

Trabajo Fin de Grado

**Grado en Derecho, Facultad de Ciencias Sociales y
Jurídicas de Elche**

Universidad Miguel Hernández de Elche



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN PROBLEMA JURÍDICO
EN BUSCA DE REGULACIÓN**

Autora: Blanca María Gutiérrez Huertas

Tutor del TFG: Jesús Morant Vidal

Curso académico 2025/2026

RESUMEN

La investigación «La violencia obstétrica: un problema jurídico en busca de regulación» examina cómo el ordenamiento jurídico español aborda la vulneración de derechos que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Partiendo de la premisa de que «la violencia obstétrica se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales», el estudio aplica una metodología descriptiva y analítica basada en la revisión bibliográfica, el análisis de instrumentos internacionales (CEDAW, Convenio de Estambul, ONU, OMS) y un examen comparado de la jurisprudencia española reciente.

Los resultados muestran una incidencia significativa de prácticas que vulneran la autonomía y la integridad de las gestantes, y evidencian que el marco jurídico español presenta un vacío: la reciente incorporación del término en la Ley Orgánica 1/2023 tiene carácter preventivo, pero no crea un tipo delictivo ni una infracción administrativa específica.

El trabajo argumenta la necesidad de una tipificación estatal, mecanismos efectivos de reparación y medidas estructurales —formación con perspectiva de género, protocolos basados en evidencia y garantía del consentimiento informado— para asegurar una atención obstétrica respetuosa y conforme a los derechos humanos. Se concluye que la respuesta judicial es incipiente y que la protección legislativa es imprescindible para garantizar la dignidad y autonomía de las mujeres.

Palabras clave: violencia obstétrica, derechos humanos, consentimiento informado, regulación jurídica.

ABSTRACT

The research «Obstetric Violence: a legal problem in search of regulation» examines how the Spanish legal order addresses the violation of rights by women during pregnancy, childbirth, and the puerperium. Starting from the premise that «obstetric violence is defined as a specific form of violence perpetrated by health professionals against women's bodies and reproductive processes, expressed in dehumanizing treatment, an abuse of medicalization and the pathologization of natural processes», the study applies a descriptive and analytical methodology based on a bibliographic review, the analysis of international instruments (CEDAW, the Istanbul Convention, the UN, WHO) and a comparative examination of recent Spanish jurisprudence.

The results show a significant incidence of practices that undermine the autonomy and integrity of pregnant women, and the recent incorporation of the term into Organic Law 1/2023 is preventive in nature but does not create a criminal offence nor a specific administrative infraction.

The paper argues for the need for national statutory definition, effective reparation mechanisms and structural measures, gender-perspective training, evidence-based protocols and guarantees of informed consent— to ensure respectful obstetric care in accordance with human rights. It concludes that the judicial response is incipient and that legislative protection is essential to guarantee the dignity and autonomy of women.

Keywords: obstetric violence, human rights, informed consent, legal regulation.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. CUESTIONES PRELIMINARES	8
2.1 Concepto y origen de la violencia obstétrica	8
2.2 Configuración jurídica de la violencia obstétrica.....	9
2.3 Modalidades de violencia obstétrica.....	11
3. CONTEXTO HISTÓRICO.....	13
3.1. Evolución histórica de la asistencia al parto	13
4. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	15
4.1. La violencia obstétrica y su discriminación por razón de sexo y género	15
5. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS	18
5.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos	18
6. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA BAJO LA ÓPTICA INTERNACIONAL	22
6.1. Su estudio en el derecho comparado en Hispanoamérica	22
6.2. Comité CEDAW contra España.....	31
6.2.1. <i>Dictamen CEDAW/C/75/D/138/2018 (S.F.M. 2020)</i>	31
6.2.2. <i>Dictamen CEDAW/C/82/D/149/2019 (N.A.E. 2022)</i>	34
6.2.3. <i>Dictamen CEDAW/C/84/D/154/2020 (M.D.C.P. 2023)</i>	36
6.3. La Unión Europea y la violencia obstétrica	38
6.3.1. <i>La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.</i>	39
6.3.2. <i>El Convenio Europeo de Derechos Humanos</i>	41
6.3.3. <i>El Convenio de Estambul: el marco del Consejo de Europa contra la violencia de género</i>	42

6.3.4.	<i>La Resolución 2306 del Consejo de Europa, de 3 de octubre de 2019</i>	44
6.3.5.	<i>La Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento y del Consejo Europeo, de 14 de mayo de 2024</i>	46
7.	LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL DERECHO ESPAÑOL	53
7.1.	Marco constitucional y derechos fundamentales: arts. 10, 14, 15 y 43 CE	54
7.2.	Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.....	55
7.3.	Reconocimiento autonómico: Ley 17/2020 de modificación de la Ley 5/2008 CA. Cataluña	57
7.4.	Responsabilidad civil por daños derivados de la violencia obstétrica.....	59
7.5.	Responsabilidad penal por daños derivados de la violencia obstétrica.....	62
7.6.	Evolución jurisprudencial: el reconocimiento judicial del concepto.....	68
8.	CONCLUSIONES	72
9.	BIBLIOGRAFÍA	75
10.	RELACIÓN JURISPRUDENCIAL	83
11.	TEXTOS LEGALES	86

ABREVIATURAS

APCE	Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa
ART.	Artículo
CE	Constitución Española
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CP	Código Penal
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
FGE	Fiscalía General del Estado
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GREVIO	Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
TSJ	Tribunal Superior de Justicia
UE	Unión Europea
VO	Violencia obstétrica

1. INTRODUCCIÓN

La atención al parto y el nacimiento han sido históricamente considerados procesos puramente biológicos y médicos, despojando en ocasiones a la mujer de su papel como protagonista y sujeto de derechos. En las últimas décadas, ha emergido con fuerza un concepto que cuestiona este modelo: la violencia obstétrica. Esta se entiende como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales.

El presente estudio, titulado «La violencia obstétrica: un problema jurídico en busca de regulación», surge de una necesidad imperante en el ordenamiento jurídico español. A pesar de que España ha sido condenada de forma reiterada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en sus dictámenes de 2020, 2022 y 2023, nuestro marco legal carece todavía de una tipificación clara a nivel estatal.

Mientras que el ámbito internacional, a través del Convenio de Estambul y las resoluciones del Consejo de Europa, ya identifican la violencia obstétrica como una vulneración de los derechos humanos y una forma de violencia de género, en España existe un vacío normativo que genera inseguridad jurídica. Aunque se han producido avances significativos en el ámbito autonómico como la Ley 17/2020 de Cataluña y en la jurisprudencia reciente, la realidad es que el reconocimiento integral de este fenómeno sigue siendo una asignatura pendiente.

Tradicionalmente, la doctrina española ha abordado las lesiones en el parto bajo el prisma de la *lex artis* médica y la responsabilidad por daños físicos. Sin embargo, el estado de la cuestión ha dado un giro radical en la última década. Autores contemporáneos y organismos internacionales coinciden en que el enfoque debe desplazarse hacia la lesión moral y la vulneración del consentimiento informado. La doctrina especializada señala que la ausencia de una regulación estatal específica en España dificulta la reparación de daños que no son estrictamente físicos, lo que sitúa a nuestro país en una posición excepcional respecto a los avances logrados en el

derecho comparado y las recomendaciones de los organismos internacionales.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la configuración jurídica de la violencia obstétrica en España y evaluar si los mecanismos actuales de responsabilidad civil y penal son suficientes para proteger la autonomía de la gestante. Si bien existen herramientas como la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, la falta de una regulación específica que nombre y sancione la violencia obstétrica impide una protección efectiva de los derechos fundamentales de las mujeres (arts. 10, 14, 15 y 43 CE). Se pretende demostrar que el sistema español se encuentra en una fase de reconocimiento judicial incipiente, pero lejos de una respuesta legislativa satisfactoria.

Para contrastar esta hipótesis, se ha empleado una metodología descriptiva y analítica, fundamentada en la revisión de fuentes bibliográficas, documentos de organismos internacionales y un estudio de la jurisprudencia de los últimos años. Este análisis comparativo permitirá observar la evolución desde una responsabilidad civil centrada en el resultado dañoso hacia una que valora el respeto a la dignidad y la libertad de la gestante.

Para lograr estos objetivos, el trabajo se divide en siete bloques. Tras asentar los conceptos preliminares y el contexto histórico, el estudio se adentra en el marco internacional, analizando los dictámenes del Comité CEDAW como principal motor del cambio. Finalmente, el análisis se centra en el Derecho español, donde se evalúa el encaje constitucional de la violencia obstétrica y su tratamiento en la jurisprudencia reciente.

2. CUESTIONES PRELIMINARES

2.1 Concepto y origen de la violencia obstétrica

El concepto de violencia obstétrica (en adelante, VO) surge en Hispanoamérica en 2007, en concreto en Venezuela, país pionero en su tipificación legal (Terán *et. al.* 2013). En la Ley Orgánica de Reforma de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2021), queda definida la violencia obstétrica en el capítulo referente a las formas de violencia contra las mujeres, en el artículo 19,

numeral 13, 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 la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres».

Desde un enfoque doctrinal, y siguiendo las directrices de la OMS (2014), la VO puede definirse como el conjunto de actuaciones, prácticas u omisiones llevadas a cabo por profesionales sanitarios en la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio/posparto, tanto en centros públicos como privados, que implican alguna forma de vulneración o trato violento hacia las pacientes.

Dicha modalidad de violencia presenta una doble dimensión. Puede manifestarse, por un lado, en el plano físico, mediante intervenciones inadecuadas o realizadas sin el consentimiento de la mujer, como en el plano psicológico, dónde autores como Bellón (2015) señala que esta se manifiesta a través de conductas paternalistas, despectivas o humillantes que menoscaban la dignidad y autonomía de la gestante.

Finalmente, la VO constituye, por tanto, una manifestación de discriminación por razón de género y supone una vulneración de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2019), especialmente los relacionados con la salud, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Como manifiesta la Relatora Especial de la ONU, dentro de esta categoría se incluyen comportamientos como el trato deshumanizado, la medicalización innecesaria y la consideración patológica de procesos fisiológicos naturales vinculados al parto, situaciones que pueden producirse en el ámbito hospitalario.

2.2 Configuración jurídica de la violencia obstétrica

A diferencia de otros ordenamientos jurídicos que han incorporado en su ordenamiento la definición de violencia obstétrica, el Derecho

español no la reconoce de manera específica. Aunque tradicionalmente su regulación ha sido inexistente, la reciente 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, ha introducido por primera vez el término en el marco jurídico español como medida preventiva, instando a los poderes públicos a combatir las «prácticas obstétricas inadecuadas» (LO 1/2023). No obstante, no crea un tipo delictivo ni una infracción administrativa específica denominada «violencia obstétrica», por tanto, sigue siendo una construcción doctrinal basada en la vulneración de derechos fundamentales, normas sanitarias y mecanismos de responsabilidad civil.

Desde la perspectiva constitucional, determinadas prácticas comprendidas dentro de la VO pueden suponer una vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1978. En concreto, estas prácticas pueden afectar:

- A la dignidad, art. 10 CE.
- A la igualdad y la no discriminación por razón de sexo, art. 14 CE.
- La integridad física y moral, art. 15 CE.
- Al derecho a la protección de la salud, art. 43 CE.

En el ámbito sanitario, la Ley 41/2002 es el pilar fundamental al reconocer el derecho al consentimiento informado y a la autonomía del paciente. Autores como López y García de la Serrana (2022) señalan que cualquier intervención sin este consentimiento previo constituye *per se* una vulneración de la autonomía del paciente, salvo en los supuestos excepcionales legalmente previstos.

Por otro lado, aunque la VO no encaja en la definición de violencia de género recogida en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, doctrinalmente, se puede considerar una manifestación de la violencia basada en el género, puesto que este tipo de violencia solo es ejercida sobre la mujer. Asimismo, puede causar responsabilidad civil o penal cuando concurren los requisitos legales para ello.

De acuerdo con la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) que define la violencia de género en su artículo 1 como: «cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada», podemos considerar que VO es un tipo de violencia de género. A pesar de ello, en la Ley Orgánica 1/2004 no encontramos ninguna mención a la misma.

El art. 1.3 de la Ley Orgánica citada se refiere a la violencia de género como «todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad». En principio, podríamos incluir la VO en esta definición; sin embargo, el art. 1.1. limita su aplicación ya que, refleja que se actúa exclusivamente sobre «las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia».

Por esta razón, la violencia obstétrica queda excluida de la definición legal de violencia de género que ofrece la Ley 1/2004, aunque doctrinalmente queda claro que puede considerarse una manifestación de violencia basada en el género, tal y como sostiene el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en su Dictamen 138/2018, donde condenó a España al considerar que la violencia en el ámbito reproductivo es una forma de discriminación estructural contra las mujeres (Naciones Unidas, 2020).

2.3 Modalidades de violencia obstétrica

La violencia obstétrica se manifiesta de diversas formas durante el embarazo, el parto y el puerperio. La doctrina especializada, siguiendo el modelo de las modalidades de la Ley 26.485 de Protección Integral para

Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009) identifica tres modalidades de violencia obstétrica: violencia física, psicológica y la institucional.

- La violencia física. Se refiere a aquellas actuaciones médicas que se realizan sin el consentimiento de la paciente o de forma coercitiva. Entre ellas:

- La realización de cesáreas, episiotomías o el uso de fórceps sin necesidad médica.
- La administración de medicamentos o anestesia sin el consentimiento de la paciente (Mena-Tudela et al., 2020).
- Actos de maltrato físico durante la atención obstétrica.

Estas conductas constituyen una vulneración de la integridad física y moral, (art. 15 CE) de la mujer.

- Violencia psicológica. Se trata de las conductas que afectan al bienestar emocional y la autonomía de la mujer durante su atención sanitaria. Según Belli (2013), esta modalidad busca la anulación de la voluntad de la mujer, convirtiéndola en un sujeto pasivo del proceso. Entre ellas:

- Trato humillante, intimidatorio o paternalista por parte del personal sanitario.
- Manipulación, negación o distorsión de la información necesaria para que la mujer tome decisiones informadas sobre su parto, vulnerando el derecho al consentimiento informado (Ley 41/2002).
- Presión para aceptar procedimientos médicos sin explicación clara o comprensión de los riesgos y beneficios de dichos procedimientos.

