

CONSENTIMIENTO, AUTONOMÍA Y DAÑO: CLAVES CIVILES PARA EL ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA¹

Informed consent, autonomy and civil liability
in childbirth: rethinking obstetric violence in Spain

GIULIA GIOVANNINI
Universidad de Barcelona
giulia.giovannini@ub.edu

Cómo citar/Citation

Giovannini, Giulia (2026).

Consentimiento, autonomía y daño: claves civiles
para el análisis de la violencia obstétrica en España.

Derecho Privado y Constitución, 48, 15-54.

doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/dpc.48.01>

(Recepción: 15/3/2026; aceptación tras revisión: 13/4/2026; publicación: 15/6/2026)

Resumen

El presente trabajo analiza la violencia obstétrica desde la perspectiva del derecho civil español, atendiendo a su progresiva visibilización en el ámbito internacional, normativo y jurisprudencial. Tras examinar los estándares desarrollados por organismos internacionales y su recepción parcial en el ordenamiento español, a través tanto de la legislación estatal como de diversas normas autonómicas, el estudio se centra en la evolución de la jurisprudencia reciente. En particular, se analiza el contraste entre la doctrina del Tribunal Constitucional, 66/2022 y 11/2023, basada en la ponderación entre la autonomía de la gestante y la protección del *nasciturus*, y la Sentencia del Tribunal Supremo 15/2026, que refuerza la centralidad del consentimiento informado y reconoce la relevancia jurídica del plan de parto. A partir de este análisis, se

¹ El presente trabajo fue parcialmente patrocinado por la beca de investigación financiada por la Fundació Víctor Grífols i Lucas otorgada a las investigadoras Laura Esteve Alguacil y Giulia Giovannini en octubre de 2023 y que llevaba por título «Los derechos de las mujeres gestantes: entre expectativa y realidad. Un estudio jurídico sobre la violencia obstétrica».

propone una reconstrucción civil de la tutela frente a la violencia obstétrica basada en la protección efectiva de la autonomía reproductiva y en la reparación del daño moral derivado de su vulneración.

Palabras clave

Violencia obstétrica; consentimiento informado; autonomía personal; responsabilidad civil médica; jurisprudencia española.

Abstract

This article examines obstetric violence from the perspective of Spanish civil law, focusing on the legal implications of violations of informed consent during childbirth. After reviewing the international human rights standards developed by international bodies and their partial reception within the Spanish legal framework, the study analyses the recent evolution of case law. Particular attention is paid to the different approaches adopted by the Constitutional Court and the Supreme Court in conflicts between maternal autonomy and the protection of the *nasciturus*. While constitutional case law has generally relied on a balancing approach favouring urgent protection of fetal interests, the Supreme Court's judgment of 13 January 2026 strengthens the role of informed consent and recognises the legal relevance of birth plans in assessing civil liability. The article argues that Spanish civil law could provide an adequate framework to address obstetric violence, especially if greater attention is given to the protection of reproductive autonomy and to the recognition of moral harm arising from violations of informed consent.

Keywords

Obstetric violence; informed consent; personal autonomy; medical civil liability; Spanish case law.

SUMARIO

I. INTRODUCCIÓN. LA EMERGENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA JURÍDICO ESTRUCTURAL. II. DEFINICIÓN JURÍDICA Y MANIFESTACIONES EMPÍRICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. III. LOS DICTÁMENES DEL COMITÉ CEDAW CONTRA ESPAÑA. IV. MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE AUTONOMÍA DE LA GESTANTE, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y POSITIVIZACIÓN DEL TÉRMINO «VIOLENCIA OBSTÉTRICA»: 1. Normativa en materia de consentimiento en el ámbito sanitario. 2. Normativa estatal y autonómica en materia de salud sexual y reproductiva. V. LA PROGRESIVA JUDICIALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA. VI. EL CONTROL CONSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: EL CASO OVIEDO (SSTC 66/2022 y 11/2023). VII. RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA Y DAÑO DERIVADO DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: 1. La STS 15/2026, de 13 de enero: pérdida de oportunidad y cuantificación del daño. 2. El plan de parto: ¿un documento vinculante? VIII. AUTONOMÍA DE LA GESTANTE Y POSIBLES LÍMITES DE RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS. IX. PROPUESTAS INTERPRETATIVAS Y CONCLUSIONES: HACIA UNA RECONSTRUCCIÓN CIVIL DE LA TUTELA FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. *BIBLIOGRAFÍA.*

I. INTRODUCCIÓN. LA EMERGENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA JURÍDICO ESTRUCTURAL

La violencia obstétrica (VO) se ha configurado progresivamente como una categoría jurídica destinada a visibilizar un conjunto de prácticas sanitarias que afectan de manera específica a las mujeres durante su vida, pero con especial énfasis durante el embarazo, el parto y el puerperio, y cuya lesividad no ha sido adecuadamente captada por los marcos tradicionales del derecho sanitario ni del derecho civil. Su progresiva incorporación al debate jurídico no responde a una innovación terminológica coyuntural ni a una estrategia retórica, sino a la constatación reiterada de que determinados daños producidos en el ámbito obstétrico han quedado históricamente neutralizados, invisibilizados o reinterpretados como meras contingencias técnicas inherentes al acto médico.

Desde una perspectiva histórica, el concepto de VO se desarrolla inicialmente en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho comparado latinoamericano, donde llega a adquirir reconocimiento

normativo expreso². La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desempeñado un papel central en este proceso al identificar el trato irrespetuoso y abusivo durante el parto como un problema de salud pública y de derechos humanos, subrayando su carácter estructural y su vinculación con la discriminación por razón de género (OMS, 2014: 1-4).

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha contribuido igualmente a la consolidación del concepto, al integrar la VO dentro del marco más amplio de la violencia contra las mujeres basada en el género. En sus Recomendaciones Generales, el Comité de la CEDAW ha señalado que determinadas prácticas médicas coercitivas o no consentidas en el ámbito reproductivo constituyen una forma de violencia institucional que compromete la responsabilidad internacional de los Estados (CEDAW, 2017: 7-8).

En el ámbito europeo, el Parlamento Europeo ha reconocido expresamente la VO como una manifestación de la violencia de género, instando a los Estados miembros a adoptar medidas de prevención, formación y reparación (Parlamento Europeo, 2024: 100-105). No obstante, este reconocimiento no se ha traducido en una armonización normativa ni en la introducción de una definición jurídica uniforme en los ordenamientos internos. La ausencia de una tipificación expresa ha favorecido una aproximación casuística, en la que los conflictos derivados de prácticas obstétricas lesivas se reconducen a categorías jurídicas ya existentes, como la mala praxis médica, la falta de consentimiento informado o la vulneración de derechos fundamentales.

La explicación de esta persistencia parece encontrarse, en buena medida, en un sustrato histórico y cultural profundamente arraigado, en el que la autoridad médica ha ocupado tradicionalmente una posición incuestionada en la toma de decisiones relativas al cuerpo de las mujeres³. La configuración moderna de la atención obstétrica se ha desarrollado en un contexto marcado por la progresiva medicalización del parto, entendida no solo como un proceso de tecnificación asistencial, sino también como un desplazamiento de la experiencia del parto desde el ámbito vital y relacional hacia un espacio dominado por saberes expertos y jerarquías institucionales.

² Véase *infra*, § II.

³ Massó Guijarro (2023: 7) analiza cómo la VO se inscribe en una relación conflictiva entre saber médico dominante y experiencias de las mujeres, revelando tensiones de poder en la producción de conocimiento sobre el parto. Lo mismo opinan Rodríguez y Martínez (2021: 211), pues los autores destacan cómo la medicalización injustificada y el trato paternalista institucionalizado configuran prácticas que vulneran los derechos a la autonomía y a la dignidad de las mujeres.

Como se ha mencionado, en el contexto español, la ausencia de una categoría jurídica explícita que permita nombrar y conceptualizar estas prácticas ha favorecido su reconducción a figuras jurídicas fragmentarias, como la mala praxis médica, el defecto de consentimiento informado o la responsabilidad patrimonial. El derecho civil, llamado a proteger la autonomía personal y a reparar las lesiones de los derechos de la personalidad, se enfrenta así a un desafío interpretativo de primer orden: determinar si sus categorías clásicas pueden seguir aplicándose sin revisión crítica en un ámbito caracterizado por relaciones de poder profundamente asimétricas.

Este artículo se propone analizar, desde una perspectiva estrictamente jurídica y con especial atención al derecho civil, cómo pueden aplicarse o reinterpretarse las categorías de consentimiento, autonomía y daño frente a la fenomenología de la VO. La tarea exige integrar doctrina española e internacional, la jurisprudencia constitucional y civil, así como pronunciamientos internacionales como los del Comité de la CEDAW. No se trata de añadir una nueva definición al debate, sino de interrogar sobre el andamiaje conceptual que sostiene la responsabilidad jurídica en España y las razones por las que los estereotipos de género han permeado históricamente la valoración judicial de estos casos.

II. DEFINICIÓN JURÍDICA Y MANIFESTACIONES EMPÍRICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Aunque no existe una definición jurídica unívoca de la VO, la literatura internacional y los informes de organismos multilaterales coinciden en caracterizarla como un conjunto de prácticas y omisiones producidas en el marco de la atención obstétrica y ginecológica que generan un daño físico, psicológico o moral a las mujeres, y que se encuentran estrechamente vinculadas a dinámicas estructurales de desigualdad de género (O'Brien y Rich, 2022: 2183; Williams *et al.*, 2018: 1208; Williams y Meier, 2019: 9). El término fue acuñado en el ámbito de los movimientos feministas latinoamericanos (*ibid.*). Argentina fue el primer país en regular el tratamiento adecuado durante el parto en 2004⁴; Venezuela es citado frecuentemente como el primero en usar el término «violencia obstétrica» en su sistema legal en 2007⁵ y, el mismo año,

⁴ Ley 25929/2004, sobre el parto humanizado, y, posteriormente, Ley 26.485/2009, de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

⁵ LO sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (*Gaceta Oficial*, núm. 38.668, de 23 de abril de 2007).

México también promulgó una ley federal para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia⁶. Sucesivamente, otros países latinoamericanos han seguido el ejemplo incorporando este concepto en sus sistemas jurídicos (Díaz y Fernández, 2018: 135).

Posteriormente fue utilizado de forma expresa por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas y por la relatora especial sobre la violencia contra la mujer (Human Rights Council, 2016: 21; Šimonović, 2019: 4). Según el informe, la VO encaja perfectamente con la definición de discriminación contra las mujeres que la CEDAW define en su propio art. 1 (Esteve Alguacil, 2026: 3).

Un estudio de referencia en España pone de manifiesto que el 38,3 % de las mujeres entrevistadas percibió haber sufrido VO (Mena-Tudela *et al.*, 2020: 6; Iglesias *et al.*, 2019: 80), mientras que el 44,4 % afirmó haber sido sometida a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, en un 83,4 % de los casos sin consentimiento informado (Mena-Tudela *et al.*, 2020: 6).

Entre estas prácticas destaca la maniobra de Kristeller, consistente en la presión manual sobre el fondo uterino durante la fase expulsiva, desaconsejada por la OMS por los riesgos que comporta y, sin embargo, aún utilizada en contextos asistenciales. En España, se estima que esta intervención se aplica en el 34,2 % de los partos, junto con la episiotomía en un 39,3 % (Mena-Tudela *et al.*, 2021a: 4), frecuentemente sin información previa ni consentimiento de la gestante (Alonso *et al.*, 2014: 13-15; Da Silva y Santana, 2017: 77). La literatura ha identificado esta última, especialmente cuando se realiza de forma rutinaria, como una práctica paradigmática de medicalización innecesaria del parto (Jurado y Baena, 2021: 45).

En la misma línea, el uso inadecuado de instrumentos como fórceps o ventosas, así como la inmovilización de la mujer sin indicación clínica, ha sido descrito como manifestación de VO cuando implica restricciones desproporcionadas de la autonomía corporal y genera daños evitables (Da Silva y Santana, 2017: 77).

