

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

La violència obstètrica com a forma de violència de gènere a Espanya
Obstetric Violence as a Form of Gender-Based Violence in Spain

MARÍA ZABALLOS ZURILLA 

Universidad de Castilla-La Mancha (Cuenca, España)

Correo electrónico: maria.zzurilla@uclm.es

Recibido: 22/05/2025

Aceptado: 04/08/2025

Publicado: 30/11/2025



Copyright © 2025, María Zaballos Zurilla

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

RESUMEN

El presente trabajo estudia la violencia obstétrica como forma de violencia contra las mujeres. Se trata de una manifestación de la violencia de género poco visibilizada y, en ocasiones normalizada, que poco a poco va recibiendo la atención que merece. El presente estudio, tras examinar la noción de violencia obstétrica y sus manifestaciones, se centra en el marco normativo y las pioneras resoluciones de diversos tribunales españoles sobre ella. Finalmente, se hace referencia también en el trabajo a las distintas recomendaciones del CEDAW al Estado español sobre esta importante materia.

Palabras clave: violencia obstétrica, marco normativo, sentencias, CEDAW.

RESUM

Aquest treball estudia la violència obstètrica com a forma de violència contra les dones. Es tracta d'una manifestació de violència de gènere poc visible i, en ocasions, normalitzada, que progressivament rep l'atenció que mereix. Aquest estudi, després d'examinar la noció de violència obstètrica i les seves manifestacions, se centra en el marc normatiu i en les decisions pioneres de diversos tribunals espanyols sobre aquesta qüestió. Finalment, també es fa referència en el treball a les diverses recomanacions del Comitè CEDAW a l'Estat espanyol sobre aquesta matèria tan important.

Paraules clau: violència obstètrica, marc legal, sentències, CEDAW.

ABSTRACT

This paper studies obstetric violence as a form of violence against women. It is a manifestation of gender violence that is little visible and, at times, normalized, which is gradually receiving the attention it deserves. This study, after examining the notion of obstetric violence and its manifestations, focuses on the regulatory framework and the pioneering decisions of various Spanish courts on it. Finally, reference is also made in the work to the various recommendations of the CEDAW to the Spanish State on this important matter.

Keywords: obstetric violence, legal framework, sentences, CEDAW.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica ha comenzado a visibilizarse en los últimos años como una forma específica de violencia contra la mujer que ocurre en el contexto de la atención sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto. A lo largo del tiempo se han realizado diversas investigaciones que ponen de manifiesto su existencia. Por ejemplo, en España, en un estudio efectuado durante el año 2019, publicado en 2021, la violencia obstétrica fue reportada por el 67,4% (606) de las mujeres encuestadas, concretamente, el 25,1% (226) sufrió violencia verbal, el 54,5% (490) física y el 36,7% (330) psicoafectiva (Martínez-Galiano et al., 2021). A pesar de ello, no existe un acuerdo uniforme sobre la definición de la violencia obstétrica que, a mi juicio, es un subtipo de violencia ginecológica (vid. Maravall Buckwalter, 2025), como comprobaremos.

El presente análisis de carácter jurídico tiene por objeto, en primer lugar, realizar una aproximación al concepto de violencia obstétrica. Para ello se contemplará su tratamiento y definición en documentos europeos, ordenamientos jurídicos internacionales e importantes organismos como la Organización Mundial de la Salud. Se estudiarán sus características y las formas que adopta.

En segundo lugar, se examinará la normativa española, tanto estatal como autonómica, en relación con la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer. Una vez estudiada, se valorará si dicho marco normativo ofrece una protección adecuada frente a esta tipología de prácticas y se identificarán las deficiencias que pudieran existir.

En tercer lugar, se explorarán diversos pronunciamientos de los tribunales españoles que han tenido ocasión de juzgar asuntos sobre esta problemática. Aunque la violencia obstétrica no está expresamente contemplada como tal en la legislación estatal española, estas sentencias han abordado conductas que pueden enmarcarse en esta forma de violencia, lo que permite observar la interpretación que los jueces y tribunales hacen de estas situaciones.

Por último, se aludirá a los dictámenes que hasta la fecha han sido emitidos por el CEDAW en los que estima que se han dado casos de violencia obstétrica en España. Estos pronunciamientos, si bien no tienen carácter vinculante, constituyen importantes referencias interpretativas del cumplimiento de las obligaciones internacionales asumidas por el Estado español en materia de derechos humanos de las mujeres.

Todo ello permitirá elaborar una radiografía completa de la situación jurídica actual de esta forma de agresión ejercida contra las mujeres en un momento especialmente íntimo y vulnerable como es la atención obstétrica.

METODOLOGÍA

El estudio se ha llevado a cabo mediante una de las técnicas más habituales de investigación jurídica: la revisión bibliográfica. Para ello, en primer lugar, se realizó la búsqueda de bibliografía sobre la materia utilizando diversas palabras clave como «violencia obstétrica», «violencia de género», «consentimiento informado», «jurisprudencia», «legislación», y su versión en inglés.

Para ello, se consultaron diversas bases de datos como Scileo, Dialnet, Google Scholar, Scopus y, también, repositorios de revistas especializadas en la materia, tal y como queda reflejado en la bibliografía del trabajo. Además, se consultaron bases de datos jurídicas como el «Centro de Documentación Judicial» (CENDOJ) y Aranzadi para encontrar sentencias en materia de violencia obstétrica.

En segundo lugar, se procedió a la lectura y al análisis de todos los materiales recopilados.

Finalmente, se estructuró y redactó el trabajo.

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Antes de proceder a analizar el acervo normativo y los pronunciamientos de tribunales en materia de violencia obstétrica, a fin de delimitar el marco del trabajo, es necesario tratar de esclarecer en qué consiste esta forma de violencia.

La Organización Mundial de la Salud en su declaración «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud» ha mostrado su preocupación por este tipo de prácticas y subraya que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

También, ya en el año 1999, el 2 de febrero, el Comité de la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la mujer (CEDAW) adoptó la Recomendación general núm. 24 referente a «Mujer y Salud», donde subraya la obligación de los Estados de eliminar toda forma de discriminación a la mujer, concretamente, en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante el embarazo, parto y posparto.

Más recientemente, el estudio «Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination», llevado a cabo en abril de 2024 por el Parlamento Europeo, a petición la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del mismo (FEMM por sus siglas en inglés), alude a estas formas de violencia contra la mujer en los siguientes términos:

Si bien la violencia obstétrica se puede sufrir durante el embarazo, el parto y el puerperio, las mujeres pueden experimentar violencia ginecológica durante las consultas ginecológicas a lo largo de su vida. Estas prácticas se consideran violentas por su carácter estructural. Es decir, estas prácticas son el resultado de un contexto organizacional que facilita la aparición y el mantenimiento de patrones de comportamientos violentos y abusivos dentro de los centros de salud.

En la legislación internacional, podemos encontrar algunas definiciones de la violencia obstétrica. Sin ánimo de exhaustividad, cabe mencionar las siguientes.

En primer lugar, en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) de Venezuela, país pionero en incluir la violencia obstétrica en su legislación, la define, dentro de las formas de violencia de género en contra de las mujeres, como

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (artículo 15. 13).

Esta definición legal resalta las dinámicas de poder y la afectación a la capacidad de decisión de la mujer.

En segundo lugar, la Ley argentina 26.485, de Protección Integral para Prevenir, Sanccionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009) en su artículo 6 la define en los siguientes términos: «aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los proce-

sos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929».

