su elección de lugar de nacimiento afectará a la elección del alivio del dolor disponible para ellos. Por ejemplo, la anestesia epidural sólo estará disponible en los hospitales donde hay un servicio de anestesia obstétrica 24 horas [*In making their decision, women will need to understand that their choice of place of birth will affect the choice of pain relief available to them. For example, epidural anaesthesia will only be available in hospitals where there is a 24hour obstetric anaesthetic service*]]».

⁷⁸ Véase su página 5. En su página 12 se aclara que es un «parto apoyado por una comadrona [*birth supported by a midwife*]]».

⁷⁹ Véase su página 5. En su página 12 se indica al respecto lo siguiente: «Parto apoyado por una matrona en una instalación local de obstetricia como una unidad de obstetricia local designada o centro de partos. La unidad podría estar basada en la comunidad, o en un hospital; los patrones de atención varían en todo el país para reflejar las diferentes necesidades locales. Estas unidades promueven una filosofía de trabajo y parto normal y natural. Las mujeres podrán elegir cualquier otra unidad de obstetricia en Inglaterra [*birth supported by a midwife in a local midwifery facility such as a designated local midwifery unit or birth centre. The unit might be based in the community, or in a hospital; patterns of care vary across the country to reflect different local needs. These units promote a philosophy of normal and natural labour and childbirth. Women will be able to choose any other available midwifery unit in England*]]».

⁸⁰ Véase su página 5. En su página 13 se reitera lo mismo, aunque señalando: «Parto apoyado por un equipo de maternidad en un hospital. El equipo puede incluir a matronas, obstetras, pediatras y anestesistas. Para algunas mujeres, este tipo de atención será la opción más segura, pero ellas también deben tener elección de hospital. Todas las mujeres podrán elegir cualquier hospital en Inglaterra [*birth supported by a maternity team in a hospital. The team may include midwives, obstetricians, paediatricians and anaesthetists. For some women, this type of care will be the safest option but they too should have a choice of hospital. All women will be able to choose any available hospital in England*]]».

⁸¹ Según se informa en su página web <http://www.nice.org.uk>. Concretamente en su apartado «About», al tratar las cuestiones sobre «Who we are» y «What we do».

childbirth]»⁸². Se trata de una guía clínica que ofrece asesoramiento sobre las mejores prácticas en la atención de las mujeres durante el trabajo de parto, recurriendo para ello a un total de dieciséis recomendaciones (*recommendations*), figurando en el grupo de las que se consideran «prioridades clave para ejecutar [*key priorities for implementation*]» precisamente la relativa al «lugar del parto [*place of birth*]»⁸³, que es la recomendación número 1⁸⁴, en la que se incide de nuevo sobre la posibilidad de «elegir el lugar del parto planificado [*choosing planned place of birth*]», al indicar que «las mujeres con bajo riesgo de complicaciones [*women at low risk of complications*]» pueden «elegir cualquier entorno de nacimiento (casa, unidad independiente de obstetricia, junto a unidad de obstetricia o unidad obstétrica) [*choose any birth setting (home, freestanding midwifery unit, alongside midwifery unit or obstetric unit)*]»⁸⁵, contando con el apoyo que necesitan para ello⁸⁶.

4. ALEMANIA

17. Desde luego, el estudio de la regulación legal de la atención sanitaria al parto en Alemania es notablemente diferente a la situación del Reino Unido que acaba de verse, al menos por las dos siguientes razones. En primer lugar, porque –desde un punto de vista metodológico– Alemania, a diferencia del Reino Unido, tiene su legislación de seguridad social codificada, resultando ser una tarea fácil encontrar su Código de Seguridad Social (*Sozialgesetzbuch–SGB*) de manera gratuita y en versión consolidada en Internet, a través de la web administrada para tales efectos por el Ministerio federal de Justicia y de Protección de los Consumidores (*Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz*), que es <http://www.gesetze-im-internet.de>⁸⁷. Y en segundo lugar, porque –desde el punto de vista de la regulación legal, como a continuación se podrá comprobar– en Alemania no hay que recurrir a la interpretación para la elaboración de argumentos jurídicos con cierta consistencia ni rebuscar en documentos oficiales de las Administraciones públicas competentes, que es lo que sucede en el caso del Reino Unido, para acabar concluyendo que la atención sanitaria de la mujer embarazada cubre también su derecho de dar a luz en lugares diferentes –no estrictamente hospitalarios, como puede ser el propio hogar– y con la asistencia profesional de una matrona.