Cabe subrayar la escasez de estudios que, además de identificar prácticas concretas, analicen de manera sistemática qué profesionales sanitarios aparecen con mayor frecuencia implicados, en qué momentos del proceso reproductivo se producen estas situaciones y en qué ámbitos asistenciales se concentran. En el caso español, los datos disponibles muestran que el espacio hospitalario constituye el ámbito en el que con mayor frecuencia se identifican situaciones de VO (Mena-Tudela *et al.*, 2021b: 4-5). Aunque estas prácticas pueden producirse

⁶ DO de la Federación del 1 de febrero de 2007, reformado en 2024 (DOF, 16-12-2024).

durante el embarazo, el parto o el posparto, las mujeres encuestadas señalan el momento del parto como el episodio en el que se registran con mayor intensidad (*ibid.*). Una vez más, entre los hallazgos más relevantes destacan la falta de información y de consentimiento informado (74,2 %) y la presencia de críticas o comentarios despectivos sobre el comportamiento de la mujer durante el proceso asistencial (87,6 %). En este contexto, los profesionales sanitarios que aparecen con mayor frecuencia vinculados a estas experiencias son las matronas y el personal especialista en ginecología y obstetricia (*ibid.*).

Respecto de la dimensión psicológica y emocional de la VO, varias autoras han documentado la relación entre experiencias de parto marcadas por el trato humillante, la intimidación o la desvalorización y la aparición de depresión posparto y trastornos de estrés postraumático, destacando que estos daños no pueden considerarse secundarios o accesorios, sino que forman parte del núcleo mismo de la lesión sufrida (Robles y Jódar, 2024: 75). Comentarios despectivos sobre el comportamiento de la mujer durante el parto, burlas relativas a su cuerpo, y reproches por expresar dolor o miedo, así como la infantilización sistemática del lenguaje, constituyen prácticas que erosionan la dignidad personal y refuerzan la posición subordinada de la gestante.

La VO se manifiesta, asimismo, a través de amenazas explícitas o implícitas dirigidas a condicionar la voluntad de la mujer, presentando determinadas intervenciones como inevitables o como únicas opciones posibles para evitar daños al feto (Frías y Castro, 2024: 3503). Uno de los ámbitos donde la VO se expresa con mayor claridad es, precisamente, en la omisión de información relevante y en la degradación del consentimiento informado a un mero trámite formal. Numerosos estudios coinciden en señalar que la información proporcionada a las mujeres sobre los riesgos, beneficios y alternativas de las intervenciones obstétricas suele ser incompleta, confusa o tardía, lo que impide una toma de decisiones verdaderamente libre y consciente (Da Silva y Santana, 2017: 79).

Especial relevancia adquiere la separación injustificada de la madre y el recién nacido tras el parto, práctica que interrumpe el contacto piel con piel inmediato y cuyos efectos negativos han sido ampliamente documentados (Zaballos Zurilla, 2025: 95).

Finalmente, la VO adopta formas particularmente graves cuando se entrecruza con dinámicas de discriminación y trato deshumanizado. Comentarios racistas, xenófobos, gordofóbicos o transfóbicos, la falta de respeto a la intimidad corporal, el uso de la tercera persona para referirse a la mujer presente o la negación sistemática de su identidad y preferencias han sido documentados como prácticas que profundizan la desigualdad estructural y agravan el impacto lesivo de la atención obstétrica (Castro Fernández, 2025:

138). Estas conductas se intensifican cuando concurren distintos ejes de vulnerabilidad interseccional (*ibid.*), como el origen migrante, la situación socioeconómica o determinadas condiciones corporales o identitarias (Brigidi, 2025: 80-81).

A estos factores deben añadirse, sin embargo, la discapacidad y la minoría de edad de la gestante (Ortiz Fernández, 2025: 286). Ambas situaciones operan como factores de vulnerabilidad cualificada que incrementan el riesgo de sustitución de la voluntad y de degradación del estándar reforzado de consentimiento informado exigible en el ámbito obstétrico.

Otro ejemplo particularmente ilustrativo de estas dinámicas se produjo durante la pandemia de COVID-19. En el marco de las medidas adoptadas para contener la propagación del virus, numerosos centros hospitalarios en España restringieron temporalmente la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto. En marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad estableció la prohibición del acceso de las parejas o acompañantes a las salas de parto como medida preventiva frente al contagio, situación que se prolongó durante varios meses y cuyas instrucciones no se actualizaron hasta mayo de 2022 (Esteve Alguacil, 2026: 6; Paris y Gracia, 2021: 41-42; Ferrándiz Mares *et al.*, 2023: 3). La evidencia científica puso de relieve que la limitación de la presencia de acompañantes durante el parto se asocia a mayores niveles de estrés agudo y percepción del dolor, así como a un incremento de los ingresos neonatales en unidades de cuidados intensivos (Goldstein *et al.*, 2022: 3; Mayopoulos *et al.*, 2021: 7).

Desde el punto de vista jurídico, todas estas manifestaciones comparten un elemento estructural común: la negación efectiva de la autonomía corporal y decisoria de la mujer en un contexto asistencial caracterizado por relaciones de poder asimétricas y por una tradición médica que ha operado históricamente como instancia última de legitimidad. Precisamente por ello, la VO no puede ser comprendida adecuadamente sin una reconstrucción crítica de las categorías jurídicas de consentimiento, autonomía y daño, tarea que corresponde de manera central al derecho civil. Sin embargo, se aprecia una tendencia a evitar el uso del término VO que posiblemente responde, en parte, al temor a una excesiva juridificación de la práctica médica o a una criminalización simbólica de los profesionales sanitarios (Zaballos Zurilla, 2025: 112). No obstante, esta objeción confunde el plano conceptual con el plano sancionador: el reconocimiento jurídico de la VO no implica necesariamente la introducción de nuevos tipos penales ni la atribución automática de culpabilidad, sino la posibilidad de identificar y analizar determinadas prácticas desde una perspectiva que tenga en cuenta su carácter sistemático y su impacto específico sobre los derechos de las mujeres.

III. LOS DICTÁMENES DEL COMITÉ CEDAW CONTRA ESPAÑA

El ordenamiento jurídico español cuenta con una regulación de la VO todavía fragmentaria y de incorporación relativamente reciente (*vid. infra*, § III). Con anterioridad a estos desarrollos legislativos, el Comité de la CEDAW había ido configurando, a través de sus dictámenes, un cuerpo interpretativo relevante en el que determinadas prácticas obstétricas son calificadas como vulneraciones de derechos humanos y manifestaciones específicas de violencia basada en el género. En este contexto, España ha sido objeto de tres pronunciamientos condenatorios por hechos producidos en situaciones de embarazo, parto y posparto, lo que sitúa su experiencia en una posición particularmente significativa dentro del panorama europeo. Estos dictámenes no se limitan a identificar deficiencias asistenciales, sino que «reconstruyen el parto como un espacio jurídico donde se proyectan relaciones estructurales de poder, estereotipos de género y déficits de protección de la autonomía corporal» (Jiménez Sánchez, 2021: 160).

Los tres casos que aquí nos interesan se basan en hechos ocurridos entre 2009 y 2011 en España, respectivamente *S.F.M.*, *N.A.E.* y *M.D.C.P.*, y presentan elementos fácticos distintos, pero comparten un mismo patrón jurídico: intervenciones médicas no consentidas o insuficientemente informadas, trato deshumanizado, medicalización innecesaria del parto y una respuesta administrativa y judicial interna marcada por la deferencia acrítica hacia el criterio médico y por el uso de estereotipos de género.

El caso *S.F.M. contra España* (Dictamen CEDAW núm. 138/2018) constituye el primer pronunciamiento del Comité de la CEDAW que califica expresamente una experiencia de parto como VO. Los hechos se remontan a 2009 y describen un proceso de hospitalización prolongada sin indicación clínica clara, la práctica reiterada de exploraciones vaginales, la administración de oxitocina sin consentimiento informado, una episiotomía no consentida y el uso de ventosa, así como la separación inmediata madre-bebé tras el parto.

El Comité considera probado que estas actuaciones generaron daños físicos y psicológicos graves, entre ellos un trastorno de estrés postraumático, y subraya que la valoración realizada por las autoridades españolas se basó casi exclusivamente en los informes hospitalarios, sin otorgar credibilidad al testimonio de la mujer. Este enfoque es criticado por el Comité por reproducir estereotipos de género, en particular la idea de que las mujeres exageran o malinterpretan la atención recibida durante el parto (*ibid.*).

Desde el punto de vista jurídico, el Comité declara la vulneración de los artículos de la Convención de la CEDAW 2, b), c), d) y f), 3, 5 y 12, afirmando que la falta de consentimiento informado y el trato recibido constituyen una forma de violencia basada en el género. Resulta especialmente relevante que el

Comité no califique los hechos únicamente como discriminación, sino como violencia, lo que eleva el estándar de responsabilidad estatal y refuerza la exigencia de reparación (*ibid.*).

Posteriormente, en el caso *N.A.E. contra España* (Dictamen CEDAW núm. 149/2019), los hechos se remontan a 2011 y el caso presenta una particularidad central: la existencia de un plan de parto previamente elaborado y entregado al hospital, en el que la mujer expresaba de forma clara su voluntad de evitar la inducción farmacológica, la separación del recién nacido y cualquier intervención sin consentimiento previo.

Pese a ello, se le administró oxitocina sin justificación clínica suficiente, se practicaron múltiples tactos vaginales, se decidió una cesárea cuando el parto progresaba, y se produjo la separación madre-bebé, todo ello sin una información adecuada ni consentimiento libre. El Comité destaca que varias de estas decisiones se justificaron por razones organizativas del servicio, como la conveniencia de acelerar el parto durante la noche, lo que revela una subordinación de la autonomía de la mujer a la lógica institucional (Martínez San Millán, 2023: 290).

El dictamen reitera la vulneración de los mismos arts. de la Convención que en el caso *S.F.M.* y enfatiza que el consentimiento obtenido en un contexto de presión, dolor y asimetría de poder no puede considerarse válido. Asimismo, el Comité reprocha a los tribunales españoles haber normalizado prácticas médicas invasivas sin someterlas a un escrutinio de género (*ibid.*).

El tercer dictamen, relativo al caso *M.D.C.P. contra España* (Dictamen CEDAW núm. 154/2020), refuerza la dimensión estructural de la VO. La mujer protagonista del caso fue sometida, en 2009, a la rotura artificial de membranas, administración de oxitocina, inmovilización en posición de litomía pese a contraindicaciones médicas, negación de agua, prácticas realizadas por personal en formación sin supervisión adecuada y, finalmente, una cesárea impuesta por el mero hecho de que los paritorios estaban todos ocupados para intentar un parto vaginal a pesar de la máxima dilatación de la gestante.

El Comité considera especialmente grave que se aceptara como legítima la decisión unilateral del personal médico de practicar una cesárea sin explorar alternativas ni respetar la negativa expresa de la mujer. De nuevo, se aprecia una deferencia judicial absoluta hacia el criterio médico y una invisibilización de la autonomía de la paciente (Martínez San Millán, 2023: 293). Además, este dictamen evidencia que la VO no es un fenómeno episódico, sino una forma de violencia institucional normalizada en el sistema sanitario, sostenida por estereotipos de género y por una concepción paternalista del saber médico (Zaballos Zurilla, 2025: 97).

Un elemento común a los tres casos es la resistencia del Estado español a ejecutar las recomendaciones de la CEDAW, particularmente en lo relativo a la reparación económica. Pese a la ratificación del Protocolo Facultativo de la

CEDAW, las autoridades españolas han negado efectos jurídicos directos a los dictámenes, lo que plantea serios problemas de coherencia con las obligaciones internacionales asumidas.

IV. MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE AUTONOMÍA DE LA GESTANTE, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y POSITIVIZACIÓN DEL TÉRMINO «VIOLENCIA OBSTÉTRICA»

1. NORMATIVA EN MATERIA DE CONSENTIMIENTO EN EL ÁMBITO SANITARIO

El reconocimiento jurídico de la autonomía personal en el ámbito sanitario constituye uno de los pilares del derecho español contemporáneo y se encuentra estrechamente vinculado al principio constitucional de dignidad de la persona consagrado en el art. 10.1 CE. En el plano normativo estatal, 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, articula de forma sistemática los derechos del paciente y define el consentimiento informado como presupuesto imprescindible de toda actuación sanitaria. Conforme a su art. 2, toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el consentimiento previo del paciente, prestado tras recibir la información adecuada, mientras que el art. 8 exige que dicho consentimiento conste por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos y actuaciones que comporten riesgos notorios o previsibles para la salud.