En Europa, es pionera la Ley portuguesa 33/2025, de 31 de marzo, «Promueve los derechos en el embarazo y el parto» contra la Violencia Obstétrica, aprobada en abril de 2025, que persigue un claro objetivo: reducir prácticas médicas durante el parto consideradas innecesarias o perjudiciales, como la episiotomía. Define la violencia obstétrica como:

la acción física y verbal ejercida por los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procedimientos en el área reproductiva de las mujeres u otras personas gestantes, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de la medicalización o en la patologización de los procesos naturales, irrespetando el régimen de protección en la preconcepción, en la procreación médicamente asistida, en el embarazo, parto y puerperio previstos en la sección II del capítulo III de la Ley 15/2014, de 21 de marzo.

Por ende, reconoce explícitamente el derecho de las mujeres a un parto en el que se respeten sus derechos, informado y libre de intervenciones innecesarias.

La norma portuguesa incluye diversas medidas interesantes, como la formación de profesionales de la salud en derechos humanos, que conlleven a la disuasión de realizar actos de violencia obstétrica (art. 4), la obligación de registrar justificadamente todos los actos médicos o de enfermería que se realicen durante el parto (art. 7) o la inclusión de penalizaciones en la financiación y sanciones económicas que se aplicarán a los hospitales, cuando incumplan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los parámetros definidos por la Dirección General de Salud y la investigación disciplinaria a los profesionales de la salud, si se realizan prácticas no justificadas como episiotomías de rutina (art. 8), entre otras. Esta norma supone un hito histórico que debe servir de ejemplo al resto de países europeos para impulsar una legislación explícita y contundente, que sirva para poner freno a este tipo de violencia contra las mujeres.

Finalmente, en la doctrina, la violencia obstétrica ha sido definida como «las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser consideradas como violentas» (Mir Rodríguez y Martínez Gandolfi, 2021). Esta definición, aunque amplia, reconoce la importancia de la percepción de la

mujer como elemento central para identificar la violencia, poniendo el foco en su experiencia subjetiva para determinar si un trato o procedimiento ha sido violento. Más allá de la mera negligencia médica, la violencia obstétrica implica un trato deshumanizado y una intervención desproporcionada, a menudo innecesariamente medicalizada, en el proceso natural del embarazo, parto y puerperio, lo que vulnera los derechos de las mujeres y afecta negativamente a su salud (Moreno Sánchez, 2023).

Sin embargo, a pesar de los avances en la materia, pienso que la falta de una definición unificada, especialmente en el ámbito legal español —al que aludo posteriormente—, representa un desafío para la creación de marcos normativos coherentes y para la efectiva protección de las mujeres (Goberna-Tricas, 2019).

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La conexión entre la violencia obstétrica y la violencia de género radica en que las mujeres son objeto de estas prácticas de manera desproporcionada y en un contexto social y cultural que históricamente ha minusvalorado sus experiencias y necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La violencia obstétrica se enmarca en un sistema patriarcal que ejerce control sobre los cuerpos de las mujeres y sus procesos reproductivos.

Algunos autores han señalado las características que comparte la violencia obstétrica con otras formas de violencia contra la mujer, como:

Control y dominación: en esta forma de violencia se pretende controlar y dominar el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres, imponiendo decisiones y procedimientos sin su consentimiento informado, o en contra de sus deseos. En este sentido, García (2021) considera que «la violencia obstétrica, en tanto que violencia de género, es una forma de control social: sigue el patrón de subordinación de las mujeres y de dominación de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional de la salud».

Impacto diferenciado: afecta de manera específica a las mujeres, causando daños físicos, psicológicos y emocionales particulares.

Normalización social: al igual que otras formas de violencia de género, la violencia obstétrica a menudo está normalizada y justificada socialmente, lo que dificulta su reconocimiento y denuncia. En esta línea, Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila (2017) apuntan que

La violencia obstétrica se produce en un momento de vulnerabilidad física y psíquica como es el parto, durante el cual la mujer se encuentra en un entorno ajeno a ella y donde existe una relación clara de poder entre el/la profesional de la salud y la parturienta. Si a estos hechos le sumamos que ni las mujeres, ni muchas veces los profesionales, los identifican como violencia y que, además dichos actos se producen en instituciones públicas, dependientes de los gobiernos (normalmente autonómicos en España), se puede afirmar que la violencia obstétrica es además violencia de género, institucional y simbólica.

PRINCIPALES FORMAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica puede manifestarse de diversas formas durante el embarazo, el parto y el posparto (Da Silva Carvalho y Santana Brito, 2017). Sin ánimo de exhaustividad, destacan las siguientes:

Violencia física

Incluye agresiones físicas directas, como:

1. Maniobra de Kristeller: consiste en realizar presión sobre el fondo uterino durante la fase expulsiva para acelerar el parto, es una práctica desaconsejada por la OMS debido a sus riesgos. Según el informe de la Campaña Stop Kristeller el 93,5% de las entrevistadas no recibió ningún tipo de información antes de la realización de la maniobra, lo que evidencia la desinformación acerca de la práctica.
2. Episiotomía rutinaria: es una incisión quirúrgica en el periné que se realiza de forma sistemática sin una justificación médica clara (Vid. Jurado García y Baena Antequera, 2021).
3. Uso excesivo de fórceps o ventosa: la aplicación de estos instrumentos sin una indicación clara o de forma inadecuada, causando lesiones a la madre o al bebé.
4. Inmovilización física: supone la sujeción de la mujer a la cama o a la camilla durante el parto sin necesidad clínica.

Violencia psicológica y emocional

El impacto psicológico de la violencia obstétrica es una manifestación clara de su naturaleza como violencia de género. Las mujeres que la sufren pueden experimentar traumas relacionados con el parto, depresión posparto y trastorno de estrés postraumático (Robles Rosa y Jodar Martínez, 2024). La violencia psicológica y emocional comprende actitudes y comportamientos que humillan, intimidan, desvalorizan o generan miedo y angustia en la mujer, como:

1. Comentarios despectivos o humillantes: críticas sobre el comportamiento de la mujer durante el parto, burlas o comentarios ofensivos sobre su cuerpo.
2. Amenazas o coacciones: presionar a la mujer para que acepte determinados procedimientos bajo la amenaza de consecuencias negativas para ella o su bebé.
3. Ignorar las peticiones de la mujer: no tener en cuenta sus preferencias o necesidades durante el parto. Por ejemplo, negar la elección de la posición del parto.
4. Falta de apoyo emocional: dejar a la mujer sola durante largos periodos de tiempo, no ofrecerle información o explicaciones sobre lo que está sucediendo. También, impedir que esté acompañada por su pareja sin justificación.

Violencia verbal

Se refiere al uso de lenguaje ofensivo, amenazante o condescendiente, como:

1. Gritos o regaños: reprender a la mujer por expresar dolor o miedo.
2. Lenguaje infantilizado: firgirse a la mujer como si fuera una niña, utilizando diminutivos o un tono paternalista.
3. Información contradictoria o confusa: generar incertidumbre y ansiedad en la mujer.

Omisión de información y consentimiento informado

Es uno de los supuestos más comunes. Implica la falta de información adecuada sobre el proceso de parto, las intervenciones propuestas y las alternativas disponibles, así como la realización de procedimientos sin el consentimiento libre e informado de la mujer, como:

1. No explicar los riesgos y beneficios de las intervenciones: ocultar información relevante para que la mujer pueda tomar una decisión informada.
2. Realizar procedimientos sin preguntar o sin esperar el consentimiento: imponer prácticas sin dar a la mujer la oportunidad de expresar su opinión.
3. No respetar el plan de parto: ignorar las preferencias de la mujer expresadas en su plan de parto sin una justificación médica.