Estas acciones vulneran la dignidad y autonomía de la paciente embarazada.

- Violencia institucional. Alude a la violencia estructural contenida en normas, protocolos, prácticas hospitalarias que patologizan procesos fisiológicos naturales (D' Gregorio, 2010) y la organización del sistema sanitario que afectan al respeto de los derechos de las mujeres. Entre sus manifestaciones se incluyen:
 - La medicalización excesiva de procesos fisiológicos naturales como el parto.
 - La patologización de la fisiología del parto, considerando «anormal» lo que es un proceso natural.
 - Protocolos que limitan la participación de la mujer en decisiones sobre su atención.
 - Falta de recursos o condiciones que impiden una atención respetuosa y segura.

Esta modalidad revela que la VO no se limita a acciones individuales, sino que puede estar estructuralmente incorporada en el sistema sanitario, reforzando desigualdades de género y vulnerando derechos humanos.

Estas modalidades no son excluyentes y con frecuencia se combinan en un mismo caso.

3. CONTEXTO HISTÓRICO

3.1. Evolución histórica de la asistencia al parto

El parto era un espacio plenamente femenino, desarrollado en el ámbito doméstico, pero con una fuerte presencia pública, debido a que las matronas que lo asistían recibían remuneración y debían contar con la

debida autorización de médicos y autoridades eclesiásticas. Entre los siglos XVII y XVIII, esto llegó a su fin, gracias a la intervención de los Estados en el arte de partear y la creciente profesionalización de cirujanos en la obstetricia. Las matronas fueron relegadas a partos naturales sin complicaciones, mientras que los cirujanos asumieron la enseñanza, la investigación y los casos más complejos (Ortiz Gómez y Sánchez, 1995; Ortiz Gómez, 2017).

A lo largo del siglo XVIII, algunas matronas destacadas, como Angélique du Coudray, quién formaba a matronas por encargo real del rey Luis XV. Recorrió las zonas rurales de Francia enseñando a otras mujeres la crucial tarea de asistir el parto. Para ello creó una maniquí de tela a tamaño real, llamado «la máquina», que representaba la pelvis y el útero de una mujer. Con él las matronas podían practicar, repetir y aprender antes de enfrentarse a lo real. Fue la primera gran simulación obstétrica de la historia. La obra de esta última, *Abrégé de l'art des accouchements* (Compendio del arte del parto), se convirtió en la base teórica y práctica de muchas matronas y cirujanos. Esta imagen muestra los maniqués obstétricos que creó para enseñarles.



Por su parte Figura 1: Maniqués obstétricos creados por Angélique du Coudray para la formación de las matronas en El S. XVIII. Musée Flaubert d'histoire de la médecine, Hospital de Rouen (Ruan), Francia.

Por su parte, Louise Bourgeois, en 1609, fue pionera en publicar sobre el embarazo y el parto, contribuyendo a la legitimación y visibilidad profesional de las matronas con su obra: *Observations diverses sur la sterilité, perte de fruit, foecondité, accouchements, et maladies des femmes, et enfants nouveaux naiz* (Observaciones diversas sobre la esterilidad, el aborto, la fertilidad, el parto y enfermedades de la mujer y los recién nacidos). Esta obra se convirtió en un genuino tratado de obstetricia en el que expresó su experiencia de casi dos mil partos a lo largo de cincuenta capítulos (Sheridan, 2001). Sus explicaciones y técnicas clínicas, que han sido puestas en valor por la historiografía moderna, mantienen una vigencia notable en la historia de la disciplina (Sheridan, 2001; Ferrer Valero, 2011).

En España, matronas como Luisa Rosado se enfrentaron a las restricciones del Protomedicato¹ para mantener su actividad profesional, evidenciando la tensión histórica entre la tradición femenina de la partería y la consolidación de la obstetricia masculina (Ortiz Gómez, 1996). A pesar de la creciente regulación y profesionalización masculina, la práctica de las matronas continuó siendo preferida por muchas mujeres hasta el siglo XIX, debido a que las mujeres preferían que fueran asistidas por sus iguales en un espacio de confianza y reconocimiento mutuo (Ortiz Gómez, 1992).

4. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1. La violencia obstétrica y su discriminación por razón de sexo y género

La violencia obstétrica es una forma de discriminación por razón de sexo, debido a que afecta exclusivamente a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, como señala Belli (2013), también se habla de discriminación de género porque estas prácticas se sustentan en normas, roles y estructuras sociales que perpetúan la

¹ Fue un cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias, médicos, cirujanos y farmacéuticos, así como de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales. Creado en España en el siglo XV, en el siglo XVII se extendió a los virreinos americanos.

subordinación femenina (Comité CEDAW, 2020), reflejando un patrón cultural e institucional de desigualdad.

La VO representa una vulneración de los derechos humanos, particularmente con respecto a los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos (OMS, 2014). Estas prácticas deshumanizantes constituyen un verdadero problema de salud pública y un desafío ético y social en diversos países del mundo, incluido España, generando no solo costes económicos y sociales, sino también consecuencias profundas en términos de equidad y justicia.

Se trata de una violencia estructural e institucional, fruto de una cultura patriarcal que cala en distintas áreas, incluidas las ciencias médicas. Estas prácticas no son recientes, han permanecido invisibilizadas durante décadas y continúan siendo desconocidas, incluso, por profesionales sanitarios (Rodríguez Mira y Martínez Gandolfi, 2021). Varios estudios evidencian que gran parte de los profesionales y usuarias desconocen el concepto de violencia obstétrica y, que estas prácticas, aun siendo antiguas, solo adquieren visibilidad cuando se analiza la experiencia de las mujeres y la conciencia de los profesionales. Este fenómeno fue denunciado en la década de 1950 en Estados Unidos y Reino Unido (Donnison, 1988). Mientras que en Brasil se hizo en la década de 1980, impulsado por grupos feministas y redes que promovían la humanización del parto (Tornquist, 2004). Se trata de una violencia de género que ha permanecido invisibilizada, pero gracias a nuevas asociaciones como El parto es nuestro², ha empezado a salir a la luz. El activismo en contra de la violencia obstétrica podría suponer una de las secuelas que deja el parto traumático (Olza, 2021).

La persistencia de la violencia obstétrica se explica por múltiples factores: culturales, sociales, históricos y formativos. Las relaciones de poder jerárquicas en el ámbito sanitario colocan al profesional por encima de la paciente, lo que puede derivar en un trato deshumanizador, especialmente

² El Parto es Nuestro es una asociación sin ánimo de lucro y feminista, que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto en España.

hacia mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad. La calidad asistencial está vinculada con la jerarquía social de la paciente. Por tanto, a mayor vulnerabilidad de la mujer, más denigrante es el trato recibido. La práctica de la VO estaría ligada a factores como el *burnout* (desgaste profesional) entre profesionales del parto (Salinas Bariain, 2026), quien destaca que la sobrecarga laboral y la falta de recursos en las matronas generan una postura de distanciamiento o cinismo hacia la paciente, lo que eleva el riesgo de errores y disminuye la calidad del cuidado centrado en la mujer. Este fenómeno, caracterizado por el agotamiento emocional y la despersonalización (Maslach y Leiter, 2016), reduce la empatía y la capacidad de respuesta humanizada, favoreciendo que el trato se vuelva mecánico o incluso denigrante hacia la paciente. Otra causa es la falta de formación específica, que contribuye a que estas prácticas no sean reconocidas ni gestionadas adecuadamente.

A pesar de que el registro oficial de VO ha sido tradicionalmente complejo, la evidencia científica reciente ha comenzado a cuantificar la magnitud de esta problemática. Si bien a nivel nacional los estudios eran escasos hasta hace poco, investigaciones de gran escala en España han arrojado luz sobre la situación actual. Destacan los estudios de Iglesias et al. (2019) que, sobre una muestra de 17.677 mujeres, señaló que un 34% de las encuestadas percibía haber sufrido violencia obstétrica, destacando que casi la mitad (15,8%) no dio su consentimiento informado para las técnicas realizadas. Estos hallazgos se ven reafirmados y ampliados por el estudio de Mena-Tudela et al. (2020), quien, en una muestra similar de 17.541 mujeres, eleva la cifra al 38.3% de las mujeres que sufrieron VO en algún momento del embarazo, el parto o el posparto. Además, este último informe resalta que el 44.4% de las gestantes indicó haber sido sometida a procedimientos innecesarios o dolorosos, y dentro de este grupo, el 83.4% de ellas denunció la ausencia de consentimiento informado.

Por otro lado, la evidencia internacional muestra una amplia incidencia. *Verbi gratia*: en Brasil se apreció ya en el año 2010, que un 25% de las mujeres brasileñas había sufrido violencia obstétrica y que, alrededor de un 35% presenta algún trastorno de estrés postraumático tras el parto

(Fundación Perseu Abramo, 2010). Durante el parto, las mujeres experimentan miedo, ansiedad, inseguridad y soledad, particularmente cuando carecen de apoyo durante el momento del parto, lo que evidencia la necesidad de profesionales formados no solo en técnicas obstétricas sino también en aspectos emocionales y de comunicación.

Resulta imperioso reformar el modelo obstétrico de formación de profesionales de la salud desde un enfoque de género (OMS, 2014), incorporando herramientas para identificar y prevenir la VO, reducir la invasividad de los protocolos y garantizar un trato respetuoso y humanizado. Se recomienda, también, la promoción de una comunicación efectiva entre profesionales y usuarias, implementar planes de parto que respeten la autonomía de la mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010). Así como, desarrollar programas que visibilicen esta forma de violencia de género en el ámbito sanitario. Fomentar investigaciones sobre este tipo de violencia que logren actuaciones que refuercen la autonomía de las pacientes. El reconocimiento de la existencia de la violencia obstétrica constituye el primer paso para avanzar hacia un sistema sanitario y una sociedad más justa, equitativa y democrática (Sadler et al., 2016).

5. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS

5.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, en ella se establecen los principios fundamentales generales de dignidad, igualdad y los derechos universales que son aplicables a todas las personas. Aunque en esta declaración no se menciona explícitamente la salud sexual o reproductiva de la mujer, sí reconoce derechos esenciales vinculados con la protección de la integridad física y moral, la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como como la igualdad ante la ley y la no discriminación (artículos, 1, 3, 5 y 12).

En complemento a esta declaración encontramos la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Esta

declaración adapta estos principios al ámbito de la salud y la atención médica, destacando la importancia del respeto a la autonomía, el consentimiento libre e informado y la protección frente a intervenciones médicas invasivas o no consentidas.

Esta adaptación de principios éticos al entorno clínico es fundamental, dado que la percepción de vulneración de la autonomía sigue siendo una realidad persistente. Al respecto, Alburquerque et al. (2023) señalan que, desde una perspectiva bioética, la VO representa una quiebra de los principios de no maleficencia y justicia, destacando cómo incluso los futuros profesionales de la salud identifican estas prácticas como una transgresión de los derechos humanos fundamentales en el ámbito sanitario.

Ambas declaraciones proporcionan la base ética y jurídica para considerar la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos, debido a que prácticas como: las intervenciones médicas no consensuadas, el maltrato verbal o el trato deshumanizado durante el parto afectan directamente a la dignidad, autonomía y el bienestar de la mujer, consolidado su relevancia dentro del marco internacional de protección de los derechos humanos (Belli, 2013; OMS, 2014).

Desde hace décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos como: la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), han subrayado la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte intransferible, integral e indivisible de los derechos humanos universales (Belli, 2013).

No obstante, pese a los avances conseguidos a partir de estas iniciativas, persisten las desigualdades de género siguen afectando a los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo. En este contexto, la VO constituye una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres, como la

vulneración del derecho a la salud como derecho humano (Villaverde, 2006, como se citó en Belli, 2013).

El derecho a la salud no puede concebirse de forma aislada, sino que está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. Tal y como se establece en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993): «Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí». La garantía del derecho a la salud implica la obligación estatal de asegurar las condiciones necesarias que permitan alcanzar el más alto nivel posible de bienestar físico y mental, lo que incluye el acceso a servicios sanitarios adecuados, una información suficiente, un trato digno y el respeto a la autonomía personal.

Sin embargo, llama la atención la ausencia de referencias directas a la VO en la mayoría de los instrumentos internacionales sobre violencia hacia las mujeres. Aunque en estos textos se reconoce la igualdad, la prohibición de tratos crueles y el derecho a la salud, no se identifican las prácticas obstétricas abusivas como una manifestación diferenciada de violencia de género. Esta omisión ha contribuido a su invisibilización social y jurídica, dificultando su reconocimiento como categoría autónoma dentro del derecho internacional de los derechos humanos (Arguedas Ramírez, 2014). En muchas entidades de salud se violan sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto convirtiéndolos en formas naturalizadas de violencia (Belli, 2013).

En el ámbito específico de la atención obstétrica, la vulneración de los derechos humanos se manifiesta en relación con los siguientes derechos:

- Derecho a la integridad personal. Es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. Dentro del marco de la VO, este derecho se ve agredido a través de prácticas invasivas, en multitud de ocasiones innecesarias, como las episiotomías³, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las

³ Incisión quirúrgica realizada en el perineo (zona entre la vagina y el ano) durante la etapa final del parto para ampliar la abertura vaginal, facilitar el nacimiento y prevenir desgarros graves.

ligaduras de trompas, sin contar con el consentimiento de la mujer (Belli, 2013).

- Derecho a la privacidad e intimidad. Este derecho presenta dos manifestaciones que se complementan: el límite a la intromisión y la libertad con relación a la vida privada. Las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación.

El artículo 12 de la DUDH (1948) estipula que «Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación ...». Este derecho se ve violado a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en concreto respecto a sus órganos genitales, en el momento del parto, en la consulta ginecológica, etc. Sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del porqué de estas prácticas ni se les pide su aquiescencia (Belli, 2013).

- Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005): «Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada ...». La vulneración de este derecho constituye la manifestación más clara del paternalismo médico (Belli, 2013). A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicaciones de éstas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.
- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes. El artículo 5 de la DUDH (1948), prohíbe expresamente este tipo de

tratos. Los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios públicos o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. En el contexto obstétrico pueden materializarse a través de humillaciones, agresiones verbales o psicológicas en el momento del parto, infantilización, desatención del dolor o trato deshumanizado hacia las mujeres (OMS, 2014).

- Derecho a estar libre de discriminación. El artículo 11 de la Declaración de la Unesco (2005), establece que «ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna».
- Por su parte el artículo 12 de CEDAW (1979), se refiere a la atención a la salud. Obliga a los Estados a garantizar el acceso a servicios de salud adecuados sin discriminación durante el embarazo, el parto y posparto. Sin embargo, muchas mujeres sufren violaciones de este derecho, particularmente aquellas mujeres que tienen una situación socioeconómica desfavorable. Este fenómeno incluye la llamada «punición del goce», que alude a la sanción simbólica del ejercicio autónomo de la sexualidad y la capacidad reproductiva femenina (Diniz y Chacham, 2004). Refleja cómo el control sobre el cuerpo femenino y su placer puede ser sancionado a través de prácticas médicas invasivas, trato deshumanizado, humillaciones, etc.

6. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA BAJO LA ÓPTICA INTERNACIONAL

6.1. Su estudio en el derecho comparado en Hispanoamérica

El estudio de la violencia obstétrica en el derecho comparado debe iniciarse en Hispanoamérica, por ser la primera región del mundo que ha dotado a esta figura jurídica de autonomía normativa (Bellón, 2015). Este

avance regional se alinea con el estándar internacional fijado por Šimonović (2019) en su informe ante las Naciones Unidas, donde sostiene que la VO constituye una violación sistemática de los derechos humanos que requiere un marco jurídico específico para romper con la invisibilidad del maltrato en los servicios de salud reproductiva. A diferencia de otros modelos legales, donde el problema se aborda de forma indirecta mediante la normativa sanitaria, en Hispanoamérica existe un reconocimiento expreso derivado del impulso de organismos internacionales y del activismo feminista. En este contexto, Díaz García y Fernández (2018) destacan la relevancia de analizar los modelos pioneros de la región, centrando el estudio las legislaciones de Venezuela, Argentina y México.

El primer país en reconocer la VO de forma expresa fue Venezuela, el 23 de abril 2007. Este reconocimiento se produjo con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), posteriormente reformada en 2014 y 2021⁴. Esta norma incluye la violencia obstétrica dentro del catálogo de formas de violencia contra la mujer y la define en su artículo 19, numeral 13, 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 la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres».

Esta definición legal se alinea con los planteamientos de Pérez D'Gregorio (2010), quien indica que la VO es una violación de los derechos humanos que se manifiesta cuando el acto médico deja de ser un servicio para convertirse en una forma de control y maltrato. Como señalan Díaz García y Fernández (2018), el legislador venezolano no solo define el concepto, sino que tipifica conductas específicas para evitar la

⁴ La reforma de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 2021 amplía la responsabilidad por violencia obstétrica, extendiéndola del personal sanitario a las instituciones de la salud, reconociendo así la dimensión estructural e institucional de esta vulneración.

discrecionalidad en su aplicación. La Ley Orgánica enumera, en su artículo 66, las conductas concretas que pueden constituir violencia obstétrica. En concreto:

«Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer
6. Vulnerar los derechos reconocidos en el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado».

Para estas conductas, la ley, en su art. 66, establece una sanción pecuniaria consistente en multa de 250 a 500 unidades tributarias que se impondrá al responsable.

Es importante precisar que esta Ley Orgánica configura la violencia obstétrica dentro del catálogo de formas de violencia de género. El legislador venezolano ha optado por establecer una sanción de carácter pecuniario para este tipo de conductas, distinta de la pena de prisión prevista para otros tipos

regulados en esta misma ley. Esta decisión implica que, aunque el proceso se tramita ante la jurisdicción penal especializada, ante los Tribunales con Competencia en Delitos de Violencia Contra la Mujer, la responsabilidad se dirige mediante el pago de la multa y la posible inhabilitación profesional, en lugar de la pena privativa de libertad (Terán et al., 2013; Díaz García y Fernández, 2018).

Tras el análisis del modelo venezolano, el estudio del derecho comparado dirige la atención hacia Argentina, cuyo ordenamiento configura un sistema basado en la protección integral y los derechos humanos. En este país, la regulación de la violencia obstétrica procede de dos leyes fundamentales: la Ley 26.485 (2009), y la Ley 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (2004), conocida habitualmente como «Ley de Parto Humanizado o Respetado». Ambas leyes se complementan con su respectivo reglamento. Al respecto, Díaz García y Fernández (2018) subrayan que el modelo argentino se distingue por articular la VO como una modalidad específica de violencia institucional y de género.

La Ley N°26.485 constituye el marco normativo de referencia al establecer una protección integral que trasciende el ámbito sanitario para situar el problema en la esfera de los derechos humanos (Palomares, 2025). Esta ley define la violencia obstétrica en su artículo 6, letra e), modalidades de violencia contra la mujer, describiéndola como:

«e) aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929».

En la propia definición de VO se remite a la Ley N°25.929 de Parto Humanizado. Si bien esta última no recoge el término «violencia obstétrica» de forma expresa, su relevancia radica en la salvaguarda de los derechos específicos de la mujer durante el proceso de gestación y nacimiento, cuya vulneración es la que da lugar a dicha violencia. En concreto, su artículo 2 enumera tales derechos:

«a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma».

En esta línea, el Decreto 1011/2010, que reglamenta la Ley N°26.485 de Protección Integral de las Mujeres, ahonda en el Anexo I sobre el concepto de trato deshumanizado, mencionado en el artículo 6, inciso e), definiéndolo como: «el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y posparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no».

Con respecto a las consecuencias jurídicas, el artículo 6 de la Ley N°25.929 de Parto Humanizado se limita a disponer que: «El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder».

Se trata, por tanto, de sanciones administrativas que dependen de la valoración subjetiva de los organismos de salud nacionales. A pesar de los avances legislativos, la ley contra la violencia de género no contempla las medidas pertinentes para las situaciones de violencia obstétrica.

Esta integración normativa ha sido ratificada recientemente por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso *Brítez arce y otros Vs. Argentina* (2022). En dicha sentencia, el tribunal internacional reconoció por primera vez la VO como una violación a los derechos humanos, fundamentando su decisión en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994⁵). Asimismo, el tribunal destacó que el cumplimiento de los estándares de la Ley N°25.929 no es una opción potestativa del personal de salud, sino una obligación estatal para garantizar la integridad física y psíquica de las mujeres y personas gestantes.

⁵ La interpretación de la violencia obstétrica en el sistema interamericano se fundamenta en la Convención de Belém do Pará, 1994. Este tratado, ratificado por Argentina, es el primer instrumento internacional en establecer el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia, proporcionando la base jurídica para que la Corte IDH identifique la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos.

Finalmente, cabe analizar el caso de México, donde la regulación de la violencia obstétrica se estructura a dos niveles: el federal y el estatal. El Estado federal cuenta, desde 2007, con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), que tiene como objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (art. 1).

Históricamente esta norma se limitaba a tipificar la violencia de tipo: psicológica, física e institucional (arts. 6 y 8). A pesar de que en abril de 2024 el Senado de la República de México aprobó un dictamen para incorporar la violencia obstétrica de manera autónoma, proyectada en el art. 20 quinquies, dicha reforma no ha sido integrada todavía en el Diario Oficial de la Federación. En consecuencia, según el texto vigente consolidado el 15 de enero de 2026, esta modalidad no figura en la ley general, obligando a las autoridades federales a encuadrar las conductas de violencia obstétrica bajo la figura de la violencia institucional (art. 18), definida como:

«los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia».

Bajo este marco, la violencia institucional se ha articulado como el principal mecanismo jurídico para abordar las agresiones del ámbito reproductivo en hospitales públicos, interpretándose como un abuso de poder del Estado, visibilizando que el daño no solo proviene del personal médico, sino de un sistema que normaliza prácticas deshumanizadas (Castro y Erviti, 2014). Al respecto, Castro (2014) sostiene que esta violencia se encuentra arraigada en un «habitus médico autoritario», una estructura de poder dentro de la cultura institucional médica que normaliza el maltrato como parte del entrenamiento profesional, lo que dificulta su erradicación a pesar de la existencia de marcos normativos. Esta normalización de prácticas deshumanizadas fuerza a las víctimas a recurrir a interpretaciones extensivas para denunciar la vulneración de su autonomía. Como complementa el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2019), esta situación evidencia una contradicción estructural, ya

que, existe la voluntad legislativa de avanzar, pero la vigencia normativa federal sigue siendo insuficiente para garantizar el derecho a una salud reproductiva libre de violencia.

Ante este vacío en la legislación general, el sistema de salud mexicano se apoya de manera técnica en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Esta regulación es de observancia obligatoria para todo el personal de salud mexicano, debido a que, establece las pautas para una atención humanizada durante el embarazo, parto y puerperio. Al prohibir prácticas invasivas sin consentimiento y garantizar el derecho al acompañamiento, la NOM-007 actúa como el estándar de control técnico que complementa la deficiente tipificación federal, permitiendo a las instituciones sancionar administrativamente el trato deshumanizado.

Por otro lado, a nivel estatal, la mayoría de las entidades federativas, treinta y una de treinta y dos, ya han tipificado de manera específica la violencia obstétrica en sus leyes locales, creando un marco jurídico en la periferia que aún no se refleja en el texto consolidado de la norma general. Esta disparidad legislativa evidencia una fragmentación del derecho reproductivo en México (Palomares 2025). Esta estructura descentralizada es identificada por Díaz García y Fernández (2018) como una característica distintiva del caso mexicano, donde el impulso legislativo local ha sido el motor para visibilizar el fenómeno de la VO ante la falta de una definición autónoma en la ley general federal.

Es importante precisar que no todos los estados que la reconocen administrativamente la consideran un delito. Solo algunas entidades como: Chiapas, Estado de México, Puebla, Quintana Roo, Yucatán, Veracruz y Guerrero⁶, la han tipificado en Códigos Penales, lo que permite sanciones de cárcel o inhabilitación para el personal de salud. Dado que el concepto de violencia obstétrica es similar en todas ellas, a continuación, se reproduce solo una de esas definiciones:

⁶ Mientras que el Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, en su art. 202, tipifica la conducta con la sanción más alta del país hasta ocho años de prisión porque la considera una manifestación de violencia de género. Estados como Aguascalientes carecen de una tipificación autónoma, limitándose a figuras genéricas de responsabilidad profesional.

«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, se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer». (*Verbi gratia*: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, 2011, art.7. VI). Es pertinente señalar que esta definición adoptada por la legislación de Veracruz sigue casi literalmente la estructura del modelo venezolano de 2007, reflejando la influencia de este último en la configuración de los marcos normativos locales en México.

Para concluir, el derecho comparado hispanoamericano presenta tres modelos de respuesta frente a la violencia obstétrica: el modelo punitivo venezolano, que la integra en su catálogo de delitos con sanciones pecuniarias específicas; el modelo de protección integral de Argentina, centrado en el respeto a los derechos humanos; y el modelo de armonización mexicano, que, pese a los esfuerzos de armonización, se caracteriza por una fragmentación normativa. A diferencia de Venezuela o Argentina, México carece de una definición de violencia obstétrica a nivel federal, delegando su reconocimiento a las legislaturas estatales y a las normas técnicas de salud, lo que genera una vulnerabilidad manifiesta y una falta de mecanismos efectivos para su erradicación.

6.2. Comité CEDAW contra España

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW) es «el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por las Naciones Unidas en 1979» (CEDAW, s.f., párr.1). Considerada la carta internacional de derechos humanos más importante para las mujeres, el Comité está «formado por veintitrés expertos en derechos de la mujer de todo el mundo» (CEDAW, s.f., párr. 1). A través de su Protocolo Facultativo (1999), el Comité tiene la potestad de recibir y examinar denuncias de particulares, lo que ha permitido que, tras agotar las vías internas en España, se hayan emitido tres dictámenes condenatorios contra el Estado por violencia obstétrica. En sus resoluciones, el Comité se apoya en sus Recomendaciones Generales, destacando la número 24 sobre la mujer y la salud, que exige una atención del parto basada en el consentimiento informado, y la número 35, que enmarca las violaciones a los derechos reproductivos como una forma de violencia por razón de género. A continuación, se analizan los tres casos en los que el Estado español fue condenado.

6.2.1. Dictamen CEDAW/C/75/D/138/2018 (S.F.M. 2020)

El primer caso analizado es el de *S.F.M. c. España (2020)*. Este dictamen representa un hito histórico al ser la primera condena internacional a un Estado por violencia obstétrica. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) condenó al Estado español por incumplir su deber de debida diligencia al no proteger los derechos de S.F.M y su hija a una atención obstétrica de calidad y libre de violencia (Comité CEDAW, 2020). Es preciso señalar que esta resolución se alinea con la definición técnica de violencia obstétrica establecida por la Relatora Especial de la ONU, quien la describe como una forma de violencia de género sistémica y estructural (Šimonović, 2019).

Los hechos se remontan a 2009 cuando S.F.M., acudió a un hospital público en Lugo para una consulta de orientación cuando tenía treinta y nueve semanas y seis días de gestación. A pesar de no haber entrado en trabajo de parto, el personal médico impuso su inducción precoz, sin consentimiento informado, sin justificación clínica de urgencia. Durante el proceso, S.F.M. fue

sometida a una episiotomía no consentida, realizada bajo criterios de conveniencia del servicio y no por necesidad médica, y fue separada de su hija recién nacida. La niña fue ingresada en la unidad de neonatología por una infección adquirida durante los más de diez tactos vaginales a los que fue sometida su madre y para los que no se pidió su consentimiento (Comité CEDAW, 2020, párrs. 2.1, 2.5. y 2.6).