La Ley 41/2002 configura el consentimiento informado no como un mero requisito formal, sino como una manifestación directa del derecho a la autodeterminación corporal del paciente. El art. 3 define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades tras recibir una información adecuada, mientras que el art. 10 concreta el contenido mínimo del deber de información, que debe incluir, al menos, la finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y consecuencias relevantes, así como las alternativas disponibles. Desde una interpretación sistemática de la norma, la información constituye un presupuesto estructural del consentimiento, de modo que su insuficiencia o distorsión afecta directamente a la validez del acto decisorio.

Esta concepción ha sido ampliamente desarrollada por la doctrina civilista, que ha puesto de relieve que el consentimiento informado actúa como una verdadera condición de legitimidad de la intervención médica y no como un simple mecanismo de exoneración de responsabilidad *a posteriori* (Ortiz Fernández, 2021: 148; Pelayo González-Torre, 2009: 63). Desde esta

perspectiva, la actuación sanitaria realizada sin un consentimiento válido puede constituir una intromisión ilegítima en la esfera corporal del paciente, generadora de responsabilidad civil incluso cuando la intervención haya sido técnicamente correcta (*infra*, § 7).

En el ámbito obstétrico, esta problemática se ve intensificada por las condiciones específicas en las que se presta el consentimiento. Como se ha mencionado, el consentimiento durante el parto se emite en un contexto de vulnerabilidad acentuada, caracterizado por dolor, presión temporal, dependencia técnica y jerarquía institucional, lo que obliga a extremar las garantías de información y libertad decisoria (Jiménez Sánchez, 2021: 159). En la práctica obstétrica, a menudo el consentimiento informado se vacía de contenido mediante dinámicas institucionales que conciben la firma de documentos como sustituta de una deliberación clínica real, especialmente en situaciones de urgencia construida o presión asistencial (*ibid.*).

Como se comentará a continuación, a partir de la entrada en vigor de las modificaciones introducidas por la LO 1/2023, se incorpora un conjunto de garantías al refuerzo de la obtención del consentimiento de las mujeres. En este sentido, la norma establece la exigencia de que cualquier actuación invasiva realizada durante la atención al parto cuente con el consentimiento libre, previo e informado de la gestante, en los términos previstos en el art. 8 de la Ley 41/2002 (art. 27.a). Asimismo, la reforma promueve la reducción del intervencionismo médico innecesario, instando a evitar prácticas que no se encuentren avaladas por la evidencia científica y a reforzar modelos de atención basados en el respeto a la fisiología del parto y en la centralidad del consentimiento informado (art. 27.b). A ello se añade la obligación de garantizar una atención sanitaria basada en el trato respetuoso y en el suministro de información clara y suficiente, lo que incluye el respeto a la decisión de la madre respecto de la forma de alimentación del recién nacido (art. 27.c). Vamos a estudiar la norma y sus múltiples novedades a continuación.

2. NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento de la autonomía decisoria de las mujeres ha experimentado un desarrollo progresivo en el ordenamiento jurídico español, especialmente a partir de la aprobación de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta norma supuso un avance significativo al integrar la salud reproductiva en el marco de los derechos fundamentales vinculados a la dignidad, la libertad y la integridad física y moral de las mujeres, reforzando el principio de autodeterminación en

las decisiones relativas al propio cuerpo y a la maternidad. No obstante, la evolución de la práctica asistencial y las demandas provenientes tanto de la doctrina como de los movimientos sociales pusieron de manifiesto la necesidad de profundizar en la protección jurídica de estos derechos, especialmente en relación con la calidad de la atención obstétrica, el respeto a la autonomía de la gestante y la erradicación de prácticas asistenciales potencialmente lesivas.

En este contexto se aprueba la LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010. La reforma introduce diversas medidas orientadas a reforzar el enfoque de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, consolidando la idea de que la atención sanitaria en estos procesos debe basarse en el respeto a la autonomía, la información adecuada y la toma de decisiones libres por parte de las mujeres, ofreciendo un listado de definiciones de gran utilidad y susceptibles de interpretación extensiva de estos⁷. Con una reforma estructural del título II de la LO 2/2010, entre sus principales novedades se encuentra la ampliación de las garantías relativas al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el sistema sanitario público, nuevas medidas en materia de salud menstrual⁸, corresponsabilidad institucional en la provisión de servicios de salud reproductiva⁹, y un claro posicionamiento en contra de la práctica de la gestación por sustitución¹⁰, consolidando un enfoque integral de los derechos sexuales y reproductivos dentro del sistema sanitario.

Desde la perspectiva que aquí interesa, uno de los aspectos más relevantes de la reforma radica en la incorporación de medidas dirigidas a garantizar una atención obstétrica respetuosa con los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. En particular, prevé la elaboración de protocolos y guías de buenas prácticas orientadas a promover una atención al parto basada en la evidencia científica¹¹, el respeto a la autonomía de la mujer y la humanización de la asistencia obstétrica¹². Asimismo, se contemplan actuaciones dirigidas a mejorar la formación de los profesionales sanitarios en materia de salud sexual y reproductiva¹³, así como a reforzar los mecanismos de evaluación y supervisión de la calidad asistencial en este ámbito.

⁷ El texto original de la LO 2/2010 solo preveía tres definiciones conceptuales, frente a las diez introducidas por la LO 1/2023.

⁸ Resulta particularmente novedosa la disciplina en materia de salud durante la menstruación, regulada por el art. 5, *ter, quater* y *quinquies*.

⁹ Art. 7 *quater*.

¹⁰ Arts. 31 y 32.

¹¹ Arts. 26 y 28.

¹² Art. 27.c.

¹³ La norma actualizada insiste en la importancia de la formación de profesionales de la salud (art. 8) y refuerza la importancia del cap. III, sobre medidas en el ámbito de la

Si bien estas previsiones reflejan una creciente sensibilidad legislativa hacia las prácticas asistenciales que pueden vulnerar la autonomía y la integridad de las mujeres en el contexto obstétrico, resulta significativo que, pese a incorporar medidas orientadas a mejorar la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, la LO 1/2023 evita referirse de forma expresa al concepto de VO. Una de las posibles razones podría identificarse con la voluntad de evitar un conflicto directo con los colectivos profesionales sanitarios, que han mostrado reticencias hacia el concepto, entendiéndolo que criminalizarían las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica¹⁴. ¿Acaso hemos pasado de la invisibilización de la VO a su negación? Si para algunos el término es ofensivo para el personal sanitario, para otros negar la existencia de la VO es ofensivo para las víctimas de este tipo de violencia (Rodríguez y Martínez, 2022: 82).

En este sentido, la reforma estatal puede interpretarse como un avance normativo en la protección de la autonomía reproductiva y en la promoción de una atención obstétrica respetuosa. No obstante, también revela cierta cautela del legislador estatal a la hora de reconocer de forma expresa la VO como una categoría jurídica específica dentro de las manifestaciones de violencia institucional o de género. Con todo, la opción por mantener una formulación abierta, centrada en la garantía de los derechos reproductivos y en la mejora de la calidad asistencial, no debería impedir que este concepto pueda ser invocado e interpretado en la práctica jurídica cuando las circunstancias del caso concreto evidencien vulneraciones de la autonomía, la dignidad o la integridad de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

Es indiscutible que nos encontramos ante una disposición normativa de particular relevancia para el reconocimiento, la protección y la efectividad de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, cabe esperar que coadyuve a sentar las bases de una futura reforma constitucional sensible al género en donde el reconocimiento de la sexuación de los sujetos de derecho sea una realidad (Torres Díaz, 2023: 161).

Precisamente en este punto adquiere especial relevancia el desarrollo normativo impulsado por algunas comunidades autónomas, que han avanzado en la identificación y regulación explícita de prácticas constitutivas de VO dentro de sus políticas de igualdad y de salud. Entre estos

educación y la sensibilización relativas a los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en el ámbito educativo.

¹⁴ Véanse los comunicados de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

desarrollos destaca el caso de Cataluña, cuya legislación en materia de igualdad ha incorporado de manera expresa esta categoría dentro del marco jurídico de la violencia contra las mujeres. El análisis de esta normativa autonómica permite observar cómo, en determinados ámbitos territoriales, el concepto de VO ha comenzado a adquirir una formulación jurídica más explícita. La Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, amplió el concepto de violencia machista para incluir expresamente las formas de violencia institucional ejercidas por los poderes públicos o por profesionales en el ejercicio de funciones públicas. Concretamente, el art. 3 de la Ley 17/2020, apdo. d), que modifica el art. 4 de la Ley 5/2008, proporciona por primera vez una definición normativa de la violencia obstétrica y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos:

[...] consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer.

Desde una perspectiva jurídica, la relevancia de esta regulación radica en que desplaza el análisis de determinadas prácticas obstétricas desde el ámbito exclusivo de la responsabilidad profesional sanitaria hacia el campo de las políticas públicas de igualdad y de la protección frente a la violencia de género. De este modo, prácticas tradicionalmente abordadas desde la óptica de la mala praxis médica o de la responsabilidad civil sanitaria pasan a ser interpretadas *también* como posibles manifestaciones de violencia institucional cuando implican la vulneración sistemática de los derechos reproductivos y de la autonomía de las mujeres. Es decir, un cambio conceptual relevante, al reconocer que ciertas dinámicas asistenciales pueden reproducir relaciones de poder y desigualdad de género dentro del sistema sanitario, y no necesariamente imputable al personal sanitario de forma individualizada. Todo ello convierte a Cataluña en la comunidad autónoma de referencia al reconocer y abordar la VO desde una perspectiva legislativa y política (Zaballos Zurilla, 2025: 100).

Junto con la catalana, otras comunidades autónomas han comenzado también a incorporar referencias, aunque de forma más limitada, a la VO dentro de sus marcos regulatorios. Así, en el ámbito de la Comunidad Valenciana, en 2021¹⁵ se introdujo el art. 59 bis a la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, en cuyo apdo. primero, letra b), se reconoce el derecho de las mujeres a que se garanticen medidas destinadas a combatir la VO, definida conforme a los parámetros establecidos por la OMS. De manera similar, en el País Vasco, el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres, incluye en su art. 54 una referencia expresa a la VO al identificarla como una de las prácticas tradicionales perjudiciales que pueden constituir manifestaciones de violencia machista contra las mujeres.

Estas previsiones normativas reflejan una tendencia progresiva dentro del derecho autonómico español hacia el reconocimiento jurídico de la VO, si bien con intensidades regulatorias distintas y con formulaciones conceptuales todavía heterogéneas. Pese al mandato de coordinación y garantía de igualdad territorial que proclama el art. 4 de la LO 1/2023, orientado a asegurar un nivel homogéneo de protección de los derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio del Estado, resulta razonable prever que la existencia de desarrollos normativos propios, protocolos específicos y políticas públicas autonómicas en materia de atención obstétrica pueda generar diferencias prácticas en la prestación de los servicios sanitarios. En consecuencia, aquellas comunidades autónomas que han incorporado regulaciones más explícitas o instrumentos de actuación específicos podrían tender a ofrecer modelos de atención y garantías más desarrolladas que aquellas que aún carecen de tales instrumentos. Esta situación evidencia la conveniencia de reforzar los mecanismos de coordinación interterritorial con el fin de evitar que el distinto grado de desarrollo normativo autonómico se traduzca en disparidades injustificadas en el acceso a una atención obstétrica respetuosa y garantista.