Prácticas invasivas y medicalización innecesaria

Se refiere a la realización de intervenciones médicas de forma rutinaria o sin una indicación clínica clara, que pueden ser invasivas y generar incomodidad o dolor innecesario, como:

1. Rasurado perineal sistemático: depilación del vello púbico, que ya no se considera necesario en todos los casos.
2. Enema rutinario: administración de un laxante antes del parto, que tampoco se considera necesario de forma sistemática.
3. Goteo de oxitocina para acelerar el parto sin indicación clara: uso de hormonas para inducir o acelerar las contracciones sin una razón médica justificada.
4. Monitorización fetal continua en partos de bajo riesgo: uso constante de un dispositivo para controlar el ritmo cardíaco del bebé que puede limitar la movilidad de la mujer.
5. Separación madre-bebé sin justificación médica: retrasar o impedir el contacto piel con piel inmediato después del nacimiento, que tiene importantes beneficios para ambos.

Discriminación y trato deshumanizado

Se refiere a actitudes y comportamientos que discriminan a la mujer por su origen, raza, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra condición, o que la tratan como un objeto o un cuerpo sin tener en cuenta sus emociones, necesidades o preferencias, como: comentarios racistas o xenófobos, gordofóbicos (Vid. Castro Fernández, 2025), actitudes homófobas o transfóbicas, falta de respeto a la intimidad de la mujer, no llamar a la mujer por su nombre o dirigirse a la mujer en tercera persona.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN ESPAÑA

España no cuenta con una ley sobre violencia obstétrica a nivel estatal, como tendremos ocasión de ver, ni siquiera está contemplada como forma de violencia de género. No obstante, el ordenamiento jurídico español contempla diversos mecanismos legales que protegen los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, y que pueden ser utilizados para abordar situaciones de violencia obstétrica.

La Constitución Española y el derecho a la integridad física y moral

El artículo 15 de la Constitución Española establece «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes». Este derecho fundamental es aplicable en el

ámbito sanitario y protege a las mujeres frente a cualquier práctica médica que vulnere su integridad física o moral durante el embarazo, parto o posparto.

La violencia obstétrica, en sus diversas manifestaciones, puede constituir una vulneración del derecho a la integridad física y moral, especialmente cuando implica un trato deshumanizado, la realización de procedimientos invasivos sin consentimiento o la causación de daños físicos o psicológicos innecesarios, como he señalado previamente. Esta forma de violencia también puede ampararse dentro del art. 10 de la CE, que destaca la dignidad de la persona como fundamento del orden político y la paz social.

La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Esta ley integral tiene como objetivo actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia (art. 1).

Si bien la definición estricta de esta ley se centra en la violencia ejercida por la pareja o expareja, su espíritu y principios rectores pueden ser aplicados a la violencia obstétrica en tanto que esta se considera hoy, de forma prácticamente generalizada, como una manifestación de la violencia de género. La ley establece una serie de medidas de sensibilización, prevención, detección, atención y protección a las víctimas de violencia de género que podrían extenderse al ámbito de la violencia obstétrica.

Además, la ley reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violencia de género a recibir una atención integral y de calidad en todos los ámbitos, incluyendo el sanitario. En concreto, los arts. 15 y 19 bis instan a las administraciones sanitarias a promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género. Sin embargo, aunque la ley habla de un conjunto de medidas que permitan la protección integral de la mujer, lo que debería implicar también el derecho a un trato respetuoso y a la toma de decisiones informadas durante el proceso de embarazo, parto y posparto, no alude a la violencia que estas pueden sufrir ni a que medidas deberían adoptarse durante la asistencia ginecológica ni obstétrica. Por ello, creo que sería interesante que al menos se hiciera referencia a esta forma de violencia, aunque después se remita a lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Esta ley consagra los derechos de los pacientes a la autonomía, a la información y al consentimiento informado en relación con todas las actuaciones sanitarias que les conciernen y, por tanto, las mujeres pueden servirse de ella para proteger sus derechos durante el embarazo, el parto y el posparto.

Los derechos más relevantes para luchar contra la violencia obstétrica consagrados en esta ley son:

1. Derecho a la información. Las mujeres tienen derecho a recibir información clara, comprensible y adecuada sobre el proceso de embarazo, las diferentes opciones de parto, los procedimientos que se les proponen, los riesgos y beneficios de cada intervención, y las alternativas disponibles.
2. Derecho al consentimiento informado. Toda actuación sanitaria necesita, con carácter general, el consentimiento libre y voluntario del paciente, después de haber recibido la información adecuada. Este consentimiento debe ser verbal por regla general, pero se exige por escrito en determinados casos, como las intervenciones quirúrgicas.
3. Derecho a la autonomía. Las mujeres tienen derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y su salud, incluyendo la elección del tipo de parto (dentro de las posibilidades clínicas), la aceptación o rechazo de intervenciones médicas, y la participación en la elaboración de su plan de parto.

La violencia obstétrica, como tendremos ocasión de ver, a menudo se manifiesta a través de la vulneración de estos derechos, como la realización de procedimientos sin informar adecuadamente a la mujer, la imposición de prácticas en contra de su voluntad, o la falta de respeto a sus decisiones.

La Ley Orgánica 1/2023, que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Esta norma, aunque deja pasar la oportunidad de hacer alusión expresa a la violencia obstétrica, introduce algunos cambios significativos al incluir una definición de los siguientes conceptos en su artículo 2:

5. Intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas: Aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en

el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias.

7. Violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo: Todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad.

8. Esterilización forzada: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de una intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de modo natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.

9. Anticoncepción forzada: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la intervención médica por cualquier vía, también medicamentosa, que tenga análogas consecuencias a la esterilización forzada.

10. Aborto forzado: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado, a excepción de los casos a los que se refiere el artículo 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 noviembre». Son los supuestos en que existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley o cuando hay riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Precisamente, como hemos tenido ocasión de ver, estas son algunas de las formas que adopta la violencia obstétrica. No obstante, considero que sería relevante que en la legislación aludiera a la violencia obstétrica de forma expresa. Aunque la inclusión de estos conceptos refleja que la preocupación que genera esta forma de violencia frente a las mujeres comienza a ser tenida en cuenta, y que las recomendaciones que ha realizado el CEDAW, a las que me referiré después, han sido tenidas en consideración por el legislador, todavía queda un largo camino por recorrer.

Estrategia de Atención al Parto Normal

Un ejemplo esencial en la contienda contra este tipo de violencia contra la mujer es la «Estrategia de Atención al Parto Normal» del Ministerio de Sanidad. Esta estrategia fue aprobada en 2007 y, aunque no tiene rango de ley, ofrece recomendaciones basadas en la evidencia científica para luchar contra la violencia obstétrica, si bien llama la atención que en ningún momento se aluda en el documento a este tipo de violencia explícitamente.

Uno de los objetivos principales de la Estrategia es reducir la medicalización innecesaria del parto y promover una atención más humanizada y centrada en la mujer.

Las medidas más relevantes que contempla para frenar la violencia obstétrica son las siguientes:

- Fomentar el protagonismo de la mujer garantizando su participación en el proceso de atención, respetando sus decisiones y preferencias.
- Eliminar/reducir las prácticas obsoletas y perjudiciales realizadas de forma rutinaria (episiotomías, enemas o rasurados) y que no están respaldadas por evidencia científica.
- Impulsar la formación continua del personal sanitario, en especial sobre violencia obstétrica, con perspectiva de género y derechos humanos. Se pretende, entre otras medidas, capacitar al personal sanitario implicado en la atención al parto normal para mejorar la comunicación con las mujeres y poder facilitar y compartir las decisiones y las responsabilidades.
- Mejorar la evaluación de la atención al parto y publicar los principales indicadores por hospital, público o privado, para garantizar la calidad y detectar posibles prácticas abusivas.
- La identificación de buenas prácticas en la atención al parto normal, el análisis de los procesos de innovación aplicados y su difusión para su posible replicación en otros lugares.