El acceso de la autora al Comité CEDAW estuvo precedido por un exhaustivo, aunque infructuoso, recorrido administrativo y judicial en España. Tras el silencio administrativo ante sus quejas iniciales, S.F.M. interpuso una reclamación de responsabilidad patrimonial que fue desestimada por la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia en 2013. En la vía jurisdiccional, el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Santiago de Compostela desestimó su pretensión en 2015, al otorgar el juzgador una presunción de veracidad casi absoluta al personal médico, minimizando el daño psicológico de la madre como una cuestión de «propia percepción» (Comité CEDAW, 2020, párr. 2.16).

Pese a que el Tribunal Superior de Justicia de Galicia admitió en apelación que la sentencia de instancia no había valorado adecuadamente las pruebas de la demandante, terminó desestimando el recurso al exigir un estándar probatorio de «mala praxis» casi imposible de alcanzar. El agotamiento de la vía interna culminó cuando el Tribunal Constitucional inadmitió el recurso de amparo por falta de especial trascendencia constitucional (Comité CEDAW, 2020, párrs. 2.17, 2.18 y 2.19). El caso fue elevado a Naciones Unidas en 2018 por un equipo jurídico liderado por Francisca Fernández Guillén, directora jurídica del Observatorio de la Violencia Obstétrica⁷.

En el examen de fondo, el Comité subrayó que la actuación en España estuvo viciada por estereotipos de género, al otorgar una presunción de veracidad absoluta al personal médico y calificar el daño psicológico de la madre como una «mera percepción» (Comité CEDAW, 2020, párr. 7.5). En

⁷ El Observatorio de la Violencia Obstétrica (OVO) es una entidad creada en 2014 por la asociación El Parto es Nuestro y constituyéndose en 2019 como asociación independiente. Tiene como objetivo visibilizar, investigar y documentar las malas prácticas durante la atención al parto en España, así como promover el cumplimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (Observatorio de la Violencia Obstétrica, s.f.).

consecuencia, el dictamen insta al Estado español a proporcionar a S.F.M. una reparación apropiada por el daño sufrido con respecto a su salud física y psicológica. También se solicita a España que brinde a los profesionales de salud y los operadores de justicia una capacitación profesional adecuada en materia de derechos de salud sexual y reproductiva, y que se garantice el acceso a los procedimientos legales efectivos en caso de VO (Comité CEDAW, 2020, párr.8).

Las repercusiones del dictamen relativo a S.F.M. fueron determinantes para la agenda jurídica española, al evidenciar una brecha entre la praxis médica y los estándares internacionales de derechos humanos. En el plano legislativo, la resolución del CEDAW actuó como el fundamento jurídico principal para que la 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, incluyera medidas específicas contra las prácticas obstétricas excesivamente intervencionistas, estableciendo el consentimiento informado no como un trámite, sino como un derecho sustantivo de la gestante (Ley Orgánica 1/2023, Preámbulo, apartado II). En el ámbito judicial, este caso marcó un punto de inflexión respecto a la valoración de la prueba, debido a que la crítica del Comité a la «presunción de veracidad» del personal sanitario ha impulsado una revisión del estándar probatorio en España, exigiendo que los tribunales españoles realicen un análisis con perspectiva de género que no ignore el daño psicológico de la madre (Fernández Guillén, 2020).

Finalmente, este dictamen consolidó la doctrina sobre el carácter vinculante de las decisiones de los comités de la ONU en España. Como analiza Gutiérrez Espada (2018), esta postura se ve reforzada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 1263/2018, de 17 de julio), que estableció que los dictámenes de los comités internacionales de derechos humanos no son meras recomendaciones, sino que tienen carácter vinculante y ejecutivo en el ordenamiento jurídico, obligando al Estado a reparar de forma integral a las víctimas.

6.2.2. Dictamen CEDAW/C/82/D/149/2019 (N.A.E. 2022)

El segundo caso a analizar es de *N.A.E c. España (2022)*. La actora denunció haber sufrido violencia obstétrica durante su primer parto en 2012 en Donostia. A sus 25 años, el embarazo había sido controlado y sano. La actora y su pareja presentaron en el hospital público de Donostia un plan de parto en el que manifestaban su voluntad de no recibir medicación para acelerar o provocar el parto, que las decisiones médicas fuesen consensuadas. Además, solicitaba que, en caso de cesárea, se respetara el derecho del recién nacido a permanecer con su madre o padre. Asimismo, especificó que a su hijo no se le alimentara con biberón (Comité CEDAW, 2022, párr. 2.1).

A pesar de esta manifestación de voluntad y, sin mediar información ni consentimiento previo, se le indujo al parto de manera anticipada mediante la administración de oxitocina catorce horas después de que rompiera aguas, contraviniendo el propio protocolo del hospital, que establece un periodo de espera de veinticuatro horas antes de inducir el parto. Además, se le practicó una cesárea no urgente realizada por estudiantes de medicina. A pesar de que la normativa sanitaria española establece que ningún paciente puede ser utilizado en un proyecto docente sin su previa autorización, en este caso se omitió dicho requisito legal (Comité CEDAW, 2022, párr. 2.10).

Durante el proceso, la actora denunció haber recibido un trato infantilizante y cosificador, con una exposición innecesaria de su cuerpo y sin posibilidad de acompañamiento. Tras finalizar el parto, fue separada de su hijo, a quien se le administró alimentación artificial contraviniendo sus claras instrucciones (Comité CEDAW, 2022, párr. 2.13).

En la vía interna, los tribunales españoles desestimaron las pretensiones de la actora mediante una argumentación que el Comité consideraría basada en estereotipos de género. El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 3 de Donostia-San Sebastián sostuvo que el plan de parto era una mera «expresión de deseos» y que las intervenciones se ajustaron a la «lex artis». Además, el tribunal llegó a afirmar que el parto «constituye un proceso natural donde el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos» (Comité CEDAW, 2022, párr. 2.22).

Esta interpretación judicial supuso una vulneración de lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, que reconoce el consentimiento informado como un derecho básico e irrenunciable (Ley 41/2002, art. 8). Además, el tribunal consideró que la ausencia de lesiones físicas graves en el recién nacido descartaba la existencia de daño resarcible. Por su parte, el Tribunal Constitucional inadmitió el recurso de amparo por falta de trascendencia constitucional (Comité CEDAW, 2022, párr. 2.23). Esta negativa fue la que permitió a la abogada Francisca Fernández Guillén elevar el caso al Comité CEDAW en noviembre de 2018.

Tras el examen de los hechos, el Comité, en su dictamen final de 2022, determinó la violación de los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, concluyendo que el Estado español falló en su deber de proteger el derecho a la mujer a la salud y a una vida libre de violencia (Comité CEDAW, 2022, párr.15.9). Al respecto, Maravall Buckwalter (2025) señala que este pronunciamiento pone de manifiesto la «asimetría de poder» y los estereotipos de género que aún impregnan la relación clínico-asistencial en España, donde la autonomía de la mujer se ve supeditada a decisiones médicas arbitrarias e injustificadas. El dictamen subraya que la aplicación de procedimientos invasivos sin consentimiento constituye una negación sistemática del derecho a la autodeterminación corporal de las mujeres en el ámbito sanitario.

Como resultado, el Comité instó a España a proporcionar una indemnización financiera que cubra los daños físicos y psicológicos derivados de la praxis médica sufrida por N.A.E. Además de reiterar las recomendaciones de formación de personal sanitario y judicial, formuladas en el dictamen previo de 2020, el Comité añadió la necesidad de establecer, publicitar e implementar una Carta de Derechos de los Pacientes, en línea con estándares internacionales como la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (2002) (Comité CEDAW, 2022, párr. 16).

6.2.3. Dictamen CEDAW/C/84/D/154/2020 (M.D.C.P. 2023)

El tercer Dictamen del Comité que se suma a los dos anteriores, analiza el caso de *M.D.C.P. c España (2023)*. Es el tercer pronunciamiento condenatorio contra España en materia de violencia obstétrica y destaca por la extrema tecnificación innecesaria de un parto de bajo riesgo. La autora con cuarenta semanas de gestación acudió con contracciones a un hospital público de Sevilla en 2009. Como único antecedente existía una hernia de hiato que había sido tratada durante el embarazo. A pesar de que el registro fetal era satisfactorio, se inició una «cascada de intervenciones» que incluyó la administración de oxitocina sintética y la realización de veinte tactos vaginales por diversos profesionales, muchos de ellos estudiantes, sin que constara en el historial clínico una justificación médica para tal frecuencia ni se hubiera solicitado el consentimiento a la paciente (Comité CEDAW, 2023, párr. 2.1).

Por otro lado, la autora vio cómo sus peticiones para que se le administrase la medicación para la hernia de hiato fueron ignoradas y se le obligó a dilatar en posición de litotomía (tumbada boca arriba con las piernas elevadas), lo que provocaba que el reflujo le abrasara la garganta como consecuencia de la citada patología. La vulneración de la integridad física de la autora culminó con la aplicación de anestesia epidural dificultosa que resultó en diez dolorosas punciones, con respecto a las cuales sufre secuelas (Comité CEDAW, 2023, párrs. 2.2 y 3.2).

Tras el alta hospitalaria, la autora sufrió graves secuelas físicas y un trastorno por estrés postraumático severo. Al igual que en los casos precedentes, la vía judicial interna española desestimó su reclamación de responsabilidad patrimonial, tanto por la administración como por los tribunales. El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Núm. 8 de Sevilla, realizó una interpretación restrictiva de la demanda de la autora, al afirmar que esta no versaba sobre maltrato, sino únicamente sobre una posible «mala praxis» técnica en relación con la administración de la analgesia epidural y la decisión de practicarle una cesárea (Comité CEDAW, 2023, párr. 2.10). Esta visión judicial confirma lo denunciado por la abogada Francisca Fernández Guillén, quién sostiene que «la justicia española tiende a considerar el parto como un evento médico donde la

mujer es un objeto pasivo, desplazando su consentimiento por una supuesta necesidad clínica no probada».

Posteriormente, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, emitió sentencia desestimatoria al considerar que informar al marido y a la madre de la autora sobre la cesárea que le iban a realizar era equivalente al consentimiento informado de la paciente (Comité CEDAW, 2023, párr. 2.12).

Esta visión ignora que, según manifiesta la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, la VO es una práctica sistemática y patriarcal que ocurre durante la atención del parto, debido a la desigualdad estructural y la falta de formación médica. En el caso de M.D.C.P., el Comité identifica que los actos como la cesárea sin consentimiento o los exámenes realizados por personal sin experiencia vulneran los derechos humanos. El consentimiento informado es un derecho fundamental e inalienable, que exige que las mujeres reciban información completa para decidir libremente, sin que su voluntad pueda ser sustituida por terceros (Comité CEDAW, 2023, párr. 7.8).

Bajo esta premisa, la autora argumentó ante el Tribunal Constitucional, recurso de amparo sobre que estas decisiones judiciales implicaban que a las «futuras madres» se les podía privar de la protección legal ordinaria, específicamente de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, bajo el pretexto de la seguridad clínica, razonamiento que el Comité CEDAW identificaría como una discriminación por razón de sexo y una violación de la integridad física y moral. El Tribunal Constitucional inadmitió a trámite la demanda de amparo por entender que los hechos carecían de especial trascendencia constitucional (Comité CEDAW, 2023, párr. 2.13).

En definitiva, el Comité CEDAW dictamina que el Estado español vulneró los artículos 2, 3, 5, 12 y 24 de la Convención, al concluir que los hechos sufridos por la autora no fueron incidentes aislados, sino una manifestación de violencia obstétrica arraigada en una discriminación estructural y de estereotipos de género. No es solo «mala praxis», es una violación de derechos humanos (Comité CEDAW, 2023, párr. 8).

El Comité reprocha con dureza que las autoridades españolas actuaran de forma sesgada al otorgar valor exclusivo al criterio médico, ignorando la

autonomía de la paciente y considerando que el consentimiento informado era irrelevante ante una urgencia no probada (Comité CEDAW, 2023, párr. 7.11).

El Dictamen exige al Estado español una reparación plena para la autora y la implementación de medidas estructurales urgentes, como la creación de una Carta de Derechos del Paciente, la realización de estadísticas oficiales sobre violencia obstétrica y la capacitación obligatoria de jueces y personal sanitario para erradicar los estereotipos que anulan la capacidad de decisión de las mujeres en el parto (Comité CEDAW, 2023, párr. 8).

Concluyendo, la reiteración de estas tres condenas (S.F.M., N.A.E. y M.D.C.P.) evidencia que la violencia obstétrica en España no es un fenómeno accidental, sino una manifestación estructural de discriminación hacia la mujer. Como ya estableció el Tribunal Supremo en su Sentencia 1263/2018, de 17 de julio, los dictámenes de los comités de la ONU tienen carácter vinculante en nuestro ordenamiento. Esto garantiza a las víctimas un derecho a la reparación integral, obligando a la justicia española a juzgar con perspectiva de género, asegurando el respeto absoluto al consentimiento informado como un derecho irrenunciable de toda mujer.

6.3. La Unión Europea y la violencia obstétrica

El análisis de la violencia obstétrica desde la perspectiva de la Unión Europea implica analizar un cambio de paradigma legal: la transición de un fenómeno históricamente silenciado en el entorno sanitario a su reconocimiento como una manifestación de violencia de género estructural. Aunque la gestión sanitaria es competencia de cada Estado miembro, el Derecho de la Unión ejerce una tutela transversal sobre los derechos fundamentales de las pacientes. En este apartado se desglosa la influencia de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2016), el Convenio Europeo de Derechos Humanos y el Convenio de Estambul como garantías de protección, junto al impacto de la Resolución 2306 (2019) del Consejo de Europa. Este marco normativo redefine la asistencia al parto, exigiendo que la dignidad y el consentimiento informado dejen de ser meras recomendaciones para convertirse en obligaciones legales ineludibles.

6.3.1. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (en adelante, la Carta) fue proclamada originalmente en el año 2000, en Niza. Sin embargo, su relevancia jurídica definitiva llegó el 1 de diciembre de 2009 con la entrada en vigor del Tratado de Lisboa (2007). A partir de ese momento, la Carta adquirió el mismo valor jurídico que los Tratados, (Tratado de la Unión Europea [TUE], 2012, art. 6.1), convirtiéndose en una norma de obligado cumplimiento para las instituciones de la Unión Europea (en adelante, UE) y para los Estados miembros cuando aplican el Derecho de la UE.