V. LA PROGRESIVA JUDICIALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

En los últimos años, la VO ha adquirido una presencia creciente en el ámbito judicial español. Tradicionalmente, los conflictos derivados de la

¹⁵ Art. 59 bis, introducido por el art. 74 de la Ley 7/2021, de 29 de diciembre.

atención sanitaria se han canalizado a través de las categorías clásicas de la responsabilidad sanitaria, en particular en relación con la infracción de la *lex artis* o la ausencia de un consentimiento informado válido. No obstante, la progresiva visibilización de determinadas prácticas asistenciales ha favorecido su reinterpretación desde la perspectiva de los derechos fundamentales y de la violencia basada en el género. En este contexto, los tribunales han comenzado a enfrentarse, aún de forma incipiente, a supuestos que pueden enmarcarse dentro de la VO, lo que evidencia una ampliación del marco jurídico desde el cual se analizan estas situaciones. A continuación, se examinarán algunos de los pronunciamientos más relevantes de la jurisprudencia reciente del Tribunal Constitucional y del Tribunal Supremo, que permiten observar cómo el ordenamiento jurídico español ha empezado a abordar estas cuestiones desde distintas perspectivas jurisdiccionales.

VI. EL CONTROL CONSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: EL CASO OVIEDO (STC 66/2022 Y 11/2023)

En el ámbito interno, el Tribunal Constitucional español ha tenido ocasión de pronunciarse de forma directa sobre prácticas susceptibles de ser calificadas como VO institucional, aunque el Tribunal evite utilizar esta expresión de forma directa en el fallo, en dos resoluciones recientes de especial relevancia: la STC 66/2022, de 22 de junio, y la STC 11/2023, de 12 de febrero, que parten de un mismo supuesto fáctico, denominado caso *Oviedo*, aunque con distinto objeto de control constitucional.

Desde el punto de vista fáctico, el origen del conflicto se sitúa en abril de 2019, cuando doña C. P., embarazada de más de cuarenta y dos semanas, acudió al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) para realizar un control del bienestar fetal. La gestante había optado por un parto domiciliario asistido por una matrona privada, decisión que comunicó al personal sanitario. Tras una monitorización considerada no concluyente y ante la recomendación médica de inducir el parto, la mujer manifestó su voluntad de consultar con los profesionales que también la asistían fuera del sistema público. Al no regresar al hospital ni responder a los requerimientos posteriores, el jefe del servicio de obstetricia elaboró un informe en el que advertía de un supuesto riesgo creciente para la vida del feto, lo que motivó que el Servicio de Salud del Principado de Asturias solicitara autorización judicial para proceder a su ingreso forzoso.

Ese mismo día, el Juzgado de Instrucción núm. 1 de Oviedo acordó, sin audiencia previa de la gestante ni de su pareja, su detención e ingreso hospitalario con el fin de inducir el parto. La orden fue ejecutada con la intervención

de la Policía Local, pese a que la matrona que asistía el parto en el domicilio manifestó que el proceso se estaba desarrollando con normalidad.

Respecto de la posibilidad de dar a luz en el domicilio, el TC adopta como propia la fundamentación ofrecida en la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo. Así, considera, desde una perspectiva general, que el derecho a la intimidad personal de la madre gestante se proyecta en los derechos a decidir ser o no ser madre¹⁶ y a poder elegir, en su caso, las circunstancias en las que desea dar a luz¹⁷. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha afirmado que la decisión sobre el lugar del parto forma parte del ámbito protegido por el derecho al respeto de la vida privada, de modo que las mujeres pueden optar legítimamente por dar a luz en su domicilio. Ahora bien, el propio Tribunal es consciente de la complejidad de esta elección, pues corresponde a las autoridades nacionales, en ejercicio de sus competencias en materia sanitaria, diseñar las políticas públicas y ponderar los riesgos respectivos asociados al parto hospitalario y al parto domiciliario. En este contexto, el Tribunal de Estrasburgo reconoce a los Estados un amplio margen de apreciación para articular dicha regulación (asunto *Dubská*, § 184). Sin embargo, aunque esta deferencia institucional resulta coherente con la lógica subsidiaria del Convenio Europeo de Derechos Humanos, su traslación acrítica al ámbito interno por parte del TC plantea dificultades. En sede de amparo, el parámetro de control no es el margen estatal de configuración, sino la tutela directa del derecho fundamental reconocido en el art. 18.1 CE, cuya protección no puede diluirse mediante una invocación genérica del espacio de discrecionalidad legislativa (Matia Portilla (2023: 250)).

En este caso, el Tribunal se enfrenta a la colisión del derecho a la autoterminación de la madre con la vida del *nasciturus*, en orden a imponer una modalidad de parto que diverge de la originariamente planificada por la mujer. La STC 66/2022 reitera la doctrina constitucional según la cual el concebido no es titular de derechos fundamentales, aunque sí constituye un bien constitucionalmente protegido. Sin embargo, la sentencia termina avalando una restricción intensísima de los derechos fundamentales de la mujer sobre la base de ese interés constitucional, lo que plantea interrogantes sobre la correcta aplicación del principio de proporcionalidad (Cabezuelo Arenas, 2023: 93 y ss.).

Tras las desestimaciones tanto en primera instancia como en apelación, el Pleno desestimó el amparo por una ajustada mayoría, considerando que

¹⁶ Véase, entre otros, Presno Linera (2022: 161 y ss.).

¹⁷ Sentencias del TEDH 67545/09, *Ternovszky c. Hungría*, de 14 de diciembre de 2010, y 28859/11 y 28473/12, *Dubská y Krejzová c. República Checa*, de 15 de noviembre de 2016.

concurría una situación de urgencia que justificaba la omisión de la audiencia previa de la afectada. No obstante, la sentencia fue acompañada de cinco votos particulares que pusieron de relieve una profunda discrepancia interna. En ellos se subrayó, entre otras cuestiones, la relevancia constitucional del derecho de audiencia en decisiones que afectan de manera tan intensa a la libertad, la integridad física y la intimidad de la mujer gestante, así como el riesgo de cosificación de la mujer en el razonamiento judicial cuando se prioriza de forma acrítica la autoridad médica frente a su autonomía personal¹⁸.

Posteriormente, en la STC 11/2023, el Tribunal volvió a desestimar el amparo interpuesto por la misma recurrente, esta vez en relación con las actuaciones médicas desarrolladas tras el ingreso forzoso. La mayoría consideró que las decisiones clínicas fueron adecuadas para salvaguardar la salud de la madre y del feto y que existió consentimiento de la gestante, al constar así en la historia clínica. En efecto, una vez ingresada en el centro hospitalario, la recurrente solicitó la administración de anestesia epidural, pese a que inicialmente había descartado esta opción en su plan de parto. Con ello se apartó de las previsiones contenidas en dicho documento y optó por recibir soporte anestésico, modificando su decisión previa. Prestó, asimismo, su conformidad para la realización de las pruebas necesarias a fin de descartar una posible alergia al fármaco y, al confirmarse la existencia de una contraindicación, aceptó la alternativa terapéutica propuesta por el facultativo. Consta igualmente su consentimiento para la práctica de la cesárea, consentimiento que no requería forma escrita, siendo suficiente su manifestación expresa e inequívoca. En definitiva, la gestante revisó varios de los extremos inicialmente recogidos en su plan de parto y aceptó en el propio contexto asistencial determinadas modificaciones en el desarrollo del proceso. Por todo ello, el TC concluye que toda la actuación del HUCA no ha constituido un trato discriminatorio desfavorable hacia la gestante por razón de sexo con vulneración del art. 14 CE, que le haya privado del derecho de autodeterminación como paciente y del derecho al consentimiento informado, ni tampoco que haya vulnerado los derechos reconocidos en los arts. 15 CE y 18 CE (Cabezuelo Arenas, 2023: 95). Sin embargo, también en esta resolución se formularon votos particulares que cuestionaron la suficiencia de un consentimiento meramente formal en un contexto de hospitalización impuesta.

La relevancia de las SSTS no reside únicamente en la solución alcanzada en cada caso, ambas desestimatorias del amparo, sino en la profunda fractura argumental que revelan, especialmente a través de los votos particulares formulados, donde emerge con claridad una lectura constitucional de la

¹⁸ VP de los magistrados Xiol Ríos y Conde-Pumpido.

obstetricia desde la perspectiva de la autonomía corporal y el debate acerca del consentimiento informado.

En la STC 66/2022, el Tribunal reconoce, de manera expresa y sin ambigüedades, que las decisiones relativas al embarazo y al parto forman parte del contenido esencial del derecho a la intimidad personal de la mujer (art. 18.1 CE), en conexión directa con su integridad física y moral (art. 15 CE), afirmando que corresponde a la gestante adoptar «con entera libertad» las decisiones sobre su propio sustrato corporal (FJ 3, § A.c). En línea teórica, podemos considerar que esta afirmación es un avance significativo en el reconocimiento constitucional de los derechos reproductivos (Matia Portilla, 2023: 243). Sin embargo, pese a reconocer que la medida de ingreso forzoso carecía de una habilitación legal específica, extremo que el propio Tribunal admite expresamente, la mayoría concluye que no se produjo vulneración de derechos fundamentales, al considerar que la intervención judicial estaba justificada por la protección de la vida y la salud del *nasciturus* y superaba el juicio de proporcionalidad (FJ 6, § B.c). Esta conclusión ha sido duramente criticada por la doctrina, que sostiene que la ausencia de audiencia previa y de cobertura normativa suficiente debió conducir necesariamente a la estimación del amparo, al tratarse de una restricción intensa de la libertad personal y de la intimidad corporal no prevista en la ley, en abierta contradicción con la doctrina constitucional consolidada sobre legalidad estricta en materia de derechos fundamentales (*ibid.*).

La tensión interna de la sentencia se vuelve aún más evidente si se atiende a los razonamientos implícitos que subyacen a la ponderación realizada. El Tribunal parece aceptar una lógica excepcional en el ámbito obstétrico, en la que la protección del feto opera como criterio legitimador de intervenciones coactivas sobre el cuerpo de la mujer, incluso en ausencia de base legal expresa, lo que introduce una peligrosa asimetría interpretativa respecto de otros ámbitos en los que la autonomía corporal goza de una protección reforzada.

Como se ha adelantado, esta fractura se acentúa en la STC 11/2023, que examina las actuaciones médicas realizadas tras el ingreso hospitalario forzoso y la alegada vulneración del derecho al consentimiento informado. La mayoría del Tribunal considera que no se produjo lesión constitucional, al estimar que las intervenciones médicas fueron adecuadas desde el punto de vista clínico y que la gestante prestó su consentimiento, tal como constaba en la historia clínica (FJ 4). Sin embargo, esta lectura formalista del consentimiento es frontalmente cuestionada por los votos particulares, que introducen por primera vez de manera explícita la noción de VO institucional en la jurisprudencia constitucional española.

El voto particular de la magistrada Balaguer Callejón resulta especialmente significativo. En él se afirma que la VO puede constituir una forma específica de discriminación por razón de sexo, en tanto que afecta exclusivamente a las

mujeres y se produce en un contexto estructural de desigualdad y subordinación de la autonomía femenina al poder médico y judicial (§ 2). En términos similares se pronuncia el voto particular de la magistrada Montalbán Huertas, quien centra su análisis en la invalidez del consentimiento prestado en un contexto de coacción institucional. A su juicio, el hecho de que la mujer se encontrara ingresada de manera forzosa, escoltada por fuerzas policiales y sometida a un entorno hospitalario impuesto judicialmente, vicia radicalmente cualquier consentimiento posterior, que no puede considerarse libre ni voluntario en los términos exigidos por el art. 8.1 de la Ley 41/2002. Este razonamiento conecta directamente con la doctrina del Comité de la CEDAW, que ha advertido reiteradamente que el consentimiento emitido bajo presión institucional o en contextos de vulnerabilidad reforzada carece de validez jurídica.

La omisión de un enfoque que carece de cualquier perspectiva de género reproduce, según las magistradas discrepantes, los mismos estereotipos que el Comité de la CEDAW ha reprochado a las autoridades españolas en los dictámenes de los asuntos *S.F.M.*, *N.A.E.* y *M.D.C.P.*, en los que se denunció la tendencia de los órganos administrativos y judiciales a otorgar una credibilidad casi absoluta a los informes médicos, invisibilizando la experiencia y la voluntad de las mujeres afectadas.