18. De acuerdo con la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania (*Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*) de 23 de mayo de 1949⁸⁸, «Toda Madre tiene Derecho a la Protección y a la Asistencia por parte de la Comunidad [*Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft*]»⁸⁹. En el caso de su derecho a la protección y asistencia sanitarias, hay que indicar que se trata de una de las materias que

⁸² Puede consultarse en <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>, sin perjuicio de acudir también a la información que se contiene en <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence>.

⁸³ Véase la página 7 de esta guía clínica.

⁸⁴ Algo extensa en su contenido y que ocupa las páginas 9 a 20 de la guía clínica.

⁸⁵ Véase el apartado 1.1.2 de la Recomendación en cuestión, que figura en la página 9 de la guía clínica.

⁸⁶ Al indicarse en el propio apartado 1.1.2 de esta Recomendación lo siguiente: «and support them in their choice of setting wherever they choose to give birth».

⁸⁷ Según se informa en la propia web, se trata de «un Proyecto conjunto con juris GmbH [*einem gemeinsamen Projekt mit der juris GmbH*]».

⁸⁸ Puede consultarse en <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>.

⁸⁹ Véase su artículo 6, apartado (4).

forman parte del ámbito de la llamada «Legislación Concurrente [*konkurrierende Gesetzgebung*]» –por integrarse en ella «el Derecho del Trabajo, incluyendo la Organización de la Empresa, la Protección del Trabajo y las Oficinas de Colocación, así como la Seguridad Social con inclusión del Seguro de Desempleo» [*das Arbeitsrecht einschließlich der Betriebsverfassung, des Arbeitsschutzes und der Arbeitsvermittlung sowie die Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung*]⁹⁰–, algo que no ha impedido que la Federación haya hecho uso mediante ley de su competencia para legislar sobre estas concretas materias⁹¹. Esto explica que la regulación legal de la atención sanitaria de la mujer embarazada se encuentre en la «obra legislativa monumental» que es el Código de la Seguridad Social⁹², y concretamente, en su Libro V, relativo al «Aseguramiento legal de la Enfermedad [*Gesetzliche Krankenversicherung*]».

19. De todos sus «parágrafos [*paragrafen*]» –equivalentes a los «artículos [*articles*]» franceses o a las «secciones [*sections*]» británicas y representados por el símbolo «§»–, interesan esencialmente ocho. Por una parte, están los siete que forman la serie que se inicia con el parágrafo §24c [sobre «Prestaciones de Embarazo y Maternidad (*Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft*)»] y que continua –precisamente con el fin de desarrollar lo indicado en el citado parágrafo §24c– con los parágrafos §24d [sobre «Asistencia Médica y Ayuda de Matronas (*Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe*)»], §24e [sobre «Suministro de Medicamentos, Apósitos, y Ayudas Médicas (*Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln*)»], §24f [sobre «Parto (*Entbindung*)»], §24g [sobre «Cuidados en el Hogar (*Häusliche Pflege*)»], §24h [sobre «Ayuda Doméstica (*Haushaltshilfe*)»] y §24i [sobre «Prestación económica por Maternidad (*Mutterschaftsgeld*)»]. Y por otra parte, está el parágrafo §134a [sobre «Provisión de la Ayuda de Matronas (*Versorgung mit Hebammenhilfe*)»], cuya finalidad no es otra que la de regular todo lo relacionado con la asistencia de matronas al embarazo y parto de la mujer, incluyéndose aquí también lo que se refiere al pago de los honorarios por dicha asistencia⁹³.