En este sentido, la Carta constituye el pilar jurídico esencial del presente análisis. Como norma de rango superior y vinculante para todos los Estados miembros, eleva la protección de la mujer en el paritorio al nivel de derechos humanos fundamentales, destacando los siguientes preceptos:

«Artículo 1. Dignidad de la persona. Se respetará y protegerá la dignidad de la persona». (Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea [CDFUE], 2012, p.398).

La Violencia obstétrica es descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como un trato deshumanizado. El artículo 1 es la base para denunciar el uso de prácticas que vulneran la dignidad de la mujer durante el parto.

«Artículo 3. Derecho a la integridad de la persona.

- 1 Toda persona tiene derecho a su integridad física y mental.
- 2 En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular los principios siguientes:
 - consentimiento libre e informado de la persona de que se trate,
 - prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo se conviertan en objeto de lucro» (CDFUE, 2012, p.398).

Este artículo exige el consentimiento libre e informado en el ámbito de la medicina. El uso de prácticas como las episiotomías no consentidas o la

maniobra de Kristeller⁸ sin información previa chocan directamente con este precepto.

«Artículo 4. Prohibición de la tortura y de las penas o los tratos inhumanos o degradantes. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes» (CDFUE, 2012, p. 398).

En casos graves de negligencia o abuso sistemático, la jurisprudencia internacional, como la del Tribunal Europeo de Derechos Humanos específicamente en la sentencia *V.C. v. Slovakia (2011)*, que fue la primera en establecer que una práctica ginecológica sin consentimiento pleno es un trato degradante.

«Artículo 21. Igualdad y no discriminación.

1.- Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por motivos de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual» (CDFUE, 2012, p. 402).

Este artículo prohíbe la discriminación por razón de sexo y de origen social. La VO se analiza cada vez más como una forma de violencia de género institucionalizada, en línea con los principios establecidos por el Convenio de Estambul (Convenio de Estambul, 2011).

«Artículo 35. Protección de la salud. Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales» (CDFUE, 2012, p. 404).

Este artículo garantiza el derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de cuidados médicos. La VO se considera una prestación de servicios de salud por debajo de los estándares de calidad exigidos.

⁸ La maniobra de Kristeller consiste en la aplicación de presión manual sobre el fondo del útero para acelerar la expulsión del feto. Actualmente, esta práctica está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) debido a los riesgos de rotura uterina y lesiones perineales que conlleva para la madre, así como traumatismos para el recién nacido.

Una vez analizados los preceptos de la Carta, es preciso señalar que su interpretación no debe realizarse de forma aislada. Según establece el artículo 52.3 de la Carta, los derechos que coincidan con los garantizados por el Convenio Europeo de Derechos Humanos (en adelante, CEDH) tendrán el mismo sentido y alcance que los conferidos por dicho Convenio. Por tanto, para comprender el alcance real de la protección frente a la violencia obstétrica en la UE, resulta imperativo acudir a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

6.3.2. *El Convenio Europeo de Derechos Humanos*

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, más conocido como el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), fue firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950 por los Estados miembros del Consejo de Europa, y entró en vigor en 1953 (Consejo de Europa, 1950).

Aunque el CEDH es un instrumento jurídico de una organización internacional distinta de la UE, su relevancia en este análisis es doble. Por un lado, es un referente interpretativo: como se ha mencionado, el art. 52.3 de la Carta obliga a que los derechos de la UE se interpreten según el estándar de CEDH (Unión Europea, 2012). Por otro lado, el CEDH instituye el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH), para asegurar el respeto de los compromisos del Convenio (CEDH, 1950, art. 19), siendo el órgano jurisdiccional cuya jurisprudencia define los estándares de derechos humanos en el continente europeo. No obstante, el cumplimiento efectivo de sus sentencias queda bajo la supervisión del Comité de Ministros (CEDH, 1950, art. 46.2). Esta labor conjunta convierte su doctrina en la fuente más avanzada en la definición de la autonomía física y los derechos reproductivos.

En el marco de la violencia obstétrica, el CEDH no contiene una mención explícita de este fenómeno. No obstante, el TEDH ha desarrollado una doctrina protectora a través de la interpretación evolutiva de los artículos el 3 y 8 del CEDH. Por un lado, el artículo 3, que prohíbe la tortura y tratos inhumanos o degradantes, actúa como un límite infranqueable ante intervenciones médicas

que, por su especial crueldad o falta de necesidad clínica, vulneran la dignidad de la mujer en el parto (CEDH, 1950, art. 3), tal y como se observa en la sentencia *Konovalova c. Rusia* (2014), donde el Tribunal determinó que la presencia de estudiantes de medicina durante el parto sin el consentimiento previo y explícito de la paciente constituía una intrusión injustificada en su integridad, priorizando la docencia sobre la dignidad y la intimidad de la mujer.

Por otro lado, el artículo 8, que contiene el respeto a la vida privada y familiar, se erige como el eje central para la protección de la autonomía reproductiva (CEDH, 1950, art. 8). Bajo este precepto, el Tribunal ha establecido que el proceso del parto pertenece a la esfera íntima de la mujer, vinculándolo directamente con el derecho a la integridad física y a la autodeterminación sobre su propio cuerpo. Como se observa en la sentencia *Ternovszky c. Hungría* (2010), donde se reconoció el derecho a elegir las circunstancias en las que se desea dar a luz. Es una libertad fundamental que los Estados deben garantizar, evitando barreras legales y prácticas que obstaculicen la toma de decisiones informadas de la gestante.

6.3.3. *El Convenio de Estambul: el marco del Consejo de Europa contra la violencia de género*

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, conocido como el Convenio de Estambul (en adelante, el Convenio), es un tratado internacional adoptado por el Consejo de Europa el 7 de abril de 2011, y abierto a la firma el 11 de mayo del mismo año. Es fruto de esfuerzos iniciados en la década de los noventa para armonizar los estándares de protección en el continente europeo. Constituye el primer instrumento jurídico internacional de carácter vinculante que define la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación (Consejo de Europa, 2011). Su ratificación por parte de España supuso un hecho trascendental, al obligar al Estado a adaptar su ordenamiento a estándares de protección integral.

En relación con la violencia obstétrica, aunque el Convenio no utiliza este término de forma literal, su relevancia es debida a dos motivos. En primer lugar,

el artículo 3 define la violencia contra la mujer como todos los actos que impliquen daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual o psicológica. Bajo este prisma, las intervenciones médicas sin consentimiento o la medicalización excesiva del parto se encuadran en la definición de violencia física y psicológica.

En segundo lugar, el Convenio establece el principio de debida diligencia en su artículo 5, que responsabiliza a los Estados de prevenir, investigar y castigar los actos de violencia cometidos tanto en el ámbito privado como en el público. Esto traslada la violencia obstétrica del terreno del simple error médico individual al de la violencia institucional, obligando a las administraciones sanitarias a garantizar protocolos que respeten los derechos humanos de las mujeres durante la atención al parto.

Como señala Zaballos Zurilla (2025), el Convenio de Estambul permite conceptualizar la VO no como un mero catálogo de malas praxis médicas, sino como una forma de violencia de género institucionalizada. Para la autora, el incumplimiento de los estándares de consentimiento informado y la medicalización innecesaria son expresiones de una desigualdad estructural que el Convenio obliga a erradicar.

Finalmente, es preciso destacar la labor del Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (GREVIO), es el órgano encargado de supervisar la aplicación del Convenio. En su primer informe de evaluación sobre España (GREVIO/Inf(2020)19), el GREVIO (2020) instó a las autoridades españolas a mejorar la formación del personal sanitario y a reforzar los mecanismos de consentimiento informado. Sobre esto ha incidido en que no es solo una norma ética, sino una obligación jurídica derivada del Convenio para evitar tratos degradantes en el ámbito sanitario. Con ello, el organismo subraya que la erradicación de la violencia ginecológica y obstétrica no es solo una recomendación clínica, sino una obligación derivada directamente de los parámetros del Convenio de Estambul.

6.3.4. *La Resolución 2306 del Consejo de Europa, de 3 de octubre de 2019*

Un hito normativo fundamental en el marco europeo es la Resolución 2306, titulada «Violencia obstétrica y ginecológica», aprobada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (APCE) el 3 de octubre de 2019. A pesar de que este documento se enmarca en la categoría de derecho no vinculante (*soft law*), su relevancia jurídica es trascendental. Esta calificación resulta coherente con la naturaleza de las resoluciones adoptadas por órganos deliberativos de organizaciones internacionales, que «carecen de fuerza jurídica obligatoria y poseen un valor esencialmente político y orientador» (Remiro Brotons et al., 2019). En este sentido, la Resolución 2306 actúa como un instrumento interpretativo que dota de contenido específico al Convenio de Estambul (2011) en el ámbito del parto, estableciendo lo que la APCE (2019) define como un estándar de diligencia debida que los Estados deben observar para evitar la responsabilidad internacional ante organismos de supervisión como el Comité CEDAW, tal y como se ha analizado anteriormente en el caso *S.F.M. c España* (2020).

El valor jurídico de este documento reside en que, por primera vez, un organismo de esta relevancia reconoce que la violencia obstétrica es un fenómeno sistémico y no una suma de incidentes aislados al afirmar que «ha permanecido oculta durante mucho tiempo y que aún hoy se ignora con demasiada frecuencia» (APCE, 2019, párr. 3). La Resolución identifica la VO como una forma de violencia que se manifiesta a través de prácticas carentes de base científica, como la maniobra de Kristeller, o intervenciones realizadas sin el consentimiento libre e informado de la mujer, como las episiotomías sistemáticas o cesáreas innecesarias (APCE, 2019, párr. 3). Como señalan Rodríguez Mira y Martínez Gandolfi (2021), la invisibilización de estas prácticas dificulta su erradicación en el sistema sanitario.

Además, la APCE subraya que esta violencia no solo es sistémica, sino que «refleja una cultura patriarcal que sigue siendo dominante en la sociedad, incluso en el ámbito médico» (APCE, 2019, párr. 5), lo que refuerza su encuadre como forma de violencia de género y la necesidad de abordarla desde un enfoque estructural. En coherencia con esta perspectiva, la Resolución reconoce

también las condiciones laborales adversas del personal sanitario —escasez de recursos, sobrecarga asistencial o falta de medios—, aunque aclara que ello no puede justificar prácticas vulneradoras de derechos fundamentales (APCE, 2019, párr. 6). Asimismo, la APCE se apoya expresamente en el informe de la Relatora Especial de la ONU, Dubravka Šimonović (2019), que consolidó el enfoque de derechos humanos aplicado al maltrato en el parto.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la Resolución 2306 vincula estas prácticas con la vulneración de la dignidad humana y el derecho a la integridad física y psíquica (APCE, 2019, párrs. 1-2). Además, insta a los Estados miembros a cumplir con tres ejes de actuación urgentes (APCE, 2019, párr. 8):

1. Garantizar la autonomía de la paciente: asegurar que el consentimiento informado, entendido como un proceso comunicativo previo, libre y continuo, sea el centro de toda intervención médica, superando la concepción del consentimiento como un mero trámite administrativo (APCE, 2019, párr. 8.6).
2. Formación y sensibilización: promover la formación del personal sanitario en un enfoque basado en los derechos humanos y el respeto a la fisiología del parto (APCE, 2019, párrs. 8.8–8.9).
3. Mecanismos de denuncia y queja: establecer procedimientos eficaces para que las mujeres puedan denunciar estas prácticas y obtener una reparación del daño, combatiendo la impunidad institucional (APCE, 2019, párrs. 8.10-8.11).

Estas obligaciones se insertan en un catálogo más amplio de medidas que incluyen la recopilación sistemática de datos, la difusión de buenas prácticas de la OMS, campañas de sensibilización, financiación adecuada de los centros sanitarios, formación inclusiva para colectivos vulnerables y servicios de apoyo a las víctimas (APCE, 2019, párrs. 8.3-8.12). Finalmente, la Resolución extiende sus recomendaciones a los parlamentos nacionales y a las organizaciones no gubernamentales, instándoles a promover el debate público y la sensibilización

social para romper con el tabú que rodea a esta forma de violencia (APCE, 2019, párrs. 9-10).

Esta Resolución 2306 se consolida, por tanto, como una hoja de ruta esencial para que los Estados miembros adapten sus marcos normativos y asistenciales a los estándares internacionales de derechos humanos (APCE, 2019, párr. 8).

6.3.5. *La Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento y del Consejo Europeo, de 14 de mayo de 2024*

El cierre del marco normativo de la Unión Europea lo protagoniza la Directiva 2024/1385 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Publicada en el Diario Oficial de la UE (DOUE) el 24 de mayo de 2024, esta norma marca un punto de inflexión al pasar de las recomendaciones al derecho vinculante. La propia Directiva 2024/1385 otorga a los Estados miembros un plazo de transposición al ordenamiento jurídico interno que finaliza el 14 de junio de 2027.

Este documento constituye la primera ley integral a nivel de la UE que aborda la violencia de género con carácter obligatorio para los Estados miembros. Aunque la Directiva no utiliza el término específico de «violencia obstétrica» en su parte dispositiva penal (centrada en delitos como la mutilación genital femenina o la ciberviolencia), su relevancia reside en los siguientes aspectos:

- Definición jurídica vinculante: el artículo 2. a) introduce por primera vez una definición europea de violencia contra las mujeres, entendida como «todo acto de violencia de género dirigido contra una mujer o una niña por el hecho de serlo, o que afecte de manera desproporcionada a mujeres o niñas, que causen o sea probable que causen daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». Esta

definición permite proyectar la VO como una forma de violencia basada en el género cuando implica vulneración de la autonomía reproductiva.