Desde esta perspectiva, la importancia de los votos particulares trasciende el caso concreto y proyecta una lectura alternativa del constitucionalismo reproductivo en España. En ellos se perfila una comprensión de la VO como una vulneración autónoma de derechos fundamentales que no puede ser neutralizada mediante apelaciones genéricas a la protección de la vida fetal ni mediante una concepción formalista del consentimiento informado. Creemos que esta línea argumental, aunque minoritaria en el seno del Tribunal, es la que se alinea con los estándares internacionales de derechos humanos y con la doctrina que ha conceptualizado la VO como una forma de violencia de género institucional, y animamos a que los votos particulares no constituyan una mera disidencia, sino el germen de una futura reconstrucción constitucional del parto como espacio de derechos y no como excepción jurídica.

VII. RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA Y DAÑO DERIVADO DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

1. LA STS 15/2026, DE 13 DE ENERO: PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD Y CUANTIFICACIÓN DEL DAÑO

La evolución reciente de la jurisprudencia española en materia de autonomía reproductiva y consentimiento informado en el parto revela una

tensión significativa entre la jurisdicción constitucional y la civil. Como se ha examinado, las SSTC 66/2022, de 2 de junio, y 11/2023, de 23 de febrero, abordaron el conocido como caso *Oviedo* desde la perspectiva de los derechos fundamentales implicados en el ingreso hospitalario forzoso de una gestante y en las actuaciones médicas posteriores.

En este escenario, la Sentencia del Tribunal Supremo 15/2026, de 13 de enero, tiene su origen en una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada de la atención sanitaria prestada durante el proceso de parto. La demandante sostenía que durante la atención al parto se llevaron a cabo determinadas actuaciones médicas sin que mediara una información suficiente ni un consentimiento informado válido, lo que habría supuesto una vulneración de su derecho a decidir libremente sobre las intervenciones practicadas. Igualmente, denunciaba el incumplimiento del plan de parto previamente presentado, en el que la gestante había manifestado expresamente su preferencia por evitar la realización de un parto instrumentalizado. Finalmente, tras el parto instrumental mediante ventosa y fórceps, acompañado de episiotomía, la paciente desarrolló secuelas físicas persistentes en el suelo pélvico, diagnosticadas pericialmente como síndrome miofascial de origen obstétrico, con dolor pélvico y una afectación funcional que repercutían en su vida cotidiana y sexual. Aunque las instancias anteriores habían centrado el análisis en la eventual corrección técnica de la actuación médica conforme a la *lex artis*, el recurso planteado ante el TS situó el debate principalmente en la existencia de un daño moral autónomo derivado de la privación del derecho de la paciente a participar de forma informada en las decisiones relativas a su propio proceso reproductivo.

El TS aborda de forma conjunta los motivos de casación vinculados a la ausencia de consentimiento informado, subrayando que ninguna injerencia física puede realizarse sin una conformidad debidamente ilustrada, en conexión con la dignidad humana y el núcleo tuitivo de derechos fundamentales (FJ 7, § 3). A partir de esta premisa, delimita con rigor la excepción de urgencia prevista en el art. 9.2.b de la Ley 41/2002. Declara expresamente que no existía riesgo vital ni estado de necesidad terapéutico que legitimase prescindir de la información, que no consta en la historia clínica dato alguno que permita subsumir el supuesto en dicha excepción y que la paciente se encontraba consciente bajo anestesia epidural y capacitada para decidir (FJ 7)¹⁹. De este modo, la Sala desactiva el automatismo de la «urgencia obstétrica» y exige acreditación objetiva y documentada del riesgo.

¹⁹ El Tribunal distingue el caso del contemplado en la STS 1068/2025, donde sí existía una evolución clínica súbita y crítica que impedía razonablemente obtener consentimiento (FJ 7, § 3).

Asimismo, rechaza que el consentimiento prestado para la anestesia epidural pueda extenderse automáticamente a la instrumentalización posterior²⁰. La mención genérica a la posibilidad de ventosa o fórceps no cubre el deber de informar específicamente sobre la indicación concreta, sus riesgos y alternativas en el momento de la decisión (FJ 7, § 5).

Desde la perspectiva del nexo causal, la Sala aprecia la existencia de relación entre el parto instrumental practicado y las lesiones pélvicas sufridas por la demandante (FJ 8). Para ello reitera su doctrina sobre la probabilidad cualificada, recordando que la relación causal puede tenerse por acreditada cuando existe una elevada probabilidad sin que se ofrezca hipótesis alternativa de similar intensidad, sin que se exija certeza absoluta²¹.

En este asunto, el elemento decisivo es la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad. El Tribunal recuerda que esta figura se aplica cuando se ha privado al paciente de su derecho a decidir por insuficiencia o ausencia de información sobre riesgos materializados y afirma que el daño indemnizable no coincide necesariamente con la lesión física, sino con la frustración de la capacidad de decisión, configurando un régimen especial de imputación probabilística que permite reparar parcialmente el daño cuando existe incertidumbre causal acerca de cuál habría sido la decisión del paciente de haber sido informado (FJ 8)²². Si en una primera etapa la responsabilidad sanitaria se vinculaba principalmente a la existencia de una infracción de la *lex artis*²³, la jurisprudencia más reciente admite la procedencia de indemnización también en aquellos supuestos en los que no se acredita una mala praxis estricta, pero sí la privación del derecho del paciente a decidir de forma libre e informada.

²⁰ El TS reivindica lo mismo en la reciente sentencia 165/2026, de 4 de febrero (rec. 771/2021), en la que declara que el consentimiento informado prestado por un paciente para una determinada intervención quirúrgica no puede extenderse a otra diferente, aunque ambas persigan el mismo objetivo terapéutico o tengan riesgos similares. Noticias Jurídicas (2026).

²¹ FJ 8, con cita, entre otras, de las SSTS 606/2000, 944/2004, 772/2008, 141/2021 y 870/2024.

²² Con cita de las SSTS 948/2011, 478/2009, 105/2019, 204/2024, 334/2024 y 1692/2025.

²³ La pérdida de oportunidad ha sido reconocida como un daño indemnizable en múltiples sentencias del TS, especialmente en casos de negligencia médica que implican quiebra de la *lex artis*. Véanse, en tal sentido: STS, 1.ª, 1146/1998, de 9 de diciembre; STS, 1.ª, 461/2003, de 8 de mayo; STS, 1.ª, 417/2007, de 16 de abril; STS, 3.ª, 3160/2008, de 26 de junio; STS, 1.ª, 64/2011, de 9 de febrero; STS, 3.ª, de 27 de septiembre de 2011 (JUR 350537); STS, 3.ª, de 16 de junio de 2010 (RJ 5716); STS, 1.ª, 216/2013 de 14 de marzo, y STS, 1.ª, 479/2015, de 15 de septiembre.

En este sentido, el TS ha señalado reiteradamente que el daño derivado de la falta de consentimiento informado no reside necesariamente en el resultado lesivo de la intervención, sino en la frustración del derecho del paciente a decidir sobre su propio cuerpo (Barceló Doménech, 2018: 281). Así, la STS de 1 de octubre de 2014 reconoció expresamente la existencia de un daño moral autónomo consistente en la «pérdida de oportunidad de decidir», indemnizable incluso cuando la actuación médica hubiera sido técnicamente correcta²⁴. Como se puede apreciar, esta línea jurisprudencial ha sido reiterada y reforzada por la STS 15/2026, que estamos analizando.

Respecto de la indemnización, la moderna jurisprudencia en general huye de la exigencia de la certeza y se centra en el cálculo de probabilidades para fundamentar indemnizaciones parciales. Pero ello exige un esfuerzo de los tribunales a la hora de motivar sus resoluciones, para evitar que el *quantum* indemnizatorio se conceda a ciegas, pues la indemnización debe calcularse en función de la probabilidad de oportunidad perdida o ventaja frustrada y no del daño real sufrido, que queda reservado para la certeza absoluta de la causa (Salvador Coderch *et al.*, 2025: 209). Este planteamiento general requiere para su correcto entendimiento ser acompañado de una puntualización. En sede de causalidad física, se pueden distinguir tres franjas. Una superior, que es cuando existe certeza causal y la reparación del daño sería íntegra. Otra inferior, que permite asegurar que el agente no causó el daño y las oportunidades perdidas no son serias, sino ilusorias. La franja central, entre las anteriores, en la que se residencia la teoría de la pérdida de oportunidad, y en la que existirá una probabilidad causal seria, que, sin alcanzar el nivel máximo, sí supera el mínimo²⁵. Cuando se observa cómo la teoría de la pérdida de oportunidad se aplica a las responsabilidades civiles que tienen un origen médico-sanitario, se constata que se viene aplicando a supuestos de errores o retrasos en el diagnóstico y tratamiento de dolencias, y en aquellas de falta de información o consentimiento informado (Salvador Coderch *et al.*, 2025: 209). Son supuestos en los que, por no existir certeza ni probabilidad cualificada del resultado final, se identificará el daño con la oportunidad de curación o supervivencia perdida por la actuación del facultativo, o por habersele privado al paciente de su derecho a decidir si se le hubiese informado del riesgo materializado. Como afirma el Tribunal, la indemnización no tiene que coincidir necesariamente con la que correspondería al daño corporal total,

²⁴ STS, Sala Primera, 1 de octubre de 2014, RJ 2014/5040; en sentido análogo, STS, Sala Primera, 23 de octubre de 2008, RJ 2008/5786. Salvador Coderch *et al.*, 2025: 346.

²⁵ STS 6548/2006, de 27 de julio.

pudiendo moderarse conforme al art. 1103 CC (FJ 8). Por ello, finalmente el Tribunal fija prudencialmente la indemnización en el 50 % del daño acreditado, al no poder afirmarse con certeza que la decisión de la paciente habría sido distinta, pero sí resultar plausible que, de haber sido informada, su decisión pudiera haber variado, tratándose de una posibilidad seria y científicamente avalada, no meramente remota. La condena reconoce, así, una responsabilidad por vulneración del consentimiento informado, pero limitada a la pérdida de oportunidad, no al daño completo (Cuatrecasas, 2026: 1).

Ahora bien, la centralidad que adquiere la pérdida de oportunidad en este ámbito no debería conducir a una comprensión reductiva del daño indemnizable. Junto con esta categoría de naturaleza típicamente probabilística, en los supuestos de atención obstétrica pueden concurrir cumulativamente otras formas de perjuicio jurídicamente relevantes, en particular el daño moral derivado de la vulneración de la autonomía personal y, en su caso, el daño corporal o físico efectivamente producido. La delimitación conceptual y la eventual articulación conjunta de estas categorías plantean problemas dogmáticos y de cuantificación que exceden del objeto de este trabajo, pero cuya consideración resulta imprescindible para una reconstrucción sistemática de la responsabilidad civil en este ámbito.

En este sentido, la STS 15/2026 constituye un punto de partida significativo, pero no agota las posibilidades de encuadramiento del daño en los supuestos de violencia obstétrica, siendo necesario avanzar hacia modelos que permitan identificar con mayor precisión qué conceptos indemnizatorios resultan aplicables en función de las concretas lesiones —físicas, morales o decisorias— concurrentes en cada caso. Esta cuestión, por su complejidad, será objeto de un análisis específico en un trabajo posterior centrado en la tipología y cuantificación del daño en la responsabilidad civil sanitaria obstétrica.

En definitiva, mientras las SSTC 66/2022 y 11/2023 analizaron la intervención sanitaria en clave de ponderación estructural entre protección fetal y derechos de la gestante, la STS 15/2026 sitúa en el centro la autonomía individual como bien jurídico autónomo cuya frustración genera responsabilidad, incluso en ausencia de mala praxis técnica. Además, aunque con resistencias o con costes, la VO ya es reconocida judicialmente (El Parto es Nuestro, 2026).

2. EL PLAN DE PARTO: ¿UN DOCUMENTO VINCULANTE?

La jurisprudencia analizada ofrece una oportunidad para reflexionar sobre el papel que desempeñan las preferencias de las mujeres durante el proceso reproductivo cuando estas quedan formalmente recogidas en un plan de parto.