20. A los efectos que aquí interesan, son tres las consideraciones que se pueden realizar siempre a propósito de esta regulación, la primera de las cuales se refiere al hecho de que se trata de una regulación novedosa, puesto que –en el caso de los siete parágrafos que conforman la serie que se inicia en el parágrafo §24c y que concluye en el parágrafo §24i⁹⁴–

⁹⁰ Véase artículo 74, apartado (1), punto 12.

⁹¹ Según los artículos 70 y 72 de la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania, en el ámbito de la «legislación concurrente» los *Länder* tienen la facultad de legislar mientras y en la medida que la Federación no haya hecho uso mediante ley de su competencia legislativa.

⁹² Véase MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, cit., página 20. Y lo es, al ser doce los Libros que lo componen, todos ellos de «contenido eminentemente sustantivo, puesto que su núcleo duro viene conformado por la regulación al detalle del aseguramiento legal de los distintos riesgos y contingencias, aunque lógicamente también hay espacio para la regulación de los aspectos instrumentales de la protección» (*ibidem*).

⁹³ La regulación de la profesión de las matronas y las condiciones que deben tener en cuenta en la realización de su actividad profesional se encuentra en la Ley de la Profesión de Matrona y Enfermera Obstétrica (Ley de Matronas) [*Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG)*], de 4 de junio de 1985. Puede localizarse y consultarse en la dirección http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985.

⁹⁴ Para un estudio más detallado y comentado de los mismos, véanse SODAN, H. (Editor), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, 2ª edición, C.H. Beck (München, 2014), páginas 726 y siguientes; BECKER, U. y KINGREEN, T. (Editores), *SGV V. Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar*, 4ª edición, C.H. Beck (München, ...)

su presencia en el Libro V del Código de la Seguridad es muy reciente (octubre de 2012)⁹⁵, siendo su incorporación consecuencia de la aprobación de la Ley de Reajuste del Seguro de Dependencia [Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz–PNG)] de 23 de octubre de 2012⁹⁶, en virtud de lo dispuesto en su artículo 3, precisamente sobre «Modificación del Libro Quinto del Código de la Seguridad Social [Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch]»⁹⁷. La segunda se refiere al hecho de que la atención sanitaria de la mujer embarazada cubre también la asistencia al «Parto [Entbindung]», al indicar el parágrafo §24f que «La Asegurada tiene Derecho a un Parto residencial y no residencial [Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung]»⁹⁸. Y la tercera alude precisamente al derecho que tiene la mujer embarazada de elegir el lugar que ella considere más apropiado para dar a luz –incluyendo su propio hogar, que es el «Parto en Casa [Hausgeburt]»– y siempre atendida por profesionales, en la medida en que el citado parágrafo §24f así lo reconoce cuando establece que «La Asegurada puede dar a luz como no residencial en un Hospital, en una Instalación supervisada por una Matrona o una Enfermera Obstétrica, en una Instalación supervisada por Médicos, en una Clínica de Matronas o en el marco de un Parto en Casa [Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden]»⁹⁹.

5. EL DERECHO HUMANO DE LA MUJER EMBARAZADA A ELEGIR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE DESEA SER MADRE Y EL MARGEN DE APRECIACIÓN DE LOS ESTADOS EN LA REGULACIÓN DE ESTA CUESTIÓN CUANDO SE TRATA DEL PARTO EN CASA, SEGÚN EL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

21. En fin, la existencia de modelos diferentes de atención sanitaria al parto, cada uno de ellos con su correspondiente régimen jurídico, también ha sido objeto de análisis por parte del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en pleitos promovidos por mujeres que deseaban dar a luz en sus casas y que, al encontrarse con limitaciones para ello en sus respectivos Estados, consideraban que había una vulneración del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Concretamente, se alegaba la infracción del artículo 8 del citado Convenio, relativo al «derecho al respecto a la vida privada y familiar», según el cual «toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia» (apartado 1), y «no podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad

2014), páginas 202 y siguientes; y BERCHTOLD, J., HUSTER, S. y REHBORN, M. (Editores), *Gesundheitsrech. SGB V. SGB XI, Nomos* (Baden, 2015), páginas 294 y siguientes.