- Perspectiva interseccional: el considerando 6 reconoce que la violencia se agrava cuando la discriminación por razón de sexo concurre con otros motivos (edad, discapacidad, raza, color, lengua, credo, origen étnico, orientación sexual, estatus migratorio, etc.). Bajo el concepto de «discriminación interseccional», la Directiva obliga a los Estados a ir más allá de una protección genérica, exigiendo que tanto la evaluación de riesgos como los servicios de apoyo y la formación de profesionales se adapten a las necesidades específicas de estas víctimas, quienes presentan un mayor grado de vulnerabilidad.
- Reconocimiento de la violencia estructural: el considerando 10 define la violencia contra las mujeres como una forma persistente de discriminación estructural, arraigada en relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que tienen su origen en roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos. Además, subraya que, en la práctica, dicha violencia suele ser infligida principalmente por hombres, lo que refuerza su carácter estructural.
- Servicios de apoyo y salud reproductiva: conforme a los considerandos 57 a 60, de la Directiva, los Estados miembros deben garantizar que las víctimas tengan acceso a servicios de apoyo especializados para víctimas de violencia sexual, mutilación genital femenina, aborto, esterilización, o matrimonio forzado, incluso cuando no hayan formalizado denuncia. Aunque en los considerandos 57 a 60 no se menciona la expresión «salud sexual y reproductiva», la Directiva sí la incorpora en otros pasajes, en concreto en el considerando 16, al abordar las vulneraciones de derechos asociadas al matrimonio forzado, y en el artículo 26.2, al

garantizar el acceso de las víctimas de violencia sexual a servicios sanitarios, incluidos los de salud sexual y reproductiva. En cualquier caso, la atención a víctimas de violencia sexual, mutilación genital femenina, aborto o esterilización forzados incide directamente en la autonomía reproductiva y permite proyectar estos parámetros sobre la atención al embarazo, parto y posparto, siguiendo los estándares fijados por el Comité CEDAW (2020, 2022, 2023).

- Formación de profesionales: por otro lado, el art. 36 de la Directiva obliga a los Estados miembros a velar porque los profesionales «reciban formación general y especializada e información específica de un nivel adecuado para su contacto con las víctimas»; esta obligación resulta necesaria y proyectable sobre el personal sanitario en entornos obstétricos para prevenir la victimización secundaria⁹ y refuerza la necesidad de adaptar los planes de formación y la organización sanitaria (Brigidi, 2022; Šimonović, 2019).
- Estándares de protección. A diferencia de la Resolución 2306, esta Directiva es un acto legislativo vinculante que los Estados miembros deben transponer antes del 14 de junio de 2027. Además, los considerandos 29 y 30 establecen que las víctimas deben poder denunciar fácilmente y que los Estados miembros deben garantizar mecanismos de denuncia accesibles y seguros, incluidos en sistemas en línea. Esta previsión resulta especialmente relevante en el ámbito obstétrico, donde las vías de queja suelen ser insuficientes y carecen de mecanismos de

⁹ La victimización secundaria, también conocida como revictimización, es el daño adicional, psicológico o físico, que sufre una víctima al interactuar con el sistema judicial, policial o instituciones sanitarias. No proviene del agresor, sino de una atención inadecuada, largos procesos o trato insensible durante la investigación. Este concepto está recogido en el Estatuto de la Víctima del Delito (Ley 4/2015) y reforzado por el art. 36 de la Directiva (UE) 2024/1385.

reparación efectivos (Comité CEDAW, 2020; Martínez San Millán, 2023; Šimonović, 2019).

Este marco normativo se ve reforzado por el estudio técnico del Parlamento Europeo (Brunello et al., 2024) el cual evidencia la persistencia de la violencia obstétrica y ginecológica en la Unión, proponiendo directrices educativas estandarizadas para que los Estados miembros garanticen una atención sanitaria basada en el respeto y la autonomía.

Implicaciones prácticas de la Directiva (UE) 2024/1385 para España.

España parte de un marco jurídico especialmente avanzado en materia de violencia de género. La Ley Orgánica 1/2004 constituye uno de los sistemas más completos de Europa al reconocer la violencia de género como una manifestación de discriminación estructural, doctrina confirmada por el Tribunal Constitucional en la STC 59/2008, que avaló la constitucionalidad del enfoque diferencial por razón de sexo. Asimismo, España ha incorporado figuras que la Directiva ahora blindará a nivel europeo, como la violencia vicaria, reconocida en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Aunque la ley española ya considera víctimas directas a los menores expuestos o afectados por la violencia ejercida contra sus madres, la Directiva refuerza esta protección a nivel europeo. En sus considerandos 13 y 39, reconoce, por un lado: que «los menores que son testigos de violencia doméstica dentro de la familia suelen sufrir daños psicológicos y emocionales directos que afectan a su desarrollo» y, por otro lado, establece que, al evaluar las necesidades de protección deben tenerse en cuenta factores como «el riesgo potencial de que se utilice a los hijos para ejercer control sobre la víctima». De esta modo, la Directiva incorpora, en términos sustantivos, las medidas de protección y los supuestos materiales que en el derecho español se engloban bajo la noción de violencia vicaria, aunque sin que la Directiva emplee expresamente ese término.

Como señala Torres Díaz (2025), España se sitúa en una posición de «cumplimiento forzado», lo que implica que la transposición no exigirá reformas estructurales profundas, pero sí ajustes interpretativos y de coordinación

institucional para armonizar los estándares europeos con los desarrollos propios del sistema español.

La Directiva 2024/1385 consolida a nivel europeo la idea de que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación estructural, tal y como recoge el considerando 10, al afirmar que esta violencia hunde sus raíces en relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. Este reconocimiento refuerza la doctrina constitucional española y blinda el enfoque de la Ley Orgánica 1/2004 frente a discursos negacionistas, otorgándole un respaldo normativo europeo que limita eventuales retrocesos legislativos.

En segundo lugar, la obligación de garantizar servicios de apoyo especializados vinculados a la salud sexual y reproductiva puede derivarse del considerando 57, que incluye entre dichos servicios la atención a las víctimas de violencia sexual, mutilación genital femenina, aborto forzado o la esterilización forzada. Aunque la Directiva no menciona expresamente el ámbito obstétrico, estos supuestos afectan directamente a la autonomía reproductiva y permite proyectar sus estándares sobre la atención al embarazo, parto y posparto (Lombana Villalba, 2023). En consecuencia, España deberá revisar la implementación efectiva de los protocolos de parto respetado, asegurar la disponibilidad de servicios de apoyo psicológico y reforzar los mecanismos de información y consentimiento en el ámbito sanitario.

En tercer lugar, la exigencia de formación obligatoria para los profesionales que atienden a las víctimas, establecida en el artículo 36, implica que el personal sanitario, incluido el que interviene en procesos de embarazo, parto y posparto, deberá recibir formación específica en derechos reproductivos, trato digno, consentimiento informado y prevención de la victimización secundaria. Esto puede requerir modificaciones en los planes formativos de las comunidades autónomas y en los programas de especialización sanitaria. Además, el artículo 44 introduce una obligación de transparencia fundamental: la recogida de datos estadísticos desglosados. Para el caso español, esto supondrá el reto de crear registros oficiales que visibilicen las quejas por mala praxis en el ámbito reproductivo, permitiendo que la VO pase de ser una percepción social a una realidad estadística institucionalizada (Torres Díaz, 2025).

En estrecha relación con lo anterior, la Directiva introduce una perspectiva interseccional obligatoria en su considerando 6, que exige que las medidas de protección y evaluación tengan en cuenta factores como la raza, el color, el origen étnico, la discapacidad o el estatus migratorio. Esta exigencia europea converge con el marco jurídico español ya existente en la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, que en su artículo 6.3 define la discriminación múltiple e interseccional. La convergencia normativa resulta relevante en el ámbito obstétrico. Al respecto, Brigidi (2022) define la VO como un conjunto de prácticas y situaciones que colocan a las mujeres en una situación de vulnerabilidad física y emocional, producida tanto por la falta de competencias éticas y humanas básicas en los profesionales, como por la estructura jerárquica, patriarcal y colonial del sistema biomédico. En este sentido, sus datos etnográficos con mujeres migrantes (procedentes de Pakistán, Marruecos, China y Senegal) muestran cómo clase, origen étnico y estatus migratorio estratifican el trato recibido y amplifican las desigualdades, lo que refuerza la necesidad de incorporar una perspectiva interseccional en la atención obstétrica.

Por último, aunque la Directiva no tipifica penalmente la VO como delito autónomo, sí establece un estándar de diligencia debida que obliga a los Estados miembros a garantizar que la atención sanitaria se preste en condiciones de respeto a la autonomía, integridad y dignidad de las mujeres. Este estándar se desprende tanto del considerando 12, que aclara que el término «víctima» incluye a todas las personas independientemente de su género, así como del considerando 37, que establece que la investigación y el enjuiciamiento no deben depender de la denuncia de la víctima.

Asimismo, la inclusión de la ciberviolencia en la Directiva, artículos 5, 6, 7 y 8, ofrece un nuevo marco de protección frente al acoso o control digital que puede darse en contextos de decisiones reproductivas, tipificando conductas como la difusión no consentida de material íntimo, el ciberacecho y el ciberacoso. Esta protección se ve reforzada por el artículo 23, que obliga a los Estados miembros a garantizar la retirada inmediata de contenidos ilícitos, limitando así el impacto de la victimización secundaria en entornos digitales.

En consecuencia, este marco puede influir en la interpretación judicial de casos de mala praxis obstétrica y en la elaboración de protocolos asistenciales, reforzando la obligación de prevenir prácticas coercitivas, no consentidas o desproporcionadas. Como recuerda la Resolución 2306 (APCE, 2019), la violencia obstétrica constituye un fenómeno sistémico vinculado a estructuras de desigualdad, y la Directiva contribuye a consolidar esta lectura en el ámbito europeo.

En conjunto, la Directiva 2024/1385 refuerza y avala los cambios normativos desarrollados en España en los últimos veinte años, especialmente desde la aprobación de la LO 1/2004. Su impacto será especialmente relevante en países cuyas legislaciones internas han sido insuficientes para garantizar a mujeres y niñas el derecho a una vida libre de violencia. En el caso español, el reto pasa por consolidar los avances ya existentes, armonizar los estándares europeos con el marco interno y reforzar la formación, la prevención y la protección en ámbitos como la salud reproductiva, donde la Directiva establece obligaciones claras que pueden contribuir a prevenir prácticas obstétricas vulneradoras de derechos.

Este subepígrafe cierra el análisis europeo demostrando que, si bien la UE ha evitado por ahora tipificar penalmente la VO de forma independiente, ha creado un paraguas de protección obligatoria que eleva el estándar de diligencia debida exigible a los Estados, transformando la atención obstétrica en un derecho humano blindado por el marco convencional y europeo.

En conclusión, el marco jurídico europeo ha experimentado una evolución significativa que transita desde el reconocimiento de derechos genéricos hacia una protección especializada y vinculante. Mientras que la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE y el CEDH sientan las bases de la dignidad e integridad física, el Convenio de Estambul actúa como el gran catalizador internacional que define la violencia contra la mujer como una vulneración de los derechos humanos. En este escenario, la Resolución 2306 (APCE, 2019) visibiliza la especificidad de la VO como un fenómeno sistémico, sirviendo de puente necesario para la reciente Directiva 2024, que no solo consolida estos principios, sino que los transforma en obligaciones jurídicas exigibles, estableciendo un estándar de diligencia debida que obliga a los Estados miembros a garantizar

que la atención a la salud reproductiva sea un espacio libre de violencia y plenamente respetuoso con la autonomía de la mujer.

7. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL DERECHO ESPAÑOL

El tratamiento jurídico de la violencia obstétrica en España se encuentra en un momento de redefinición y transición normativa (Palomares Herrera, 2025). A diferencia de otros países de nuestro entorno, especialmente en el ámbito de Hispanoamérica, el sistema español carece de un tipo legal específico que defina esta figura de forma autónoma. Esta ausencia de una definición unívoca a nivel estatal ha obligado a articular la protección de la mujer desde una perspectiva de garantía de los derechos humanos y autonomía personal, un debate que Goberna-Tricas (2019) sitúa en la necesidad de su reconocimiento jurídico formal a través de una clarificación terminológica.

Este análisis comienza por el bloque de constitucionalidad, donde la dignidad y la integridad física y moral constituyen la base para impugnar cualquier práctica deshumanizada. No obstante, el eje vertebrador de la defensa judicial en España es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. Según explican Sánchez-Caro y Abellán (2009), la correcta aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica es el pilar de la relación médico-paciente, por lo que su infracción representa el argumento principal en las reclamaciones por daños.

Es fundamental destacar que la presión de organismos internacionales, especialmente a través de los dictámenes del Comité CEDAW de Naciones Unidas contra España (como en los casos *S.F.M.*, *N.A.E.* y *M.D.C.P.*), ha sido el motor de los cambios más recientes. Fruto de esta presión y de la evolución social, la Ley Orgánica 1/2023. De 28 de febrero, ha introducido mejoras sustanciales en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva, promoviendo el respeto a la fisiología del parto y la toma de decisiones compartida. Sin embargo, como señalan Mena-Tudela et al. (2020), la percepción de la VO sigue siendo un desafío en el sistema sanitario, lo que dificulta la exigencia de responsabilidad civil y penal ante los tribunales.

El presente capítulo examina este complejo entramado legal, desde la pionera Ley 17/2020 de Cataluña, referente en la conceptualización del término, hasta las dificultades prácticas que plantea la exigencia de responsabilidad civil y penal ante los tribunales.

7.1. Marco constitucional y derechos fundamentales: arts. 10, 14, 15 y 43 CE

El análisis de la violencia obstétrica en España debe partir de la Constitución Española (CE), que actúa como el estándar mínimo de protección. Aunque la Constitución no mencione el término, las prácticas que constituyen VO vulneran el núcleo duro de los siguientes derechos fundamentales:

- Dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad. Art. 10.1 CE. Es el pilar del sistema. Como ha establecido el Tribunal Constitucional en su STC 53/1985 a dignidad implica que la mujer no puede ser tratada como un objeto clínico o un mero recipiente, sino como un sujeto de derechos con capacidad de decisión. Cualquier trato deshumanizado, infantilización o la anulación de la voluntad de la gestante durante el parto atenta directamente contra este principio general.
- Derecho a la igualdad y no discriminación. Art. 14 CE. La VO es una forma de discriminación por razón de sexo, al afectar exclusivamente a las mujeres por su condición biológica de gestantes. Como señala Fernández Guillén (2020), la violencia obstétrica es una violencia de género institucionalizada que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres. En esta línea, el Comité CEDAW (2020) ha subrayado que la negación de estándares de salud reproductiva de calidad constituye una violación de este derecho.
- Derecho a la integridad física y moral. Art. 15 CE. Se trata del derecho más invocado en la práctica judicial. Según la doctrina sentada en la STC 37/2011 nadie puede ser sometido a intervenciones médicas sin su consentimiento; cualquier

vulneración de esta premisa lesiona la integridad física, pues el paciente tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Así, la realización de prácticas como episiotomías por rutina sin previa información, se consideran una vulneración de la integridad física y, en casos de coacción o falta de anestesia, pueden alcanzar la consideración de trato degradante.