Tanto en las SSTC 66/2022 y 11/2023 y en el caso examinado por la STS 15/2026 las gestantes habían manifestado expresamente su voluntad de evitar, en la medida de lo posible, la realización de un parto instrumentalizado, circunstancia que pone de relieve la relevancia de este documento como instrumento de expresión anticipada de la voluntad de la paciente. Desde esta perspectiva, el plan de parto se configura como un mecanismo mediante el cual la mujer puede formular sus expectativas, preferencias y decisiones en relación con determinadas intervenciones médicas, proyectando así el principio de autonomía personal sobre el ámbito de la atención obstétrica. Efectivamente, el plan de parto surge históricamente como un instrumento destinado a reforzar la participación de las mujeres en las decisiones relativas al proceso del nacimiento. Introducido inicialmente en Estados Unidos en la década de los ochenta y posteriormente incorporado en España a partir de 2008 a través de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (DeBaets, 2017: 3; Sánchez-García *et al.*, 2021: 198), este documento se desarrolló como respuesta al incremento de la medicalización del parto y a la percepción de muchas gestantes de haber perdido capacidad de decisión en un proceso progresivamente institucionalizado (*ibid.*). En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que la elaboración previa de un plan de parto se asocia con una mejor percepción de la experiencia del parto y con una mayor satisfacción de las mujeres respecto a la atención recibida (Martín Badia *et al.*, 2024: 9).

Desafortunadamente, la problemática no se centra exclusivamente en la redacción de un plan de parto o en su estructura, sino en un real conocimiento por parte del personal: en este sentido, diversos estudios empíricos han puesto de relieve que, en la práctica asistencial, el plan de parto no siempre cumple la función participativa que teóricamente se le atribuye²⁶.

Desde una perspectiva jurídica, el plan de parto no constituye un documento jurídicamente vinculante en sentido estricto. Por un lado, su elaboración no es obligatoria para la gestante, que puede optar libremente por formularlo o no; por otro, su contenido tampoco impone un deber absoluto de cumplimiento para los profesionales sanitarios, cuya actuación debe regirse en todo caso por las exigencias de la *lex artis* y por las circunstancias clínicas

²⁶ En un estudio llevado a cabo en España, el 50,1 % de las mujeres encuestadas no llegaron a entregar plan de parto. El 44,2 % de las mujeres que sí lo entregaron opinan que no se respetó. Entre los profesionales que consideran que no respetaron su plan de parto tenemos a los ginecólogos (59,8 %), a las matronas (54,2 %) y las enfermeras (20,8 %). A estas mujeres cuyo plan de parto no se respetó, en un 55,1 % de los casos tampoco se les explicaron los motivos para no hacerlo (Iglesias *et al.*, 2019: 87). En Estados Unidos, *vid.* Lothian (2006: 298).

que puedan concurrir durante el proceso de parto. No obstante, cuando una mujer decide elaborar un plan de parto, lo hace generalmente tras un proceso de reflexión e información sobre las distintas opciones disponibles, plasmando en él sus preferencias respecto de determinadas intervenciones obstétricas. Por ello, aunque no tenga carácter vinculante en términos estrictos, el plan de parto constituye una manifestación cualificada de la voluntad de la gestante que debería ser tenida en cuenta por el personal sanitario en el marco del proceso de información y consentimiento. En este contexto, el plan de parto podría articularse como la plasmación del consentimiento informado mediante un modelo denominado de «consentimiento en cascada» (Romero Berenguel, 2024b: 1), estructurado a modo de árbol de decisiones, una forma de estructurar el consentimiento informado por etapas o escenarios sucesivos, en lugar de limitarlo a una única decisión inicial²⁷. De este modo, el proceso decisorio se organizaría en fases sucesivas que reflejen tanto la voluntad previamente manifestada por la gestante como las posibilidades materiales y asistenciales del centro sanitario, evitando así que las expectativas de la paciente se frustren por limitaciones organizativas o por la ausencia de determinados recursos.

En esta línea, la resolución del TS contribuye a consolidar el plan de parto como un instrumento con relevancia probatoria (De Lorenzo, 2026: 1) para valorar si la actuación sanitaria ha respetado efectivamente la autonomía de la paciente durante el proceso del parto (FJ 7, § 3). Esta configuración del plan de parto plantea, además, algunas consecuencias jurídicas relevantes.

En primer lugar, parte de la doctrina ha sugerido que las preferencias en él expresadas podrían presentar cierta analogía con las instrucciones previas reguladas en el art. 11 de la Ley 41/2002 (Busquets Gallego, 2019: 47-48). En efecto, el plan de parto comparte algunos de sus rasgos característicos: se formaliza por escrito (art. 11.2), puede ser modificado o revocado por la gestante (art. 11.4), y su eficacia se encuentra condicionada a que su contenido no resulte contrario al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* ni a las circunstancias clínicas concretas que concurran en el momento de la asistencia sanitaria (art. 11.3). Aunque esta equiparación no pueda establecerse en términos absolutos, sí permite entender el plan de parto como una forma de manifestación anticipada de la voluntad de la paciente en relación con determinadas intervenciones obstétricas.

²⁷ Este sistema permitiría a la mujer expresar anticipadamente sus preferencias respecto de distintos escenarios posibles en la evolución del parto, por ejemplo, «preferencia en un parto fisiológico»; seguidamente, «preferencias en caso de que aparezcan complicaciones leves», «necesidad de analgesia» o «eventual instrumentalización», y, finalmente, «preferencias si existe riesgo fetal o materno».

En segundo lugar, cualquier apartamiento de las preferencias expresadas en el plan de parto debería ir acompañado de una justificación clínica suficiente y de una información adecuada a la paciente. Es evidente que solo de este modo puede garantizarse que las decisiones adoptadas durante el proceso asistencial se ajusten a las exigencias del consentimiento informado y reflejen, en la medida de lo posible, la voluntad actual y efectiva de la gestante.

VIII. AUTONOMÍA DE LA GESTANTE Y POSIBLES LÍMITES DE RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS

El reconocimiento progresivo de la autonomía de la gestante en el ámbito sanitario ha reforzado su capacidad para participar activamente en las decisiones relativas al embarazo y al parto, especialmente a través de instrumentos como el consentimiento informado o el plan de parto. Sin embargo, este reconocimiento ha suscitado también un debate doctrinal acerca de los eventuales límites jurídicos de dicha autonomía cuando las decisiones adoptadas por la mujer pueden incidir en la salud o la integridad del *nasciturus*. En este contexto, algunos autores han planteado la posibilidad de examinar si determinadas conductas de la gestante durante el embarazo o el parto podrían generar algún tipo de responsabilidad jurídica, ya sea en el plano civil o incluso penal.

El análisis de esta cuestión puede abarcar un abanico muy amplio de situaciones potencialmente conflictivas, desde conductas desarrolladas durante el embarazo hasta decisiones relativas a tratamientos médicos o estilos de vida. Con el fin de acotar el objeto de estudio, el presente apartado se centrará específicamente en las decisiones vinculadas a la modalidad y al lugar del parto, en particular en la elección entre el parto hospitalario y el parto domiciliario.

En el contexto europeo, el Tribunal de Estrasburgo reconoció que la elección de las circunstancias del nacimiento, incluido el lugar en el que este se produce, forma parte del ámbito protegido por el art. 8 CEDH²⁸. No obstante, el Tribunal también subrayó que esta materia plantea un delicado equilibrio entre la libertad de decisión de la gestante y la protección de la salud materna y neonatal, por lo que los Estados disponen de un amplio margen de apreciación para determinar cómo organizar y regular la asistencia al parto. En el contexto español, el TC no llegó a pronunciarse sobre la existencia de un eventual derecho fundamental a optar por el parto domiciliario (*supra*, § VI).

²⁸ Asuntos 28859/11 y 28473/12, *Dubská y Krejzová c. República Checa*, de 15 de noviembre de 2016 (*vid. supra*, § V).

De la comparación entre ambas decisiones se desprende una conclusión relevante: ni el TEDH ni el TC reconocen un derecho absoluto a dar a luz en el domicilio. Sin embargo, ambos tribunales coinciden en considerar que la elección de las condiciones del parto se inscribe en el ámbito de la autonomía personal de la mujer, de modo que cualquier limitación o intervención externa debe estar debidamente justificada y respetar las garantías jurídicas correspondientes. En este marco, y teniendo en cuenta que los Estados gozan de un amplio margen de apreciación en la organización de sus sistemas sanitarios, el ordenamiento español permite actualmente el parto domiciliario como una opción posible entre las alternativas disponibles para las gestantes. De hecho, en los últimos años se observa un interés creciente por esta modalidad de parto²⁹, en ocasiones vinculada a experiencias previas percibidas como negativas o excesivamente medicalizadas en el ámbito hospitalario, lo que lleva a algunas mujeres a buscar entornos que consideran más íntimos, respetuosos o acordes con sus expectativas sobre el proceso del nacimiento³⁰.

Las guías clínicas relativas al parto domiciliario, si bien carecen de carácter jurídicamente vinculante, establecen una serie de criterios destinados precisamente a garantizar la seguridad del proceso. De acuerdo con estas recomendaciones, el parto en el domicilio se considera una opción viable y recomendable en supuestos de embarazos de bajo riesgo, en los que no concurren patologías maternas, complicaciones obstétricas ni factores que incrementen el riesgo perinatal³¹. Si bien podría operar la presunción según la cual las mujeres embarazadas actúan guiadas por el interés y el bienestar de sus futuros hijos (Rothman, 1991), y que los padres son las personas que se hallan en mejor posición para juzgar qué es más beneficioso para sus hijos (Ferrer Riba, 2001: 17), ¿cómo debe reaccionar el ordenamiento jurídico cuando la decisión de la gestante en relación con el lugar del parto puede tener consecuencias para la salud del *nasciturus*?

En la doctrina española, se ha señalado que el derecho de la mujer a decidir sobre el lugar y la modalidad del parto no puede concebirse como un derecho absoluto, en la medida en que puede entrar en colisión con valores constitucionalmente protegidos vinculados a la vida y la integridad del futuro

²⁹ En España la mayoría de los nacimientos en casa ocurren en Cataluña, seguida por el País Vasco y Baleares (Galera-Barbero y Aguilera-Manrique, 2021: 1).

³⁰ Cabe mencionar que el sistema de salud público español dispensa cobertura sanitaria únicamente a los partos hospitalarios.

³¹ Según los Baremos de riesgos obstétricos (2013: 1-2), se identifican cuatro tipologías de gestación en función del riesgo: bajo riesgo (0), riesgo medio (1), riesgo alto (2) y muy alto (3).

hijo (Cabezuelo Arenas, 2023: 115). En este sentido, se sugiere la conveniencia de que el legislador establezca un marco normativo específico que regule el parto domiciliario, fijando tanto las condiciones en que este puede desarrollarse como las eventuales responsabilidades derivadas de su práctica³².

Desde la perspectiva penal, un elemento adicional que debe tenerse en cuenta en este debate es la previsión contenida en el art. 158 del Código Penal, relativo al delito de lesiones al feto por imprudencia grave, que excluye la responsabilidad penal de la mujer cuando el daño al feto se produce por imprudencia. Esta previsión normativa ha sido interpretada de forma diversa por la doctrina. Por un lado, algunos autores entienden que el legislador habría querido preservar la autonomía de la mujer durante el embarazo, evitando la criminalización de comportamientos que forman parte de decisiones íntimamente vinculadas con su esfera personal y reproductiva (Martín y Ribot, 2011: 553). Por otro lado, se ha sostenido que la existencia de una excusa absolutoria en el ámbito penal no impide necesariamente la eventual exigencia de responsabilidad civil, dado que la reparación del daño en el marco del art. 1902 CC no exige que la conducta sea constitutiva de delito (Atienza Navarro, 2012: 60; Fernández Bautista, 2015: 558; Cabezuelo Arenas, 2023: 118). No obstante, entendemos que la regla debe ser, en principio, la exclusión de responsabilidad de la madre cuando su comportamiento se sitúa dentro de lo que cabría considerar el estándar de una gestante razonable (De la Maza Gazmuri, 2012: 100), especialmente en contextos de embarazos de bajo riesgo y decisiones adoptadas tras recibir información adecuada.