⁹⁵ Sobre la regulación anteriormente existente, véase KREIKEBOHM, R., SPELLBRINK, W. y WALTERMANN, R. (Editores), *Kommentar zum Sozialrecht. EWG-VO 1408/71, SGB I bis SGB XII, SGG, BAFöG, BEEG, WoGG*, Verlag C.H. Beck (München, 2009), páginas 1064-1068.

⁹⁶ *Bundesgesetzblatt Jahrgang*, parte I, número 51, de 29 de octubre de 2012. Puede verse también en <http://www.uni-heidelberg.de/md/bfc/familie/2013-pflege-neuausrichtungsgesetz.pdf>.

⁹⁷ Véase su apartado 6.

⁹⁸ Véase su inciso primero.

⁹⁹ Véase su inciso segundo.

nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás» (apartado 2). Y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado al respecto, al menos, en dos ocasiones, indicando que la «vida privada» a que alude el citado artículo 8 incluye aspectos de la identidad física y social de la persona, como el derecho a que se respete su decisión de tener hijos o no, del que se deriva el derecho a elegir las circunstancias para ello; que no había una posición común entre los Estados sobre el parto en casa; y que en estos casos los Estados tienen cierto margen de actuación para la regulación de esta concreta cuestión.

22. La primera ocasión fue en su Sentencia de 14 de diciembre de 2010, dictada en el asunto *Ternovszky* contra Hungría¹⁰⁰. Se trata de un caso en el que la demandante, que quería dar a luz en su casa y asistida por una matrona¹⁰¹, alegaba que no podía hacerlo por causa de que la legislación de su País sobre el parto en casa era «ambigua»¹⁰² y daba pie –vistos otros casos anteriores semejantes al suyo, en que se habían impuesto sanciones– para penalizar a los profesionales de la salud que la asistiesen¹⁰³, de modo que los riesgos de sanciones disuadían a dichos profesionales de intervenir y le impedían a ella beneficiarse de una asistencia profesional adecuada, a diferencia de las mujeres que deseaban dar a luz en una institución hospitalaria¹⁰⁴. Sobre la base de que en la demanda se sostenía que había una injerencia discriminatoria en su derecho al respeto de la vida privada¹⁰⁵, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos acabó concluyendo –por seis votos contra uno– que había una vulneración del citado 8 del Convenio, porque: 1) el derecho a la vida privada y familiar abarca el derecho a que se respete tanto la decisión de ser o no ser madre o padre como la decisión acerca de las circunstancias en que se desea ser padre o madre, y las circunstancias de dar a luz forman parte indudablemente de la vida privada a los efectos de dicho artículo¹⁰⁶; 2) en el contexto del parto en casa, considerada como una cuestión de elección personal, la madre tiene derecho a un entorno legal e institucional que permita su elección, y el derecho de elección aquí debe suponer la seguridad jurídica de que la elección es legal y no está sujeta directa o indirectamente a sanciones¹⁰⁷; y 3) aunque no se le había impedido a la demandante dar a luz específicamente en su casa¹⁰⁸, la legislación adolecía de inseguridad jurídica, podía dar lugar a arbitrariedades y disuadía a los profesionales de proveer la asistencia requerida, limitándose con ello las opciones a elegir por parte de futuras madres como la demandante¹⁰⁹.

23. Y la segunda ocasión fue en su Sentencia de 11 de diciembre de 2014, dictada en el asunto *Dubská y Krejzová* contra la República Checa¹¹⁰. Aquí, se trata de un caso en el que dos demandantes no pudieron contar con la asistencia de una matrona para sus

¹⁰⁰ Puede consultarse en [http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102254#{%22itemid%22:\[%22001-102254%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102254#{%22itemid%22:[%22001-102254%22]}).