- Derecho a la protección de la salud. Art. 43 CE. Aunque es un principio rector, el artículo obliga a los poderes públicos a organizar la salud pública de forma que se garantice la seguridad de la paciente. La VO, al alejarse de la *lex artis* y de la evidencia científica actual, supone un incumplimiento de este deber de protección. En consecuencia, el abandono de las directrices fijadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal (2010) del Ministerio de Sanidad supone una quiebra del derecho a la protección de la salud de calidad.

Sentadas las bases constitucionales que protegen la dignidad y la integridad de la mujer, es preciso analizar cómo estos derechos fundamentales aterrizan en la práctica clínica diaria. El instrumento normativo que articula de forma técnica esta protección es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, la cual traslada los principios de libertad y autodeterminación al ámbito de la relación médico-paciente a través de la figura del consentimiento informado.

7.2. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente

Si la Constitución Española establece el marco de derechos, 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, constituye el eje operativo para la defensa frente a la violencia obstétrica. En palabras de Busquets Gallego (2019), esta norma supuso un cambio de paradigma en la relación médico-paciente en España, transitando del

paternalismo médico a un modelo de autonomía de la voluntad (Romeo Casabona, 2002). Para el análisis de la VO, tres son los pilares fundamentales de esta ley.

- El derecho a la información asistencial. Art. 4. La ley garantiza que la paciente reciba información «verdadera, comprensible y adecuada» sobre cualquier intervención. En el contexto del parto, esto implica que la mujer debe conocer los riesgos y beneficios de prácticas como la inducción, la rotura de membranas o la monitorización interna antes de que se lleven a cabo. La falta de esta información previa se considera una vulneración de la ley.
- El consentimiento informado. Art. 8. Es la pieza clave. «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado». La doctrina jurídica ha señalado reiteradamente que el consentimiento en el parto no debe ser un mero trámite burocrático, sino un proceso verbal y continuo (Sánchez-Caro y Abellán, 2009). Prácticas realizadas por protocolo, pero sin el consentimiento explícito de la mujer contravienen este precepto legal.
- El derecho a la revocación. Art. 8.5. La ley permite que la paciente revoque por escrito su consentimiento en cualquier momento. Aunque en el texto legal se menciona la revocación «por escrito», en el contexto del parto, la doctrina y la praxis asistencial entienden que cualquier manifestación verbal inequívoca debe ser atendida con la misma validez. Como indica Sánchez García (2024), el consentimiento es un «campo de batalla» de la responsabilidad sanitaria donde ignorar la voluntad actual vulnera la integridad del paciente. Esto es crucial en procesos de parto prolongados donde la mujer, inicialmente de acuerdo con una intervención, decide cambiar de opinión. Ignorar esta revocación constituye una forma grave de VO al anular la soberanía de la mujer sobre su cuerpo y transformar una intervención consentida en una imposición.

En definitiva, la Ley 41/2002 convierte la decisión de la mujer en el centro del acto médico. Como indica la jurisprudencia reciente, el daño en la VO no deriva solo de una lesión física, como una cicatriz, sino de la privación del derecho a decidir (daño moral), lo que abre la puerta de la responsabilidad patrimonial de los servicios de salud. El Tribunal Supremo, en su sentencia de 26 de mayo de 2015, ya estableció que el daño deriva de la privación del derecho a decidir, constituyendo un daño moral indemnizable por la mera omisión del consentimiento informado, con independencia del resultado físico del parto.

7.3. Reconocimiento autonómico: Ley 17/2020 de modificación de la Ley 5/2008 CA. Cataluña

El marco jurídico catalán representa la vanguardia legislativa en España respecto a la conceptualización de la violencia obstétrica. A través de la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, el legislador autonómico modificó la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, para incluir y definir de forma pionera esta realidad en el ordenamiento jurídico español. Como señala la propia exposición de motivos de la norma, esta reforma surge de la necesidad de adaptar el derecho interno a los estándares internacionales fijados por el Convenio de Estambul y los dictámenes del Comité CEDAW (casos de 2020, 2022 y 2023).

Los aspectos fundamentales de esta norma para el presente estudio son:

1. La inclusión terminológica. A diferencia de la normativa estatal, que ha optado por conceptos jurídicos más genéricos, el artículo 4.d) de la Ley 17/2020 utiliza explícitamente el término violencia obstétrica. La define como la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, consistente en «impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas», durante el embarazo, el parto y el posparto.
2. Naturaleza de la violencia. La norma clasifica la Vo dentro del ámbito social y comunitario de las violencias machistas, art. 4. Esto supone un cambio de paradigma, en tanto que reconoce que el daño no deriva

únicamente de una negligencia individual del profesional (mala praxis), sino de un contexto institucional y estructural. De acuerdo con García García (2016), esta violencia es una manifestación de la desigualdad de género sistémica que despoja a la mujer de su capacidad de decisión y normaliza la patologización de procesos fisiológicos naturales.

3. El eje del consentimiento. La ley refuerza la obligatoriedad de obtener el consentimiento libre e informado para cualquier intervención médica. En este sentido, Amnistía Internacional (2021) ha subrayado que la realización de prácticas no consentidas, como episiotomías sistemáticas, no solo son infracciones sanitarias, sino manifestaciones de violencia contra la mujer.
4. Obligaciones prestacionales. Al integrar esta violencia en la Ley 5/2008, el legislador autonómico asume el deber de implementar medidas de prevención, formación de personal sanitario y reparación integral a las víctimas. Cumpliendo así con las recomendaciones del Comité CEDAW (2020).

Análisis comparativo con la normativa estatal.

Resulta imprescindible contrastar esta determinación con la reciente reforma operada por la Ley Orgánica 1/2023, que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva. Mientras que la norma estatal evita esta nomenclatura en su artículo 2 bis, optando por conceptos más genéricos como «prácticas asistenciales inadecuadas» o «falta de respeto a la autonomía y dignidad de las mujeres», la ley catalana no solo asume el término violencia obstétrica, sino que la vincula directamente a la vulneración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Como sostiene Martínez San Millán (2023), esta omisión terminológica en la legislación nacional supone mantener una deuda con el reconocimiento pleno de los derechos de las mujeres, alejándose de la senda marcada por el Comité CEDAW. Esta reticencia estatal contrasta con la valentía de la ley catalana, que se alinea de forma más fiel con la

Resolución 2306 del Consejo de Europa (2019) sobre violencia obstétrica y ginecológica.

En conclusión, el modelo catalán sirve como referente de derecho comparado interno, evidenciando la necesidad de una terminología específica que visibilice la asimetría de poder en la atención al parto y proteja la autonomía de la voluntad de la paciente.

7.4. Responsabilidad civil por daños derivados de la violencia obstétrica

La responsabilidad civil en el ámbito de la obstetricia ha pasado de una perspectiva centrada únicamente en la supervivencia fetal para centrarse en la autonomía de la gestante. Según la doctrina jurídica actual, la violencia obstétrica genera responsabilidad cuando se produce una ruptura de la *lex artis ad hoc*, manifestada no solo en errores técnicos, sino en la omisión del respeto a la dignidad y la libertad de decisión de la mujer (Zaballos Zurilla, 2025). En este contexto, el daño resarcible trasciende lo biológico para alcanzar la esfera moral y psíquica, integrándose plenamente en el concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración (art. 106.2 CE) o civil, según el ámbito de asistencia.

- La vulneración del consentimiento informado como daño autónomo. El eje central de la responsabilidad civil es la ausencia de un consentimiento informado real, específico y libre de coacción. La jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 9/2026) establece que la falta de información sobre las alternativas al parto instrumental o la realización de episiotomías sin previo aviso constituye una infracción por la «pérdida de oportunidad» de decidir sobre el propio cuerpo. El consentimiento no es un mero trámite burocrático, sino emanación del derecho a la autodeterminación personal (art. 10.1 CE), cuya omisión deriva en responsabilidad directa al vulnerar la integridad moral de la paciente.

- Tipología de daños: del daño físico al daño moral.

La determinación del daño en la VO es compleja debido a su naturaleza multidimensional. Se distinguen principalmente tres categorías:

- Daño corporal. Secuelas derivadas de intervenciones innecesarias o mal ejecutadas, como desgarros perineales por maniobras obsoletas como la de Kristeller (Mena-Tudela et al, 2020).

Un hito sin precedentes en esta categoría es la Sentencia 79/2026 del Juzgado de Primera Instancia n.º 103 de Madrid (Caso Neizan), la cual otorga la mayor indemnización reconocida hasta la fecha en España por negligencia médica, alcanzando los 13,3 millones de euros tras la aplicación de intereses, condena que ha de pagar el Hospital de Sagunto (Martín Bueno, 2026). Aunque se trata de un procedimiento dirigido contra aseguradoras, el tribunal analiza de fondo la *lex artis ad hoc*, determinando que el niño gozó de un estado de salud óptimo durante todo el embarazo y que el daño se produjo por la gestión del parto (Sentencia 79/2026, DF 7º).

El tribunal subraya la deficiente actuación de las matronas, señalando que una de ellas solo estuvo presente en la fase del expulsivo. El fallo destaca la gravedad de una extracción fetal con ventosa contraindicada al encontrarse el feto en II plano de Hodge —nivel en el que la cabeza fetal aún no está encajada y se sitúa por encima de las espinas ciáticas—, lo que supone una infracción de los protocolos de seguridad que exigen alcanzar el III plano, un error que se intentó encubrir en la historia clínica anotando falsamente un III plano. Como consecuencia, el menor sufre una parálisis cerebral infantil (tetraparesia espástica), retraso madurativo, epilepsia, déficit visual (ceguera cortical), disfagia orofaríngea, y un grado de discapacidad del 87%, con una esperanza de vida limitada a los 29 años (Sentencia 79/2026, FD

1º, 8º). Este pronunciamiento refuerza la tendencia jurisprudencial hacia una reparación integral que abraza tanto el daño físico como el impacto patrimonial y moral derivado de la mala praxis obstétrica.

- Daño psíquico. Se identifican cuadros de estrés postraumático y depresión posparto vinculados a una experiencia de parto violenta o deshumanizada. Según la revisión sistemática de Grasa Mairal y Germano (2025), existe una correlación directa entre las prácticas de violencia obstétrica, como el abuso verbal o la falta de consentimiento, y el desarrollo de sintomatología clínica severa. Esta evidencia científica es determinante para el Derecho, ya que permite sustentar la existencia de un daño psíquico evaluable que, aun en ausencia de lesiones físicas, debe ser objeto de indemnización bajo el concepto de responsabilidad patrimonial por el menoscabo a la salud mental de la paciente.
- Daño moral. Se reconoce la lesión a la integridad moral por el trato infantilizador o la falta de acompañamiento, incluso si no existe una secuela física permanente. La reciente sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sentencia 345/2024) es pionera al indemnizar el «sufrimiento evitable» causado por una asistencia que ignora los protocolos de parto respetado. En esta línea, la citada Sentencia 79/2026 de Madrid refuerza este concepto al conceder 170.861 de euros por el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados, reconociendo que el daño moral de la VO se extiende a todo el núcleo familiar.
- El nexo causal y la carga de la prueba. Para que exista responsabilidad, debe probarse la relación de causalidad entre la conducta profesional y el daño. En la Sentencia 79/2026, el nexo causal se establece mediante la acreditación de una «omisión relevante»: la matrona no avisó a la ginecóloga pese a que el registro

era claramente patológico desde las 19:20h. No obstante, en casos de VO, la doctrina empieza a admitir una flexibilización de la carga de la prueba a favor de la paciente a través de la facilidad probatoria, dado que el hospital posee el control de la historia clínica y los protocolos internos y la teoría del daño desproporcionado (Ales Uría, 2021). Esta última permite presumir la negligencia cuando el resultado (v.g., fístulas o secuelas raves) es de tal entidad que no debería producirse en un curso asistencial normal, desplazando al profesional la carga de demostrar que actuó con la diligencia debida (Elizari Urtasun, 2012).

7.5. Responsabilidad penal por daños derivados de la violencia obstétrica

A diferencia de la responsabilidad civil, la vía penal en la violencia obstétrica se reserva para las conductas de mayor gravedad que afectan a bienes jurídicos fundamentales como la vida, la integridad física y la integridad moral. En el ordenamiento jurídico español, como ya hemos visto, no existe un tipo delictivo específico de VO, por lo que estas conductas se subsumen en los tipos generales del Código penal (CP), exigiendo la acreditación de un dolo directo o, más frecuentemente, de una imprudencia profesional grave o menos grave. Como recuerda Romeo Casabona (2005), la responsabilidad penal médica solo se activa cuando la infracción del deber objetivo de cuidado supera el umbral de la mala praxis y afecta directamente a bienes jurídicos esenciales, especialmente en contextos donde la autonomía del paciente es un elemento central de la *lex artis*.

- **Delitos contra la integridad física: lesiones dolosas o por imprudencia.**
La mayoría de las querellas por VO se canalizan a través de los delitos de lesiones a la mujer (arts. 147 y ss. CP) o, en su caso, de lesiones al feto (arts. 157 y 158 CP). La responsabilidad penal surge cuando una intervención innecesaria o mal ejecutada (v.g., el uso de fórceps o la práctica de episiotomías sin indicación) provoca un menoscabo físico o psíquico que requiere tratamiento médico o quirúrgico. Para la condena penal, es imprescindible demostrar la infracción del deber objetivo de cuidado que integra la *lex artis* médica (Lombana Villalba, 2023).