Con todo, una parte de la doctrina ha planteado la posibilidad de que, en supuestos excepcionales, pudiera llegar a exigirse responsabilidad a la gestante por decisiones adoptadas durante el embarazo o el parto que puedan exponer al feto a un riesgo significativo. Esta tesis se ha formulado especialmente en relación con aquellos casos en los que la mujer persiste en una conducta objetivamente temeraria pese a la existencia de advertencias médicas claras, como podría ocurrir cuando se insiste en un parto domiciliario en contextos de embarazo de alto riesgo o cuando se rechazan intervenciones sanitarias consideradas necesarias para evitar un daño grave al feto (Cabezuelo Arenas, 2023: 116). Desde esta perspectiva, algunos autores han sugerido que, *de lege ferenda*, el régimen general de responsabilidad civil extracontractual podría llegar a aplicarse también a estas situaciones, sobre la base del principio *alterum non laedere* consagrado en el art. 1902 CC (Atienza Navarro, 2012: 60).

³² Cabezuelo Arenas (2023: 115), a partir del voto particular concurrente formulado por la magistrada Balaguer (VC en STC 66/2022).

Desde esta perspectiva, entendemos que debería excluirse cualquier imputación de responsabilidad derivada de eventuales consecuencias adversas cuando la decisión de optar por un parto domiciliario se adopta en el contexto de un embarazo de bajo riesgo. En consecuencia, cuando la decisión se ajusta a estos criterios, no parece razonable considerar que la gestante haya incrementado de forma jurídicamente reprochable el riesgo para el *nasciturus*.

Como se ha puesto de manifiesto, no nos podemos olvidar de que la introducción de acciones de responsabilidad civil frente a la madre suscita importantes objeciones desde el punto de vista jurídico y bioético. La introducción de acciones de responsabilidad civil frente a la madre por decisiones adoptadas durante el embarazo o el parto podría conducir a una forma indirecta de control jurídico sobre el comportamiento de las mujeres gestantes, trasladando al ámbito del derecho de daños la supervisión de elecciones íntimamente vinculadas con su autonomía personal y reproductiva (Paltrow y Flavin, 2013: 321; Martín y Ribot, 2011: 553). En efecto, la delimitación de las conductas susceptibles de generar responsabilidad plantea serias dificultades conceptuales, pues resulta complejo trazar una línea clara entre el ejercicio legítimo de la autonomía personal (Cabezuelo Arenas, 2023: 115).

A la luz de estas consideraciones, parece razonable afirmar que, en la práctica jurídica, el debate se ha orientado más hacia la eventual responsabilidad de los profesionales sanitarios que hacia la de la propia gestante (De Ángel Yágüez, 2002: 180; Bercovitz Rodríguez-Cano, 1999: 841; Gutiérrez Santiago, 2018: 33; Rodríguez Guitián, 2009: 295), lo que se explica tanto por la centralidad de la *lex artis* en el derecho sanitario como por las dificultades dogmáticas que plantea imputar jurídicamente a la gestante decisiones íntimamente vinculadas con su autonomía personal. Esta circunstancia puede explicar, al menos en parte, determinadas actuaciones institucionales como la comunicación realizada por el HUCA en las SSTC 66/2022 y 11/2023. En efecto, este tipo de actuaciones podrían responder no solo a una preocupación asistencial, sino también a una estrategia dirigida a evitar las posibles consecuencias jurídicas derivadas de una eventual omisión de actuación por parte del personal sanitario (Romero Berenguel, 2024a: 165).

IX. PROPUESTAS INTERPRETATIVAS Y CONCLUSIONES: HACIA UNA RECONSTRUCCIÓN CIVIL DE LA TUTELA FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El análisis desarrollado a lo largo de este trabajo pone de manifiesto que la VO no constituye un fenómeno marginal ni un mero déficit asistencial, sino una problemática jurídica compleja que interpela directamente a los

fundamentos del derecho civil contemporáneo. La persistencia de prácticas obstétricas no consentidas, normalizadas bajo la cobertura de la *lex artis* o de la protección del *nasciturus*, revela la existencia de tensiones no resueltas entre autonomía personal, organización sanitaria y estereotipos de género que el ordenamiento jurídico no puede seguir ignorando sin incurrir en déficits estructurales de tutela.

Desde una perspectiva civil, la primera conclusión que se impone es la necesidad de reafirmar el carácter central del consentimiento informado como manifestación concreta del derecho a la autodeterminación corporal, canalizada, por ejemplo, a través del plan de parto. La atención obstétrica no puede configurarse como un ámbito de excepción en el que dicho principio se vea sistemáticamente relativizado. La doctrina y la jurisprudencia han establecido con claridad que la ausencia de consentimiento informado genera antijuridicidad y responsabilidad, con independencia de la corrección técnica de la intervención.

En segundo lugar, resulta imprescindible avanzar hacia una concepción del daño moral que sea sensible al contexto específico de la VO. La experiencia de desposesión de la capacidad de decisión, la vivencia de humillación o de trato instrumental y la pérdida de control sobre el propio cuerpo constituyen lesiones graves de los derechos de la personalidad, aunque no se traduzcan en secuelas físicas objetivables. La infravaloración de estos daños en la práctica judicial refleja una comprensión aún insuficiente de su gravedad jurídica.

En este punto, conviene precisar que el derecho civil no se agota en la categoría tradicional de daño moral entendida en sentido estricto, sino que dispone de un haz más amplio de categorías conceptuales que permiten articular la reparación de estos supuestos. Entre ellas, cabe destacar, junto con el daño moral en sentido propio, la pérdida de oportunidad, particularmente relevante cuando la lesión se proyecta sobre la capacidad de decisión informada, y, en su caso, el daño corporal o físico cuando concurren secuelas objetivables derivadas de la intervención obstétrica. Abandonar una visión reduccionista del daño moral implica, por tanto, no solo reconocer su autonomía, sino también evitar su utilización como categoría omnicomprendiva en la que se diluyan otros conceptos diferenciados, cada uno con su propia lógica de imputación y, especialmente, de cuantificación. La correcta delimitación entre estas categorías, así como su posible concurrencia, constituye una cuestión central desde el punto de vista práctico, que condiciona de manera decisiva el alcance de la reparación. No obstante, una sistematización exhaustiva de estas categorías y de sus criterios de cuantificación excede de los límites de este trabajo, centrado prioritariamente en la dimensión de la autonomía y el consentimiento. Por ello, esta cuestión se remite a un estudio ulterior específicamente dedicado al análisis del daño en la violencia obstétrica desde la perspectiva de su tipología, concurrencia y valoración económica.

La integración de los estándares internacionales de derechos humanos constituye una tercera línea interpretativa imprescindible. La jurisprudencia del TEDH y, de manera especialmente clara, las decisiones del Comité de la CEDAW ofrecen criterios hermenéuticos que permiten contextualizar las vulneraciones producidas en el ámbito obstétrico y reconocer su dimensión estructural y de género. El art. 10.2 de la Constitución impone a los operadores jurídicos la obligación de interpretar los derechos fundamentales de conformidad con estos estándares.

En el plano normativo interno, la evolución del ordenamiento español muestra también signos de una progresiva visibilización de estas problemáticas. Aunque el legislador estatal no ha incorporado todavía una tipificación expresa de la VO, algunos elementos de reconocimiento indirecto pueden identificarse en la LO 1/2023, cuyo refuerzo de los derechos sexuales y reproductivos permite sostener interpretaciones extensivas orientadas a garantizar un mayor respeto a la autonomía de las mujeres durante el embarazo y el parto. A ello se suma el reconocimiento explícito de la VO en diversas legislaciones autonómicas, particularmente en Cataluña, el País Vasco y la Comunidad Valenciana, que han incorporado esta categoría dentro de sus marcos normativos sobre igualdad o violencia contra las mujeres. Este desarrollo normativo fragmentario evidencia que el fenómeno comienza a ser jurídicamente reconocido en el derecho interno, aunque todavía de manera desigual y con una limitada articulación sistemática.

Desde esta perspectiva, la resistencia mostrada hasta ahora por la jurisprudencia constitucional a incorporar explícitamente la categoría de VO no debería ser interpretada como un cierre definitivo del debate. Antes bien, pone de relieve el papel complementario que puede y debe desempeñar el derecho civil en la protección efectiva de los derechos de las mujeres. La responsabilidad civil sanitaria permite abordar las vulneraciones desde una lógica reparadora y preventiva, sin necesidad de esperar a un reconocimiento constitucional expreso de la VO como categoría autónoma.

Desde el punto de vista jurisprudencial, mientras el Tribunal Constitucional ha abordado los conflictos obstétricos fundamentalmente desde una lógica de ponderación entre la autonomía de la gestante y la protección de la vida o la salud del *nasciturus*, tendiendo en situaciones de urgencia a otorgar prevalencia a este último, la Sentencia del Tribunal Supremo 15/2026, de 13 de enero, introduce un enfoque distinto desde la jurisdicción civil. La Sala Primera desplaza el centro del análisis hacia la dimensión individual del consentimiento informado y reconoce la posibilidad de apreciar responsabilidad civil incluso en ausencia de infracción de la *lex artis* cuando se vulnera la capacidad de autodeterminación de la gestante. En este contexto, el plan de parto adquiere una relevancia jurídica

específica como manifestación anticipada de la voluntad de la paciente y como elemento probatorio para evaluar si la actuación sanitaria respetó efectivamente dicha autonomía. La sentencia consolida así la idea de un daño autónomo vinculado a la vulneración de la autonomía reproductiva y puede interpretarse como una corrección garantista frente a la cautela mostrada por la jurisdicción constitucional en situaciones de urgencia obstétrica.

Desde el punto de vista institucional, la responsabilidad civil por VO debería contribuir a una revisión de las prácticas asistenciales y de los protocolos sanitarios. La existencia de patrones reiterados de vulneración apunta a problemas organizativos que no pueden ser abordados exclusivamente desde la lógica de la culpa individual. En este contexto, la responsabilidad patrimonial de la Administración se configura como un cauce particularmente idóneo, en la medida en que permite desplazar el foco desde la conducta individual del profesional hacia el funcionamiento del servicio sanitario en su conjunto, incluyendo déficits organizativos, insuficiencias en los protocolos de información o fallos estructurales en la garantía del consentimiento informado. Asimismo, este título de imputación facilita la articulación de reclamaciones en las que el daño no se vincula exclusivamente a un error técnico, sino a la vulneración de derechos del paciente en el marco del funcionamiento normal o anormal del servicio público, lo que resulta especialmente relevante en supuestos de violencia obstétrica. No obstante, el alcance concreto de esta vía requiere un desarrollo más detenido que excede del presente trabajo.

En conclusión, el análisis civil de la VO permite afirmar que el ordenamiento jurídico español dispone ya de herramientas suficientes para ofrecer una tutela efectiva frente a estas prácticas, siempre que se utilicen de forma coherente con los valores constitucionales y los estándares internacionales de derechos humanos. Quizá la clave no reside tanto en la creación de nuevas categorías normativas como en una reinterpretación crítica de las existentes, capaz de visibilizar las vulneraciones producidas en el ámbito obstétrico y de reconocer su gravedad jurídica.

La VO interpela al derecho civil en su núcleo más profundo: la protección de la dignidad de la persona y de su capacidad de autodeterminación. Ignorar esta interpelación supone aceptar que existen espacios de la experiencia humana, y, en particular, de la experiencia femenina, en los que los derechos pueden ser relativizados sin consecuencias jurídicas relevantes. Asumirla, por el contrario, implica afirmar que el parto y la atención obstétrica forman parte del ámbito de la vida jurídica plenamente protegida, y que ninguna razón técnica o institucional puede justificar la negación de la autonomía y del daño sufrido por quienes la ven vulnerada.