¹⁰¹ Véase su apartado 6.

¹⁰² Véase su apartado 12.

¹⁰³ Véase su apartado 6.

¹⁰⁴ Véase su apartado 3.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ Véase su apartado 22.

¹⁰⁷ Véase su apartado 24.

¹⁰⁸ Véase su apartado 22.

¹⁰⁹ Véase su apartado 26.

¹¹⁰ Puede localizarse en [http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-148632#{%22itemid%22:\[%22001-148632%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-148632#{%22itemid%22:[%22001-148632%22]}).

respectivos partos en casa¹¹¹, razón por la que también entendían que había una prohibición legal que suponía una interferencia en el derecho al respecto de sus vidas privadas en condiciones no permitidas por el citado artículo 8 del Convenio¹¹². Visto el concepto amplio de vida privada del artículo 8 (incluido el derecho a la autonomía personal y a la integridad física y psicológica), el Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera que la imposibilidad legal de que las demandantes fuesen atendidas por matronas para dar a luz en sus casas supone una injerencia en su derecho al respeto de su vida privada¹¹³, pero –con todo– concluye que dicha injerencia estatal es una de las permitidas en el apartado 2 del citado artículo 8¹¹⁴, que persigue un fin legítimo –proteger la salud y seguridad del recién nacido durante y después del parto y, al menos indirectamente, las de la madre¹¹⁵–, al considerar que, además de su vulnerabilidad física, los recién nacidos son totalmente dependientes de las decisiones tomadas por otros, lo que justifica una fuerte implicación por parte del Estado¹¹⁶, aparte la circunstancia de que los partos en casa no suscitan una opinión común entre los Estados miembros del Consejo de Europa e implican consideraciones políticas sociales y económicas generales del Estado, incluyendo la asignación de recursos financieros para ello¹¹⁷; razón por la que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos entiende que el margen de apreciación por parte del Estado tiene que ser amplio en la regulación de esta materia y que no hay tal vulneración¹¹⁸. Y para llegar a dicho fallo –con seis votos a favor y uno en contra–, el Tribunal tuvo que proceder previamente tanto al estudio comparado de la situación legal existente en treinta y dos de los cuarenta y siete Estados miembros del Consejo de Europa¹¹⁹, como al análisis de las investigaciones médicas más relevantes publicadas sobre la seguridad del parto en casa¹²⁰, que fue lo que le permitió concluir en el caso analizado que no existe un consenso europeo en la materia¹²¹.

¹¹¹ Véanse sus apartados 7-14, en relación con la demanda de la Señora *Dubská*, y 15-21, en relación con la demanda de la Señora *Krejzová*.

¹¹² Véase su apartado 69.

¹¹³ Véase su apartado 78.

¹¹⁴ Véase su apartado 86, inciso segundo.

¹¹⁵ Véase su apartado 86, inciso primero.

¹¹⁶ Véase su apartado 93, inciso segundo.

¹¹⁷ Véase su apartado 93, inciso tercero.

¹¹⁸ Véase su apartado 93, inciso cuarto. Por ello, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera –habida cuenta de todas las circunstancias del caso y teniendo en cuenta que no existe un consenso europeo en la materia–, que en la adopción y aplicación de la política en vigor en el momento de los hechos relativos a los partos en casa, las autoridades de la República Checa no superan el amplio margen de apreciación otorgada, ni alteran el equilibrio justo que se requiere entre los intereses en conflicto (véase el apartado 101 de la Sentencia).

¹¹⁹ Según el apartado 60 de la Sentencia, dieciséis Estados miembros permiten expresamente el parto en casa bajo ciertas condiciones (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Liechtenstein, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y el Reino Unido). Y según el apartado 61, hay otros dieciséis Estados miembros en los que la cuestión del parto en casa no está regulada expresamente por la ley (Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Estonia, Finlandia, Georgia, Lituania, Malta, Montenegro, Rumanía, Rusia, Eslovenia, España, la ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía y Ucrania), con el matiz de que: 1) en Estonia, Finlandia, Malta, España y Turquía se tolera; 2) en Estonia y Eslovenia, se estudia la modificación de la legislación para permitirlo; y 3) en Croacia, Lituania y Ucrania pueden imponerse sanciones.