Como se observa, todas estas medidas van encaminadas a erradicar la violencia obstétrica y promover una atención al parto que respete los derechos y la dignidad de las mujeres.

La legislación catalana

La Ley 17/2020, de 22 de diciembre, modificó la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, incorporando una definición detallada de la violencia obstétrica en el art. 4. 2. Letra d). Esta definición incluye prácticas como la esterilización forzada, el embarazo forzado, la imposición de procedimientos sin consentimiento informado, y la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos o de reproducción asistida. También se considera violencia obstétrica el trato despectivo o la falta de respeto hacia

las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Además, el Gobierno de la Generalitat ha implementado un plan específico para abordar la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Este plan, dotado con 7 millones de euros y compuesto por 50 acciones hasta 2028, incluye la reducción de cesáreas no justificadas, la mejora en el acceso a la fecundación asistida y la formación del personal sanitario en derechos reproductivos. Entre sus medidas sobresale la creación de comisiones de violencia obstétrica para supervisar y garantizar prácticas respetuosas, promoviendo una atención de calidad centrada en la mujer.

Todo ello convierte a Cataluña en la Comunidad Autónoma de referencia al reconocer y abordar la violencia obstétrica desde una perspectiva legislativa y política, estableciendo un marco normativo y acciones concretas para erradicar esta forma de violencia de género.

Más tímidamente, la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, desde el año 2021, en el art. 59 bis 1 reconoce como derecho de las mujeres en la letra b) el de «garantizar las medidas proclives a combatir la violencia obstétrica definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS)». También, 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, del País Vasco, en el art. 54, identifica como violencia machista diversas prácticas tradicionales perjudiciales, entre ellas, la violencia obstétrica.

SENTENCIAS DE TRIBUNALES ESPAÑOLES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En este apartado se examinarán algunos de los casos más relevantes sobre violencia obstétrica sobre los que los tribunales han tenido ocasión de pronunciarse.

«Caso Oviedo»: Sentencia 66/2022, de 2 de junio, del Tribunal Constitucional (ECLI:ES:TC:2022:66)

Se trata de uno de los asuntos más polémicos en la materia. Los hechos del caso son, de manera resumida, los siguientes:

1. Doña C.P., estaba siendo controlada en su embarazo por los servicios médicos del Hospital Universitario Central de Asturias (en adelante, HUCA) y, simultáneamente, al margen de la sanidad pública, por una comadrona, pues la gestante y su

pareja habían decidido que el parto tuviera lugar en su domicilio de Oviedo, con su asistencia.

2. Con fecha 23 de abril de 2019, doña C.P., y su pareja acudieron al HUCA con la finalidad de realizar un control de bienestar fetal, por haber sobrepasado el embarazo las cuarenta y dos semanas de gestación. En dicha consulta el jefe del servicio de partos les indicó que, al tratarse una gestación cronológicamente prolongada, proponía «la inducción del parto ‘o, en su defecto, prolongación del monitorio y si se normaliza, control estricto del bienestar fetal’». Los interesados manifestaron que «adoptarían su decisión tras consultar con los profesionales privados que también les estaban controlando el embarazo [...]». Sin embargo, no hubo contacto posterior con ese servicio médico por parte de doña C.P., o su pareja.
3. El jefe de obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias realiza un informe señalando que la paciente C.P. cursa un embarazo de 42 semanas + 3 días, sin incidencias hasta la semana 35. Desde entonces, dejó de acudir a las revisiones. El 23 de abril contactó con el hospital y fue a una consulta de monitorización fetal. El día siguiente, el jefe de sección de obstetricia del HUCA remitió al subdirector de servicios quirúrgicos y críticos del área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias un informe sobre la paciente doña C.P., en el que se relataba: El monitor fetal no fue normal.; Se recomendó la inducción inmediata del parto por gestación prolongada, alegando riesgo creciente de hipoxia fetal o muerte intrauterina; La paciente manifestó su intención de continuar con un parto domiciliario asistido por matronas y solicitó los informes para entregar a estas profesionales; No regresó al hospital ni respondió tras esta cita.
4. A la vista de ese informe, el subdirector de servicios quirúrgicos y críticos del área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con fecha 24 de abril de 2019, dirigió un escrito al juzgado de guardia de Oviedo. Todo ello llevó a que ese mismo día la Jueza de Instrucción del Juzgado nº 1 de Oviedo dictase una orden de detención de doña C. P con el objetivo de que se le practicara una inducción forzosa del parto en el Hospital Universitario Central de Asturias, el HUCA. Con esa orden, la policía local de Oviedo se presenta en su casa y fue ingresada a pesar de que la matrona que atendía el parto en el domicilio señaló que todo iba bien.

Con base en todo lo anterior, la madre abre un proceso judicial por considerar que su ingreso fue obligatorio y, en esencia, sostiene que se han vulnerado, por un lado, su derecho a la tutela judicial efectiva, por falta de motivación del auto que acordó su ingreso forzoso en el hospital y, por otro, su derecho a la integridad física (art. 15 CE), libertad ideológica (art. 16 CE), libertad (art. 17.1 CE) e intimidad personal y familiar (art. 18.1 CE), a partir de un relato de hechos que, en contraposición a lo apreciado por el juzgado, trata de justificar la ausencia de riesgo inminente para la vida de la gestante y del feto, toda vez que doña C.P., había tenido un embarazo normal y sin complicaciones.

Doña C.P y su marido solicitaron personarse en las actuaciones, a lo que accedió el juzgado, y que se la declarara la nulidad del auto de 24 de abril de 2019 y, subsidiariamente, que se tuviera por interpuesto recurso de apelación contra esta resolución. En su escrito subrayan que se ha infligido a doña C.P.

un trato humillante y vejatorio, se la ha expuesto a un sufrimiento físico y psíquico totalmente innecesario, se ha perjudicado su salud y la de su bebé. Se ha vulnerado asimismo la intimidad personal y familiar y se ha producido un daño moral a la madre, el padre y el bebé. Todo ello sin que hayan cometido ningún delito, sin oírlos, y sin oportunidad de defenderse y contar con asistencia letrada.

El Juzgado de Instrucción núm. 1 de Oviedo, de conformidad con el informe del Ministerio Fiscal, desestimó la nulidad interesada. Esta decisión fue recurrida en apelación ante la Audiencia Provincial de Oviedo, que desestimó el recurso.

Ante esta situación, acuden al TC, que resuelve esta controversia en la Sentencia 66/2022, de 2 de junio (ECLI:ES:TC:2022:66) (Cabezuelo Arenas, 2023). Sorprendentemente, también desestima las pretensiones de la familia por 6 votos de 11, lo que supone una «fractura sin precedentes del consenso que requiere una sentencia de esta relevancia» (Fernández Guillén, 2022). Los otros 5 magistrados emitieron votos particulares, entre ellos:

XIOL RÍOS considera que la falta de audiencia es preocupante «desde la perspectiva del principio de contradicción y de igualdad de las partes» y que el esfuerzo argumental desarrollado por la opinión mayoritaria en la que se sustenta la sentencia para desestimar la invocación del derecho de audiencia no tiene «la solidez necesaria para justificar en un asunto como el presente la absoluta omisión judicial de cualquier intento por recabar la opinión de la demandante de amparo en defensa de derechos subjetivos e intereses tan relevantes como los que estaban en juego con la decisión judicial que debía adoptarse».