Bibliografía

- Alonso, Lourdes, de Horna, Diana, Ferreiro Mediante, Susana, García Santiago, Begoña, Martín Alfaro, Hortensia, Montero, Diana y Willmott Amado, Lara (2014). Informe de la Campaña Stop Kristeller: cuestión de gravedad. *El Parto es Nuestro*, 1-28.
- Atienza Navarro, María Luisa (2012). La responsabilidad civil de los padres por las enfermedades o malformaciones con que nacen sus hijos en el ámbito de la procreación natural. En José Ramón de Verda y Beamonte (coord.). *Responsabilidad civil en el ámbito de las relaciones familiares* (pp. 51-82). Pamplona: Aranzadi.
- Barceló Doménech, Javier (2018). Consentimiento informado y responsabilidad médica. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 8, 279-296.
- Bercovitz Rodríguez-Cano, Rodrigo (1999). Responsabilidad sanitaria derivada del nacimiento de una niña con malformaciones; falta de diagnóstico sobre las malformaciones del feto; responsabilidad subjetiva y responsabilidad objetiva; interrupción del embarazo; daños derivados. *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, 50, 841-860.
- Brigidi, Serena (2025). Group Body Mapping: Exploring Intersectional Aspects of Obstetric Violence Through Embodiment—Experiences of Migrant Women in Situations of Vulnerability. *Qualitative Health Research*, 36 (1), 74-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10497323251316444>.
- Busquets Gallego, Marta (2019). *Mi embarazo y mi parto son míos*. Barcelona: Pol-len.
- Cabezuelo Arenas, Ana Laura (2023). El derecho de la mujer a decidir sobre el parto como vertiente de su intimidad. STC 66/2022, de 2 de junio (RTC\2022\66). *Derecho Privado y Constitución*, 43, 89-120. Disponible en: <https://doi.org/10.18042/cepc/dpc.43.03>.
- Castro Fernández, Elena (2025). Gordofobia y violencia obstétrica: intersecciones de opresión y prácticas eugenésicas. En Desirée Mena Tudela (ed.). *Violencia obstétrica e interseccionalidades* (pp. 131-148). Castellón: Universitat Jaume I.
- CEDAW (2017). *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, Nueva York: Naciones Unidas, CEDAW/C/GC/35, 1-22.
- Cuatrecasas, Elia (2026). Consentimiento informado en el parto instrumental y pérdida de oportunidad. *Elia Cuatrecasas Estudio Legal* [blog], 29-1-2026. Disponible en: <https://is.gd/HDMEzl>.
- Da Silva Carvalho, Isaiane y Santana-Brito, Rosineide (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería global*, 16 (47), 71-97. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.
- De Ángel Yágüez, Ricardo (2002). La tercera sentencia del Tribunal Supremo sobre casos de «wrongful birth». *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, 17, 179-202.

- De la Maza Gazmuri, Iñigo (2012). Antes de que nazcas: daños prenatales en el ámbito estadounidense, una visión muy panorámica. En José Ramón Verda y Beamonte (coord.). *Responsabilidad civil en el ámbito de las relaciones familiares* (pp. 83-102). Pamplona: Aranzadi.
- De Lorenzo, Ofelia (2026). STS 9/2026: El Plan de Parto y la redefinición del consentimiento en Obstetricia. *Togas.biz* [blog], 13-2-2026. Disponible en: <https://is.gd/4zAPLJ>.
- DeBaets, Amy Michelle (2017). From Birth Plan to Birth Partnership: Enhancing Communication in Childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216 (1), 31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.087>.
- Díaz García, Luis Iván y Fernández, Yasna (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51, 123-143. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>.
- El Parto es Nuestro (2026). Sí, la información es un derecho, también en el parto. *Elpartoesnuestro* [blog], 11-2-2026. Disponible en: <https://is.gd/DW1bnu>.
- Esteve Alguacil, Laura (2026). Obstetric Violence in Spain: An Elusive Legal Concept. *Violence Against Women*, (forthcoming). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10778012261440270>.
- Fernández Bautista, Silvia (2015). Comentario al art. 157 del Código Penal. En Mirentxu Corcoy Bidasolo y Santiago Mir Puig (dirs.) y Juan Sebastián Vera Sánchez (coord.). *Comentarios al Código Penal: reforma LO 1/2015 y LO 2/2015* (pp. 556-558). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ferrándiz Mares, Claudia, Llinares Ramal, Sandra, Seguí Manzaneque, Sara, Pérez López, Ana Isabel, Segura Barrachina, Sandra, Jareño Roglán, Enrique Javier y Albert i Ros, Xavier (2023). Atención al nacimiento durante la pandemia COVID-19: restricciones al acompañamiento y cuidados de las madres infectadas. *Revista de Lactancia Materna*, 1, 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.14201/rlm.30744>.
- Ferrer Riba, Josep (2001). Relaciones familiares y límites del derecho de daños. *InDret*, 4, 1-21.
- Frías, Sonia y Castro, Roberto (2024). Mistreatment, Abuse, and Gender-Based Violence During Childbirth: A Longitudinal Analysis of Obstetric Violence in México (2011-2021). *Violence Against Women*, 31 (14), 3496-3522. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10778012241289426>.
- Galera-Barbero, Trinidad y Aguilera-Manrique, Gabriel (2021). Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (7), 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073784>.
- Goldstein, Jessica Taylor, Eden, Aimee R., Taylor, Melina K., Dotson, Andrea y Barreto, Tyler (2022). Impact of COVID-19 on Perinatal Care: Perceptions of Family Physicians in the United States. *Birth*, 00, 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12637>.

- Gutiérrez Santiago, Pilar (2018). Responsabilidad médico-sanitaria por daños vinculados a la concepción, gestación y nacimiento de la persona. *Revista Boliviana de Derecho*, 26, 18-57.
- Jiménez Sánchez, Carolina (2021). La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: el caso S.F.M. contra España. *Deusto Journal of Human Rights*, 7, 157-178. Disponible en: <https://doi.org/10.18543/djhr.1962>.
- Jurado García, Estefanía y Baena Antequera, Francisca (2021). Episiotomía y violencia obstétrica. *Hygia de enfermería. Revista científica del colegio de enfermería de Sevilla*, 101, 45-50.
- Human Rights Council (2016). *Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice, with Regard to Health and Safety (A/HRC/32/44)*, 1-23.
- Iglesias, Susana, Conde, Marta, González Sofía y Parada, M.^a Esther (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4 (1), 77-97.
- Lothian, Judith (2006). Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 35 (2), 295-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>.
- Mayopoulos, Gus, Ein-Dor, Tsachi, Li, Kevin G., Chan, Sabrina J. y Dekel, Sharon (2021). COVID-19 Positivity Associated with Traumatic Stress Response to Childbirth and No Visitors and Infant Separation in the Hospital. *Scientific Reports*, 11 (1), 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4>.
- Martín Badia, Júlía, Biurrun-Garrido, Ainoa, Goberna-Tricas, Josefina y Obregón-Gutiérrez, Noemí (2024). Rethinking the Birth Plan After the Pandemic: A Qualitative Study of the View of Spanish Midwives. *Heliyon*, 10 (23), 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e40474>.
- Martín Casals, Miquel y Ribot, Jordi (2011). Daños en el derecho de familia. Un paso adelante, dos atrás. *Anuario de Derecho Civil*, 64, 503-561.
- Martínez San Millán, Carmen (2023). España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer n.º 154/2020, de 23 de febrero de 2023. *Revista de Estudios Europeos*, 82, 285-298. Disponible en: <https://doi.org/10.24197/ree.82.2023.285-298>.
- Massó Guijarro, Ester (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>.
- Matia Portilla, Francisco Javier (2023). ¿Puede un órgano judicial acordar el ingreso hospitalario de una mujer embarazada sin oír a la afectada y al margen de sus competencias legales? (STC 66/2022, de 22 de junio). *Revista Española de Derecho Constitucional*, 128, 239-268. Disponible en: <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.128.08>.
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura y Valero-Chilleron, María Jesús

- (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7726), 1-14.
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura y Valero-Chilleron, María Jesús (2021a). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (199), 1-13.
- Mena-Tudela, Desirée, Iglesias-Casás, Susana, González-Chordá, Víctor Manuel, Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, Laura y Valero-Chilleron, María Jesús (2021b). Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (3359), 1-17.
- Noticias Jurídicas (2026). El consentimiento informado para una cirugía no vale para otra distinta, aunque tengan riesgos similares. *Noticias jurídicas*, 5-3-2026. Disponible en: <https://is.gd/APWzXS>.
- O'Brien, Elizabeth y Rich, Marian (2022). Obstetric Violence in Historical Perspective. *The Lancet*, 399 (10342), 2183-2185. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4).
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Disponible en: <https://is.gd/5CXjtX>.
- Ortiz Fernández, Manuel (2021). *El consentimiento informado en el ámbito sanitario. Responsabilidad civil y derechos constitucionales*. Madrid: Dykinson. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0dtr>.
- Ortiz Fernández, Manuel (2025). Menores de edad, discapacidad y consentimiento informado. En Pedro Chaparro Matamoros (dir.). *La situación personal y patrimonial del menor de edad ante el derecho hoy* (pp. 271-293). A Coruña: Colex. Disponible en: <https://doi.org/10.69592/979-13-7011-421-3-CAP-9>.
- Paltrow, Lynn M. y Flavin, Jeanne (2013). Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973-2005: Implications for Women's Legal Status and Public Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (2), 299-343. Disponible en: <https://doi.org/10.1215/03616878-1966324>.
- Paris Angulo, Sandra y Gracia Suárez, Alba (2021). Parir en tiempos de COVID-19: aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, 39, 36-44.
- Parlamento Europeo (2024). *Obstetric and Gynaecological Violence in the EU - Prevalence, Legal Frameworks and Educational Guidelines for Prevention and Elimination*, 1-205.
- Pelayo González-Torre, Ángel (2009). *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica*. Granada: Comares.
- Presno Linera, Miguel Ángel (2022). *Libre desarrollo de la personalidad y derechos fundamentales*. Madrid: Marcial Pons. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/jj.26844216>.

- Robles Rosa, Ana Cristina y Jódar Martínez, Rosalía (2024). Violencia obstétrica y su relación con las complicaciones psicológicas durante el puerperio. *Escritos de Psicología*, 17 (2), 72-83. Disponible en: <https://doi.org/10.24310/escpsi.17.2.2024.20294>.
- Rodríguez Guitián, Alma (2009). *Responsabilidad civil en el derecho de familia: Especial referencia al ámbito de las relaciones paterno-filiales*. Cizur Menor: Civitas.
- Rodríguez Mira, Javier y Martínez Gandolf, Alejandra (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35 (3), 211-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>.
- Rodríguez Mira, Javier y Martínez Gandolf, Alejandra (2022). La violencia obstétrica negada en España. *Enfermería Clínica*, 32 (1), 82-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.008>.
- Romero Berenguel, Adrián (2024a). Ingreso Forzoso durante el Parto: Entre la Autonomía Materna y la Violencia Obstétrica. Análisis de la STC 11/2023, de 23 de febrero. *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 1 (60), 153-165. Disponible en: <https://doi.org/10.1387/rdgh.27371>.
- Romero Berenguel, Adrián (2024b). Violencia obstétrica en el contexto español. Necesidad de su análisis. *Zenodo*, 1-3.
- Rothman, Barbara Katz (1991). *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: W. W. Norton and Co Inc.
- Salvador Coderch, Pablo, Ramos González, Sonia, Gómez Ligüerre, Carlos, Rubí Puig, Antonio, Luna Yerga, Álvaro y Milà Rafel, Rosa (2025). Derecho de Daños (DdD): Análisis, aplicación e instrumentos comparados. *InDret*. Disponible en: <https://is.gd/RgTKGY>.
- Sánchez-García, María José, Martínez-Rojo, Francisco, Galdo-Castiñeiras, Jesús A., Echevarría-Pérez, Paloma y Morales-Moreno, Isabel (2021). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics*, 16 (3), 196-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1477750920971798>.
- Šimonović, Dubravka (2019). A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence (A/74/137). *United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women*, 1-23.
- Torres Díaz, María Concepción (2023). Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [BOE, núm. 51, de 1 de marzo de 2023]: La dimensión constitucional de los derechos sexuales y derechos reproductivos. *Ars Iuris Salmanticensis*, 11 (1), 156-161.
- Williams, Caitlin, Jerez, Celeste, Klein, Karen, Correa, Malena, Belizan, Jose y Cormick, Gabriela (2018). Obstetric Violence: A Latin American Legal Response to Mistreatment During Childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125 (10), 1208-1211. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>.

- Williams, Caitlin y Meier, Benjamin (2019). Ending the Abuse: The Human Rights Implications of Obstetric Violence and the Promise of Rights-Based Policy to Realise Respectful Maternity Care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27 (1), 9-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899>.
- Zaballos Zurilla, María (2025). La violencia obstétrica como forma de violencia de género en España. *Musas*, 10 (2), 86-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2025.vol10.num2.5>.