¹²⁰ Véanse sus apartados 62-67, en que se da cuenta de los resultados científicos en Estados Unidos, Canadá, Holanda, Suiza y Reino Unido.

¹²¹ Véase su apartado 101, inciso primero.

6. BIBLIOGRAFÍA CITADA

ARUFE VARELA, A., «Las estructuras normativas del derecho inglés de la seguridad social», en *Revista de la Seguridad Social*, número 5 (4º Trimestre 2015).

BECKER, U. y KINGREEN, T. (Editores), *SGV V. Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar*, 4ª edición, C.H. Beck (München, 2014).

BERCHTOLD, J., HUSTER, S. y REHBORN, M. (Editores), *Gesundheitsrech. SGB V. SGB XI*, Nomos (Baden, 2015).

CARRIL VÁZQUEZ, X.M., «Derechos de la mujer embarazada en la regulación legal de la asistencia sanitaria por maternidad», en FARALDO CABANA, P. (Directora) y LÓPEZ ARRANZ M.A. y MILLOR ARIAS, M.P. (Coordinadoras), *Cuestiones actuales sobre el trabajo de la mujer y su protección social*, Tirant lo Blanch (Valencia, 2010).

CARRIL VÁZQUEZ, X.M., «Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad», en LÓPEZ VILLAR, C. (Coordinadora), *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*, Universidade da Coruña (A Coruña, 2011)

COESTER-WALTJEN, D., *Mutterschutz in Europa. Der Schutz der erwerbstätigen Frauen während der Schwangerschaft und der Mutterschaft in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften*, J. Schweitzer Verlag (München, 1986).

COUR DE COMPTES, *La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Septembre 2011* (Paris, 2011)

CHAUCHARD, J.-P., *Droit de la Sécurité Sociale*, 4ª edición, Librairie générale de droit et de jurisprudence (Paris, 2005).

DEPARTMENT OF HEALTH, *Maternity Matters: choice, access and continuity of care in a safe service*, DH Publications Orderline (Londres, 2007).

DUPEYROUX, J.J., BORGETTO, M., LAFORE, R. y RUELLAN, R., *Droit de la sécurité sociale*, 15ª edición, Dalloz (Paris, 2005).

GEORGE, V., *Social Security: Beveridge and after*, Routledge and Kegan Paul Ltd (London, 1968).

HERRING, J., *Medical Law*, 2ª edición, Longman (Harlow, 2010).

KESSLER, F., *Droit de la protection sociale*, 2ª edición, Dalloz (Paris, 2005)

KREIKEBOHM, R., SPELLBRINK, W. y WALTERMANN, R. (Editores), *Kommentar zum Sozialrecht. EWG-VO 1408/71, SGB I bis SGB XII, SGG, BAFöG, BEEG, WoGG*, Verlag C.H. Beck (München, 2009)

MANSON MCLEAN, S.A., *Autonomy, Consent and the Law*, Routledge (Londres, 2010).

MARTÍNEZ GIRÓN, J. y ARUFE VARELA, A., *Fundamentos de Derecho comunitario y comparado, europeo y norteamericano, del Trabajo y de la Seguridad Social. Foundations on Community and Comparative, European and North American, Labor and Social Security Law*, 2ª edición, Netbiblo (A Coruña, 2010).

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

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

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, National Institute for Health and Care Excellence (London, 2014).

ROBSON, W.A., «The National Insurance Act, 1946», en *The Modern Law Review*, Volumen 10, número 2 (abril, 1947).

SODAN, H. (Editor), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, 2ª edición, C.H. Beck (München, 2014).