Además, sostiene que se ha cosificado a la mujer en el debate judicial y subraya que «Este no es un debate menor. Es un debate sobre las formas y la importancia que tiene su observancia para el respeto de los derechos fundamentales y de la dignidad humana. Es un debate que afecta al sentido mismo de la democracia y de la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico».

Por su parte, CONDE PUMPIDO insiste en que

ante medidas como la que aquí se impugna —que no solo es privativa del derecho a la libertad de la gestante, a la que se obliga a ingresar en el hospital, sino que, además, incide de manera terminante sobre sus derechos fundamentales a la integridad física y a la intimidad, por imponerle una actuación médica y obviar su decisión de dar a luz en su domicilio—, es imprescindible oír previamente a la gestante, y no solo al fiscal, pues es la única manera en la que el órgano judicial puede tomar en consideración todos los intereses en presencia para efectuar una adecuada ponderación entre los mismos, a través del imprescindible juicio de proporcionalidad respecto de las medidas que solicitaba el hospital, justificando la idoneidad, la necesidad, y la proporcionalidad estricta de la medida.

También, subraya que

ante una situación así, el órgano judicial debe extremar las garantías, recabando las informaciones precisas y dando la posibilidad de manifestarse a todos los intereses en presencia, antes de tomar una decisión definitiva. La sentencia aprobada por el Pleno así lo reconoce, aunque entiende que concurría una situación de extraordinaria urgencia, razón por la que considera que está justificado que en este caso se hubiera prescindido de la audiencia de doña C.P.

En la misma línea, con matices, los demás magistrados pronuncian sus votos particulares.

Estamos ante un caso sumamente interesante pero también poco convencional pues, como bien apunta Macía Morillo (2024), la visión judicial sobre la violencia obstétrica no se centraba en el supuesto enjuiciado tanto en la controvertida ausencia de control judicial sobre las prácticas médicas durante el parto, que pudieran atentar contra los derechos de la parturienta, sino más bien en la intervención directa del sistema judicial en los derechos de una mujer en trabajo de parto, específicamente en lo que respecta a su intimidad y libertad, al ordenarse su ingreso forzoso a un hospital para dar a luz.

Considero que decretar el ingreso obligatorio de una madre gestante sin ser oída previamente por el órgano judicial es inadmisibile, salvo que circunstancias sumamente excepcionales lo hicieran aconsejable. Por ello, estoy de acuerdo con la postura adoptada

por los magistrados en los votos particulares. Pienso que se ha producido la vulneración de los derechos de la madre gestante a la integridad física y a la libertad e intimidad personal (En este sentido, véase Matia Portilla, 2023).

Ante este pronunciamiento del TC, la familia acudió al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha admitido el caso y también la intervención en el proceso de la Asociación de Mujeres Juezas de España (AMJE) a la que ha permitido presentar un dictamen jurídico. Por ahora, únicamente queda esperar hasta conocer la postura del Tribunal de Estrasburgo.

Sentencia 233/2023, de 22 de febrero, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria (ECLI: ES:JCA:2023:1039)

Los hechos son los siguientes:

El 14 de noviembre de 2016, doña Miriam, embarazada de gemelos, acudió al Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias tras ruptura prematura de membranas, en una gestación de 39 semanas y 3 días. Fue ingresada sin dinámica uterina activa. El primer gemelo estaba en presentación cefálica y el segundo en oblicua izquierda, configurando un embarazo de riesgo. A pesar de los riesgos que se detectaron, el equipo médico optó por continuar con el parto vaginal, y a las 3:03 horas del 16 de noviembre reiniciaron la administración de oxitocina. A las 3:17 se pierde la señal del RCTG (Registro Cardiotocográfico) del segundo gemelo, lo que motivó una ecografía urgente que detectó una bradicardia severa. A las 3:40 se practicó una cesárea urgente. Como resultado de la hipoxia perinatal sufrida, el segundo gemelo (D. Federico) padeció una parálisis cerebral con tetraparesia espástica, discapacidad del 83%, y grado III de gran dependencia física, psíquica y sensorial.

La madre interpuso una reclamación por responsabilidad patrimonial contra el Servicio Canario de Salud, que fue desestimada por resolución administrativa de 21 de abril de 2021. Frente a ello, se promovió recurso contencioso-administrativo ante el Juzgado en el que denuncia las siguientes infracciones:

1. Vulneración de su derecho a elegir entre las diferentes técnicas médicas disponibles.
2. Infracción de la *lex artis* (vid. SEOANE, 2022) al no haber valorado en su conjunto todos los factores de riesgo que se dieron antes y durante el parto.

3. Infracción de la *lex artis* al haber actuado en contra de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
4. Pérdida de oportunidad para haber evitado las lesiones causadas al segundo gemelo como consecuencia de la mala praxis.

En definitiva, a juicio de la parte demandante: «el diagnóstico fue tardío, y la cesárea se indicó cuando ya habían prolongado en exceso el parto, y después de haber adoptado una errónea decisión médica cuando se trató de forzar el parto por vía vaginal, y los médicos indicaron erróneamente reiniciar la oxitocina en un momento en el que con toda seguridad se causaron las lesiones».

La sentencia del juzgado contencioso-administrativo estima íntegramente el recurso contencioso-administrativo interpuesto por doña Miriam, en representación de su hijo menor de edad, contra la resolución del Servicio Canario de Salud (SCS) que desestimaba la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños derivados de asistencia sanitaria durante el parto.

En síntesis, el órgano jurisdiccional declara la antijuridicidad del daño sufrido por el menor —consistente en una tetraparesia espástica con discapacidad del 83% y situación de gran dependencia—, como consecuencia de una actuación médica contraria a la *lex artis ad hoc*, señalando especialmente la vulneración del derecho fundamental de la madre a ser informada y a consentir entre las alternativas clínicas disponibles, conforme a lo dispuesto en los artículos 2, 3, 4 y 8 de la Ley 41/2002.

Además, considera debidamente acreditado que el personal sanitario del SCS no informó adecuadamente a la paciente sobre los riesgos del parto vaginal frente a la cesárea, ni obtuvo su consentimiento informado, ni le permitió ejercer su derecho a la libre elección clínica. La omisión de dicha información impidió a la gestante adoptar una decisión autónoma sobre el modo de parto, lo que constituye una violación del derecho a la autodeterminación y un funcionamiento anormal del servicio sanitario. Si bien, como bien apunta Menéndez Pérez (2023), se ha de tener en cuenta que el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles no implica reconocer el derecho a elegir cualquier tratamiento, pues este se circunscribe a los tratamientos médicos indicados.

Todo ello llevó al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria a calificar la actuación médica efectuada como violencia obstétrica,

al haber impuesto el criterio médico sin contemplar la voluntad de la paciente ni sus derechos legales, y concluye que la lesión producida al menor fue consecuencia directa e inmediata de dicha mala *praxis* y condenó al Servicio Canario de la Salud a satisfacer a la parte recurrente la suma de 1.000.000 euros más los intereses legales devengados por tal cantidad desde el 13 de junio de 2.018, con imposición de costas a la Administración.

La sentencia fue recurrida por el Servicio Canario de Salud. El Tribunal Superior de Justicia de Canarias en la sentencia 412/2023, de 3 de noviembre (ES:TSJI-CAN:2023:4516) desestimó el recurso y confirmó la indemnización. Esta sentencia insiste nuevamente en que estamos ante un supuesto de violencia obstétrica y alude a los diversos dictámenes en que el CEDAW efectúa sugerencias a España y, también, a la Recomendación general 24 de la CEDAW (previamente citada) que subraya que «Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles».

Sentencia 143/2025, de 31 de marzo, del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (ECLI:ES: TSJGAL:2025:3049)

Para concluir este apartado, es indispensable examinar la reciente sentencia del TSJ de Galicia en la cual se indemniza a una paciente por las lesiones causadas en el parto, los daños psicológicos y el empleo de violencia obstétrica.

Los hechos son los siguientes: Doña Daniela interpone recurso de apelación contra la Sentencia de fecha 27/03/2.024 dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Santiago de Compostela, que desestima el recurso contencioso-administrativo formulado por su representación procesal, contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por aquella en la vía administrativa por la deficiente asistencia sanitaria recibida durante el parto de su segundo hijo.

La apelante se opone a la sentencia, pues considera que no se ha valorado la prueba debidamente respecto a las siguientes cuestiones: primero, entiende que se ha producido la calificación errónea del tipo de episiotomía realizada, por lo que se ha infringido la *lex artis*. Segundo, apunta la corrección ineficaz de las lesiones causadas por la episiotomía en el paritorio (concretamente, invoca la doctrina del daño desproporcionado —vid. González Carrasco, 2016; Seoane Spiegelberg, 2022— pues estima que, la episiotomía le ha

generado un daño grave y desproporcionado pues sufre incontinencia de heces y gases que no pueden considerarse consecuencia ineludible de la misma). Tercero, considera que se ha producido un deficiente manejo de los tiempos del parto con carácter previo a adoptar la decisión de practicar la episiotomía, y que, en definitiva, no se ha respetado su plan de parto. Finalmente, sostiene que durante el parto hubo una absoluta falta de información sobre el procedimiento a seguir y, por ende, no se tuvo en cuenta que la afectada no quería que fuera un parto instrumental, ni se le indicó el procedimiento a seguir, tanto en lo relativo a la inducción del mismo por la utilización de oxitocina, como a la conveniencia de la realización de la episiotomía y las consecuencias que podían derivar de ésta, lo que se traduce en la producción de un importante daño moral.

Por su parte, el Servicio Gallego de Salud y su aseguradora se oponen al recurso de apelación.

La STSJ es sumamente ilustrativa y didáctica pues repasa con claridad meridiana, tanto cuestiones fundamentales en sede de responsabilidad médica, como el marco jurisprudencial, la teoría del daño desproporcionado y las reglas sobre la carga de la prueba, haciendo referencia a numerosos pronunciamientos jurisprudenciales.

El tribunal, tras examinar y valorar las pruebas presentadas, llega a las siguientes conclusiones:

Primera, que la opción tomada por el Servicio de Salud de utilizar en este parto oxitocina, ventosa y realizar una episiotomía en vez de practicar una cesárea fue conforme a la *lex artis*.

Segunda, que hubo vulneración de la *lex artis* por el tipo de episiotomía realizada (medio lateral o central/sagital).

Tercera, que existió infracción de la *lex artis* en la reconstrucción de las lesiones en el posparto. Aprecia asimismo un trato degradante a la paciente y que hubo violencia obstétrica. Hace el TSJ en este punto alusión, tanto a las recomendaciones de la OMS de 2018 para los cuidados durante el parto, como al dictamen de la CEDAW (13/07/2022) al que me referiré después.

En lo que atañe al consentimiento informado, la Sala entiende que no hubo falta de información para la obtención de un consentimiento libre respecto a las técnicas a emplear. Además, se hace en la sentencia sobre este aspecto una apreciación interesante a la par que razonable:

El derecho a elegir el modo de parto nunca es absoluto y siempre está sujeto al cumplimiento de determinadas condiciones médicas (STEDH, asunto Dubská y Krejzová c. República Checa), imponiéndose la necesidad de verificar que la decisión de la embarazada de dar a luz esté en justo equilibrio con el interés general de preservar su vida y salud y, también, la del recién nacido, resultando que, en el caso enjuiciado, no está acreditado que Dña. Daniela no fuese informada sobre la utilización de las técnicas, lo que sucede es que el parto se estaba prolongando lo que no es beneficioso. (la negrita es mía)

En definitiva, apunta el tribunal gallego la importancia de ponderar debidamente los intereses tanto de la madre como del bebé, lo que no se realizó debidamente por nuestro TC en el «Caso Oviedo».

Por último, con acierto el TSJ gallego estima que la situación de angustia, miedo e incertidumbre en el que dio a luz ha conllevado un «daño psicoemocional» que quedó debidamente acreditado al acudir con posterioridad al Servicio de Salud Mental en varias ocasiones, lo que muestra la relación causal con el parto. Por todo ello, la Sala concluye que el trato recibido no fue el adecuado, por lo que se le debe indemnizar con 40 000 € por la episiotomía practicada que ocasionó el desgarro y por la infracción de la *lex artis* de la reconstrucción que ocasionó la incontinencia fecal, con 10 000 euros por los daños psicológicos y estrés postraumático y **10 000 euros más por la violencia obstétrica en el hospital, que le incrementó el daño moral de tipo psicológico.**

Esta sentencia, supone un avance más al reconocer una indemnización de 10 000 euros en concepto específico de violencia obstétrica, lo cual no es baladí.

DICTÁMENES DEL CEDAW QUE RESPONSABILIZAN A ESPAÑA POR CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A lo largo de los últimos años, el CEDAW ha emitido tres informes en los que estima que se han dado casos de violencia obstétrica en España. Son los siguientes:

El caso S. F. M Dictamen de 28 de febrero de 2020 (CEDAW C/75/D/138/2018)

Tras agotar la vía judicial en España, S.M.F. acudió al CEDAW y denunció haber sido víctima de violencia obstétrica durante su parto en 2009 en un hospital público de Lugo, Galicia (España).

En síntesis, denuncia que se ha patologizado su parto con una medicación e intervencionismo médico excesivos (ingreso precoz, tactos vaginales desmedidos —hasta 10— e

innecesarios, administración de oxitocina y episiotomía sin información previa y, por ende, sin consentimiento informado, prohibición de moverse, obligación de dar a luz en posición de litotomía, extracción instrumental, prohibición de ser acompañada por su pareja y separación de su hija).

El Comité admitió la comunicación y falló a favor de la actora, concluyendo que:

- Existió violencia obstétrica y discriminación basada en estereotipos de género.
- Las actuaciones sanitarias no respetaron la *lex artis* ni la autonomía de la paciente.
- La respuesta judicial reprodujo prejuicios de género y negó justicia a la víctima.

Por todo ello, concluye que se han vulnerado los artículos 2 (b, c, d, f), 3, 5 y 12 de la Convención.

Finalmente, con base en lo anterior, realiza una serie de recomendaciones a España.

En primer lugar, en relación con la parte actora, considera el CEDAW que se le debe proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la actora.

En segundo lugar, en general, sugiere al Estado español una serie de reformas estructurales encaminadas a asegurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada:

Primero, le recomienda que realice estudios sobre la violencia obstétrica que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia.

Segundo, subraya la importancia de proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer.

Tercero, insiste en que es vital asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados, incluidos en casos de violencia obstétrica, y proporcionar capacitación al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.

Este dictamen es especialmente relevante, pues fue la primera vez que la violencia obstétrica fue calificada como violencia basada en el género ante un órgano de control de derechos humanos, abriendo así la puerta a una lucha más eficaz frente a esta forma de violencia (Jiménez Sánchez, 2021).

El caso N.A.E Dictamen de 13 de julio de 2022 (CEDAW /C/82/D/149/2019)

N. A. E. denunció haber sufrido violencia obstétrica durante su primer parto en 2012 en el Hospital público de Donostia, gestionado por el Servicio Vasco de Salud. En este caso, la actora presentó a este servicio un plan de parto en el que expresaban no querer que se administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto, que las decisiones que el personal médico tenga que tomar sean consensuadas, y que, si fuera necesaria la cesárea, el bebé esté con su madre cuando nazca o con su padre, si la actora tuviera que permanecer en el quirófano. También insistía en que no se alimentara al bebé con biberones.

A pesar de ello, sin mediar información ni consentimiento, se le indujo el parto anticipadamente con oxitocina y se le practicó una cesárea no urgente realizada por estudiantes. Todo ello, siendo tratada de manera infantilizante y cosificada, con su cuerpo expuesto, sin posibilidad de acompañamiento. Una vez finalizado el parto, fue separada de su hijo al nacer, a quien alimentaron con biberón.

N. A. E. alegó que se habían violado sus derechos contemplados en los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención CEDAW. Este comité considera, tras examinar los hechos, que se han realizado intervenciones médicas invasivas sin su consentimiento y que, en general, se ha negado sistemáticamente el derecho a su autodeterminación durante el parto.

Por todo ello, el CEDAW recomienda a España:

En primer lugar, en relación con la actora, aconseja que se le proporcione una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos;

En segundo lugar, en general, reitera las recomendaciones realizadas en el caso anterior y añade una más: establecer, publicitar e implementar una Carta de Derechos de los Pacientes. En este sentido, a nivel europeo, disponemos de la Carta Europea de los Derechos de los pacientes.

El caso M. D. C. P Dictamen de 9 de marzo de 2023 (CEDAW /C/84/D/154/2020)

M. D. C. P. denunció haber sido sometida a una cesárea sin su consentimiento libre, previo e informado durante su parto en un hospital público de Sevilla ante el CEDAW (Vid. Martínez San Millán, 2023). Concretamente, alegaba mala praxis durante su parto, principalmente en la administración de analgesia epidural, la irregular práctica de dicho procedimiento, la impropia realización de la cesárea y la falta de consentimiento informado para la realización

de la cesárea. Por ello, la actora sostiene que se vulneraron sus derechos reconocidos en los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención al no haber recibido una adecuada atención médica durante su parto y posparto, ni desde el punto de vista clínico, ni en relación con el ejercicio de su derecho a consentir o rechazar las intervenciones médicas a las que se vio sometida.

Una vez analizadas las circunstancias del caso, el CEDAW concluyó que España violó los derechos de la actora. En este sentido, el comité subraya que el consentimiento libre, previo e informado es obligatorio para cualquier intervención médica, incluso en situaciones de emergencia, y que su omisión constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres. A mayor abundamiento, recalca que la justificación de intervenciones médicas basadas en estereotipos de género perpetúa la discriminación y socava la autonomía de las mujeres.

Por ello, recomienda a España:

En primer lugar, en relación con la actora, que se le proporcione una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos.

En segundo lugar, en general, además de las recomendaciones que hemos visto en los anteriores casos, propone:

- Asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios adecuados de salud durante el embarazo, parto y puerperio, y que se les proteja del maltrato, falta de respeto y abuso durante el parto en instituciones de salud.
- Desarrollar campañas de sensibilización sobre igualdad de género y violencia por razón de género contra la mujer que combatan estereotipos de género como los inherentes a la maternidad y al papel reproductivo de las mujeres.
- Proporcionar capacitación profesional adecuada al poder judicial y la sanidad pública y privada, para reconocer las diferentes manifestaciones de la violencia por razón de género contra la mujer, incluida la violencia en el ámbito obstétrico.
- Fomentar un diálogo público que incluya también a los medios de comunicación acerca de los derechos humanos de las mujeres en general, la violencia por razón de género contra las mujeres y, en particular, la violencia obstétrica.

- Revisar su legislación sobre la violencia por razón de género contra la mujer en vigor, con el fin de que incluya otras formas de violencia de género, como lo es la violencia obstétrica.

Estos dictámenes nos permiten observar cómo poco a poco el CEDAW va yendo más allá, incluyendo cada vez más recomendaciones (en este caso al Estado español). Por ejemplo, el último punto del último dictamen señala que se revise la legislación por razón de género contra la mujer para incluir otras formas de violencia como la obstétrica. Como vimos en el apartado de legislación, la Ley Orgánica 1/2023, que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aunque se refiere a diversas cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, no menciona expresamente la violencia obstétrica, lo que a mi entender es una oportunidad perdida en la lucha contra esta forma de violencia.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Con base en todo lo anterior, opino que puede determinarse que, poco a poco, la violencia obstétrica va ganando visibilidad y se van dando pequeños pasos para ponerle freno. No obstante, queda un largo camino por recorrer.

Aunque en la Ley Orgánica 1/2023, que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se definen diversos términos estrechamente relacionados con la violencia obstétrica, todavía no tenemos un concepto legal unitario de ella en España, lo que a mi juicio sería muy favorable para garantizar una protección integral de la mujer y disponer de un marco legal coherente.

Sin duda, sería interesante que se siguiera la estela que han abierto normas como 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 en Cataluña y su plan pionero en la lucha contra la violencia obstétrica, o la recentísima Ley 33/2025 de Portugal, ya mencionada. Tanto el plan catalán como la ley portuguesa incluyen medidas sugerentes que podrían ilustrar al legislador estatal, como, por ejemplo, la creación de comisiones de violencia obstétrica con el objetivo de evitar prácticas irrespetuosas y reducir el número de cesáreas. No obstante, es importante que se disponga de los medios necesarios para poder cumplir con lo que se propone y que se establezcan mecanismos que así lo garanticen.

Estimo que los pilares fundamentales en la lucha contra la violencia obstétrica son la educación y la formación. Tal y como apunta el CEDAW en sus recomendaciones a España,

creo que sería indispensable que se llevaran a cabo campañas de sensibilización, que acercaran a la ciudadanía esta problemática, para concienciarles sobre la misma. También que los profesionales sanitarios realicen programas de asistencia al parto, haciendo hincapié en la importancia de la atención humanizada durante el mismo.

A mayor abundamiento, como hemos tenido ocasiones de observar en alguno de los casos analizados, considero que el plan de parto y su respeto deben desempeñar un papel clave en la atención sanitaria durante el preparto, el parto y el posparto. Por ello, sería fundamental que se redacte por la gestante con el debido asesoramiento por parte de personal médico especializado (Murias Verdugo, 2025).

En definitiva, como se desprende de los supuestos y dictámenes analizados, aunque es cierto que los tribunales van tomando conciencia de la existencia de esta forma de violencia contra la mujer, quedan muchos obstáculos por superar para que las mujeres veamos debidamente garantizados y protegidos nuestros derechos en un estado tan vulnerable como es el embarazo y, más aún, durante el parto y posparto.

Pienso que un paso trascendental sería disponer de mecanismos de ejecución efectivos de los dictámenes de los órganos de control de las convenciones de Derechos Humanos como el CEDAW (Jiménez Sánchez, 2021). No obstante, ello no implica que sea importante «continuar fortaleciendo el papel del Comité CEDAW en la promoción de los derechos humanos de las mujeres mediante el análisis de casos de violencia obstétrica y la emisión de recomendaciones específicas para los Estados Parte» (De Simone, 2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CABEZUELO ARENAS, A. L. 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). En: *Derecho Privado y Constitución*. 2023, núm. 43, pp. 89-120. DOI: doi.org/10.18042/cepc/dpc.43.03.
- CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES. Disponible en: <https://forodepacientes.org/wp-content/uploads/2022/04/Carta-Europea-de-los-Derechos-de-los-Pacientes.pdf> [Último acceso: 9-5-2025].
- CASTRO FERNÁNDEZ, E. «Gordofobia y violencia obstétrica: intersecciones de opresión y prácticas eugenésicas». En: *Violencia obstétrica e interseccionalidades; Colección Àgora feminista*. Universitat Jaume I, Servei de Comunicació i Publicacions, 2025, pp. 131-148
- DA SILVA CARVALHO, I.; SANTANA BRITO, R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. En: *Enfermería Global*. 2027, vol. 16, núm. 47. DOI: [10.6018/eglobal.16.3.250481](https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481).
- DE SIMONE, M. Violencia obstétrica: hacia un concepto transnacional para la protección de los derechos humanos de las mujeres. Un análisis del papel del Comité CEDAW. En: *Nuevas Perspectivas del Derecho en Iberoamérica, vol. II*, Instituto Iberoamericano de Estudios Jurídicos: Universidad de Salamanca, 2024, p. 274. DOI: [10.62140/MRS2652024](https://doi.org/10.62140/MRS2652024).
- ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. Disponible en: www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/home.htm [Último acceso: 7-5-2025]
- FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. El «Caso Oviedo»: la mujer embarazada como contenedor de bebés. En: *Observatorio de violencia obstétrica*. 2022. Disponible en: observatorioviolenciaobstetrica.es/caso-oviedo-embarazada-contenedor-bebes/ [Último acceso: 8-5-2025]
- GARCÍA, E. M. *Partos Arrebatados*. Ménades editorial, 2021, p. 54.
- GOBERNATRICES, J. Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. En: *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 26-36. DOI: [10.1344/musas2019.vol4.num2.2](https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.2).
- GÓNZALEZ CARRASCO, M^a C. Daño desproporcionado: ¿presunción de culpa o facilidad probatoria? Una buena sentencia sobre responsabilidad médica. En: *Revista CESCO De Derecho De Consumo*. 2016, núm. 17, pp. 264-269.
- I INFORME DE LA CAMPAÑA STOPKRISTELLER: CUESTIÓN DE GRAVEDAD. Disponible en: informe_stopkristeller.pdf [Último acceso: 21-5-2025]
- JIMÉNEZ SÁNCHEZ, C. La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: el caso S.F.M. contra España. En: *Deusto Journal of Human Rights*, 2021, núm. 7, pp. 157-178. DOI: doi.org/10.18543/djhr.1962.

- JURADO GARCÍA, E.; BAENA ANTEQUERA, F. Episiotomía y violencia obstétrica. Revisión de la bibliografía. En: *Hygia de enfermería. Revista científica del colegio de enfermería de Sevilla*. 2021, núm. 101, pp. 45-50.
- MACÍA MORILLO, A. Reflexiones en torno a la violencia obstétrica y a la reciente jurisprudencia constitucional sobre los derechos de las mujeres en el parto. En: *Revista general de Derecho constitucional*. 2024, núm. 41, pp. 73-135.
- MARAVALL BUCKWALTER, I. Violencia obstétrica. Un concepto internacional inconcluso. En: *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 2025, núm. 28, pp. 332-353. DOI: doi.org/10.20318/eunomia.2025.9501.
- MARTÍNEZ SAN MILLÁN, C. 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 nº154/2020, de 23 de febrero de 2023. En: *Revista de Estudios Europeos*. 2023, núm. 82, pp. 285-298. DOI: doi.org/10.24197/ree.82.2023.285-298.
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. M., et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. En: *Women Birth*. 2021, vol. 34, pp. 526-536. DOI: doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002.
- MATIA PORTILLA, F. J. ¿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, 22 de junio). En: *Revista Española de Derecho Constitucional*. 2023, núm. 128, pp. 239-268. DOI: doi.org/10.18042/cepc/redc.128.08.
- MENÉNDEZ PÉREZ, A. ¿Vulneración del derecho a decidir entre parto natural o cesárea?: Análisis de la Sentencia 233/2023, 22 de febrero, Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria. En: *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*. 2023, núm. 59, p. 265. DOI: doi.org/10.14679/3201.
- MIR RODRÍGUEZ, J.; MARTÍNEZ GANDOLFI, A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. En: *Gaceta Sanitaria*, 2021, núm.3. DOI: doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019.
- MORENO SÁNCHEZ, J. A. Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones? En: *Revista CONAMED*. 2023, núm. 3, pp. 148-154. DOI doi.org/10.35366/113067
- MURIAS VERDUGO, C. Parto respetado: causas de la violencia obstétrica y estrategias de prevención. En: *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*. 2025, vol. 10, núm. 1, p. 160. DOI: doi.org/10.1344/musas2025.vol10.num1.7.
- OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL VIOLENCE IN THE EU-PREVALENCE, LEGAL FRAMEWORKS AND EDUCATIONAL GUIDELINES FOR PREVENTION AND ELIMINATION. Disponible en: [www.europarl.europa.eu/regdata/etudes/stud/2024/761478/ipol_stu\(2024\)761478_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/regdata/etudes/stud/2024/761478/ipol_stu(2024)761478_en.pdf) [Último acceso: 7-5-2025]

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO. Disponible en: vsf-iwsold-pro-portal.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/planPartoNacimiento.htm?utm_source=chatgpt.com [Último acceso: 7-5-2025]

PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA FALTA DE RESPETO Y EL MALTRATO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN CENTROS DE SALUD, OMS. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1 [Último acceso: 7-5-2025].

ROBLES ROSA, A. C.; JODAR MARTÍNEZ, R. Violencia obstétrica y su relación con las complicaciones psicológicas durante el puerperio. En: *Escritos de psicología*. 2024 Vol. 17, núm. 2, pp. 72-83. DOI: doi.org/10.24310/escpsi.17.2.2024.20294.

RODRÍGUEZ RAMOS, P. A.; AGUILERA ÁVILA, L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. En: *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*. 2017, vol. 2, núm. 2, p. 60.

SEOANE SPIEGELBERG, J. L. «Cuestiones relacionadas con la culpa en la actividad médica. El daño desproporcionado». *Responsabilidad médico-sanitaria* (Dir. Herrador Guardia, Mariano). Sepín, 2022, pp. 99-141.

SEOANE, J. A. «Lex Artis». En: *Anuario de filosofía del derecho*. 2022, núm. 38, pp. 275-300. DOI: doi.org/10.53054/afd.vi38.9747.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA. Disponible en <https://somosestupendas.com/violencia-obstetrica-en-espana> [Último acceso: 9-5-2025]

LEGISLACIÓN, SENTENCIAS Y DECISIONES DEL CEDAW

Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) de Venezuela

Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009) Argentina

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana

Ley Orgánica 1/2023, que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

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, del País Vasco

Ley 33/2025, de 31 de marzo, «Promueve los derechos en el embarazo y el parto» contra la Violencia Obstétrica portuguesa

Sentencia 66/2022, de 2 de junio, del Tribunal Constitucional (ECLI:ES:TC:2022:66)

Sentencia 233/2023, de 22 de febrero, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria (ECLI: ES:JCA:2023:1039)

Sentencia 412/2023, de 3 de noviembre, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de Las Palmas de Gran Canaria (ES:TSJICAN:2023:4516)

Sentencia 143/2025, de 31 de marzo, del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (ECLI:ES:TSJGAL:2025:3049)

DICTAMEN CEDAW C/75/D/138/2018 Disponible en: [Jurisprudence Database](#) [Último acceso: 3-7-2025]

DICTAMEN CEDAW /C/82/D/149/2019 Disponible en: [Jurisprudence Database](#) [Último acceso: 3-7-2025]

DICTAMEN CEDAW /C/84/D/154/2020 Disponible en: [Jurisprudence Database](#) [Último acceso: 3-7-2025]