Esta responsabilidad penal se manifiesta de forma paradigmática en la práctica de una episiotomía realizada sin consentimiento informado y sin indicación clínica, que derive en una infracción grave o dispareunia (dolor genital persistente o crónico durante las relaciones sexuales). Aquí, la conducta podría encajar en el art. 152.1. 1º CP por imprudencia profesional grave si se acredita que la técnica era innecesaria según la evidencia científica actual y constituyó una infracción del deber de cuidado (Lombana Villalba, 2023; Trapero Barreales, 2024).

En casos de resultado de muerte fetal o neonatal por negligencia asistencial, la calificación suele oscilar entre el aborto imprudente (art. 146 CP) y el homicidio imprudente (art. 142 CP), dependiendo del momento del fallecimiento respecto al nacimiento (STS 817/2024).

A nivel jurisprudencial, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia de 26 de mayo de 2008 confirmó la condena de cuatro enfermeras por un delito de lesiones por imprudencia grave en comisión por omisión, al considerar acreditado que su ausencia del quirófano de urgencias, al que estaban adscritas, provocó una demora de seis minutos en el inicio de una cesárea urgente motivada por un prolapso de cordón (emergencia obstétrica en la que el cordón umbilical desciende por el canal de parto por delante o al lado del bebé antes de que nazca, provocando que el cordón se comprima contra el feto, lo que puede cortar el suministro de oxígeno). Durante ese intervalo, la ginecóloga no pudo iniciar la intervención por falta del instrumental necesario, lo que contribuyó de forma relevante y decisiva al agravamiento de la hipoxia fetal y al resultado final: una encefalopatía hipóxico-isquémica (reducción del aporte de oxígeno y/o disminución de la perfusión sanguínea) con parálisis cerebral y secuelas irreversibles en el recién nacido. El tribunal destaca que la omisión supuso una infracción del deber objetivo de cuidado propio

del trabajo en equipo en cirugía y que su conducta fue causa próxima, eficiente y adecuada del daño producido (AP Valencia, Sección 5ª, 2008).

- Delitos contra la integridad moral: el trato degradante. Un avance doctrinal relevante es la posibilidad de calificar las prácticas de VO no solo como lesiones, sino como delitos contra la integridad moral (art. 173.1 CP). Este precepto castiga a quien infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral. Como señala Muñoz Conde (2021), este tipo penal protege la dignidad frente a humillaciones, cosificación o sufrimiento psicológico grave, incluso en contextos sanitarios. En este sentido, diversas prácticas asistenciales pueden ser constitutivas de trato degradante, especialmente ante conductas deshumanizantes que anulan la autonomía de la mujer y suponen un menoscabo de su dignidad, tal como ha reconocido el Comité CEDAW (Trapero Barreales, 2024).

En coherencia con esta interpretación, la Fiscalía General del Estado (FGE, 2008), en su Consulta 1/2008, ha subrayado que los delitos del art. 173 CP, protegen valores constitucionales de primer orden, como la dignidad, la integridad moral y la seguridad personal, íntimamente vinculados a la prohibición de los tratos inhumanos o degradantes del art. 15 CE. Esta concepción amplia del bien jurídico permite comprender que determinadas prácticas asistenciales que generan humillación, cosificación o sufrimiento psicológico grave pueden vulnerar la integridad moral, incluso cuando no producen lesiones físicas relevantes. Ello refuerza la posibilidad de calificar en el sentido del art. 173.1 CP.

En esta línea, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha definido el trato degradante como toda conducta que humilla, rebaja o envilece a la víctima, afectando gravemente su dignidad (STS 1061/2009, de 26 de octubre; 255/2011, de 6 de abril). En cuanto a qué ha de considerarse trato degradante, la STS 544/2016, de 21 de junio,

remitiéndose al criterio del TEDH, establece que es aquel capaz de «crear en la víctima sentimientos de terror, angustia y de inferioridad susceptibles de humillarla, de envilecerla y de quebrantar, en su caso, su resistencia física o moral» (TEDH, caso *Tyrer c. Reino Unido*, 1978).

Este criterio se ve reforzado por la STS 325/2023, de 10 de mayo, al señalar de forma sintética que «todo acto apto para generar en una persona sentimientos de inferioridad, miedo o angustia, es considerado como trato degradante». Por otro lado, respecto a la naturaleza de la conducta, la jurisprudencia aclara que, si bien el término «trato» suele sugerir habitualidad, «un solo acto, si se prueba brutal, cruel o humillante puede ser calificado de degradante si tiene intensidad suficiente para ello» (STS 819/2002, de 8 de mayo).

En esta línea, la SAP Madrid 178/2023, de 8 de marzo, profundiza en la protección de la integridad moral en contextos de especial vulnerabilidad. Aunque dictada en el ámbito de la violencia de género, su razonamiento jurídico sobre el menoscabo de la dignidad en relaciones de desigualdad es trasladable al ámbito obstétrico. Esta doctrina refuerza la tesis de que, en una situación de dependencia técnica y física como es el parto, cualquier acto vejatorio o humillante adquiere una gravedad suficiente para ser calificado como trato degradante.

Esta doctrina resulta especialmente relevante en el ámbito obstétrico, donde la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad y dependencia técnica, lo que incrementa el potencial lesivo de prácticas deshumanizantes o no consentidas. No obstante, existe una notable escasez de sentencias condenatorias por esta vía, debido a la frecuente normalización de estas conductas en el entorno clínico, que a menudo se derivan erróneamente hacia la responsabilidad civil o administrativa.

La jurisprudencia de las Audiencias Provinciales ha comenzado a reconocer que el art. 173.1 CP es aplicable en contextos asistenciales cuando la conducta del profesional implica humillación, cosificación, o sufrimiento psicológico grave. Así, la SAP Zaragoza 56/2018, de 27 febrero, aplica expresamente el art. 173.1 CP para sancionar conductas que envilecen o humillan a la víctima. Cabe destacar que, aunque su condena fue revisada y anulada por la STC 149/2019, dicha anulación respondió exclusivamente a motivos procesales (falta de inmediación en la prueba), manteniendo vigente la fundamentación jurídica sobre la idoneidad del tipo penal en el ámbito sanitario (Muñoz Conde, 2021; Trapero Barreales, 2024).

Esta línea jurisprudencial refuerza la tesis de que determinadas prácticas obstétricas, como la deshumanización del parto, las vejaciones o la imposición de procedimientos dolorosos sin consentimiento, pueden constituir delitos contra la integridad moral del 173.1 CP al quebrar la resistencia moral de la mujer en un momento de extrema vulnerabilidad. En la práctica, como sostienen Muñoz Conde (2021) y Trapero Barreales (2024), supuestos como la episiotomía realizada sin consentimiento y por rutina o las mofas sobre el dolor durante el expulsivo, representan claros ejemplos de este trato degradante (art. 173.1 CP). Asimismo, la imposición de una cesárea bajo amenazas sobre la vida del feto podría dar lugar a un delito de coacciones (art. 172 CP), al anularse la libertad de decisión de la mujer mediante intimidación. Como sostiene Romeo Casabona (2005), en estos casos, la doctrina penal admite un concurso de delitos si la conducta, además de restringir la libertad, genera un sentimiento de humillación o envilecimiento con la intensidad suficiente para lesionar la integridad moral.

- La coacción y la falta de consentimiento. La realización de intervenciones médicas sobre la gestante sin su consentimiento informado, o mediante coacción, puede integrar el delito de coacciones (art. 172 CP). Como advierte Olza (2021), la coacción en

el parto no requiere necesariamente fuerza física, sino que se manifiesta frecuentemente como una «coacción ambiental» o emocional, donde se utiliza la salud del feto para doblegar la voluntad de la mujer, invalidando así cualquier apariencia de consentimiento informado. Dado que la libertad de decidir es un derecho fundamental, obligar a una mujer a someterse a una cesárea o un tacto vaginal bajo amenazas o sin explicar los riesgos, vulnera su libertad de decisión y autodeterminación, desplazando la conducta del ámbito de la mala praxis profesional al terreno de la infracción penal contra la libertad.

Cabe destacar el supuesto de una cesárea impuesta bajo coacción cuando el profesional sanitario utiliza amenazas infundadas sobre la vida del bebé para forzar a la mujer a firmar un consentimiento que ella rechaza, o cuando se ignora su negativa expresa en un escenario que no presenta una urgencia vital inmediata (Comité CEDAW, 2020; Trapero Barreales, 2024).

- Obstáculos en la vía penal: el principio de intervención mínima. El Derecho Penal exige un nexo causal inequívoco y la exclusión de la duda razonable. Por ello, muchas conductas que constituyen VO son derivadas a la vía civil o administrativa, al no alcanzar el umbral de gravedad requerido por el Código Penal o por la dificultad de individualizar la responsabilidad penal en equipos médicos multidisciplinares.

En definitiva, si bien la vía penal permite castigar las conductas más flagrantes de violencia obstétrica bajo figuras como las lesiones, las coacciones o los delitos contra la integridad moral, su aplicación práctica se ve limitada por el principio de intervención mínima y la exigencia de un rigor probatorio extremo. La reciente unificación de doctrina por el Tribunal Supremo (STS 817/2024) refuerza esta cautela al delimitar estrictamente los tipos delictivos aplicables en el parto. Por ello, la tendencia jurisprudencial actual se orienta hacia la vía administrativa y civil, donde conceptos como el «daño moral» y la «la pérdida de

oportunidad» permiten una reparación más integral de la dignidad de la mujer, tal como se analizará a continuación en el caso del TSJ de Galicia.

7.6. Evolución jurisprudencial: el reconocimiento judicial del concepto

El presente epígrafe examina la evolución jurisprudencial en el ordenamiento jurídico español, cuyo recorrido discurre desde la protección genérica de los derechos fundamentales hasta el reciente reconocimiento del concepto de violencia obstétrica en la praxis judicial. A través de este análisis se constata una transición doctrinal significativa: el paso de un escrutinio judicial centrado en la *lex artis ad hoc* y el daño físico, hacia un enfoque jurídico multidimensional que incorpora la autonomía de la voluntad y la integridad moral de la mujer. Esta progresión culmina con el pronunciamiento del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, que trasciende la terminología clásica de la negligencia médica para integrar, de forma explícita y fundamentada, la violencia obstétrica como categoría jurídica autónoma.

El análisis del reconocimiento judicial del concepto se inicia con la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, que constituye el pilar fundamental al vincular la salud de la gestante con los derechos fundamentales a la integridad física y moral (art. 15 CE) y a la dignidad de la persona (art. 10 CE). En esta resolución, el Tribunal afirma que «la vida y la salud de la madre son bienes jurídicos que el legislador debe proteger» y recuerda que «la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad informan todo el ordenamiento jurídico».

Esta doctrina fue reforzada décadas después por la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, que elevó el consentimiento informado a la categoría de derecho humano esencial. El Tribunal declaró que «el consentimiento informado forma parte del contenido esencial del derecho fundamental a la integridad física y moral» y que «la intervención médica incontestada vulnera el derecho a la autodeterminación del paciente». Por tanto, cualquier actuación médica inconsulta en el proceso del parto vulnera la autonomía de la mujer.

En el ámbito de la jurisdicción ordinaria, la Sentencia del Tribunal Supremo 2426/2015, de 26 de mayo, comenzó a cuestionar la aplicación de protocolos médicos mecanizados que ignoran la individualidad de la asistencia. En ella se afirma que «la falta de consentimiento informado constituye por sí misma una infracción de la *lex artis ad hoc*» y que «el paciente debe poder elegir entre las distintas opciones razonables».

Esta línea se consolidó con la Sentencia del Tribunal Supremo 1263/2018, de 17 de julio, que marca un hito al incorporar la doctrina del Comité CEDAW de Naciones Unidas en el ordenamiento español. El Alto Tribunal establece que los dictámenes de este Comité son de obligado cumplimiento, vinculando la falta de consentimiento informado en intervenciones obstétricas con una vulneración de los derechos humanos. De este modo, se reconoce que la imposición de prácticas médicas sin el debido asesoramiento quebranta la soberanía corporal de la mujer y su derecho a una integridad física y psíquica plena.

Recientemente, la Sentencia del Tribunal Supremo 817/2024, de 2 de octubre, ha aportado claridad en el ámbito penal al delimitar la responsabilidad profesional en negligencias durante el parto; si bien se centra en la calificación del aborto por imprudencia grave (art. 146 CP), su relevancia radica en cómo el Tribunal analiza la asistencia médica deficiente y el incumplimiento de los deberes de cuidado en momentos críticos de la gestación.

A pesar de este avance, resulta necesario señalar que los pronunciamientos de 2015 y 2018, aunque fundamentales para preparar el terreno jurídico, mantenían un enfoque prudente; en ellos, los tribunales ya detectaban una quiebra en la claridad asistencial y el respeto a la autonomía, pero no se atrevían aún a nombrar dicha realidad bajo el concepto de violencia obstétrica. Este escenario cambió impulsado por el marco internacional, especialmente tras el Dictamen CEDAW 138/2018 y el Informe de la Relatora Especial de la ONU, Šimonović (2019), que instaron a España a reconocer este fenómeno como una violación de derechos humanos. Bajo esta influencia, se produce el hito definitivo con la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 143/2025, de 31 de marzo. Este avance judicial resulta necesario si se contrasta con la realidad asistencial en España; trabajos de referencia como el de Iglesias et al. (2019) —vinculado al contexto sanitario gallego— y el de Mena-

Tudela et al. (2020), coinciden en situar la prevalencia de este fenómeno entre el 34% y el 38,3% de las mujeres encuestadas que manifiestan haber sufrido VO. Estas cifras demuestran la magnitud de un problema estructural que, hasta esta resolución, carecía de un cauce de reparación jurídica específico. Bajo este escenario de necesidad de protección, la resolución trasciende el marco clásico de la negligencia médica para emplear, de forma explícita, el término violencia obstétrica.

La sentencia analiza el recurso de una mujer, Daniela, que denunció una asistencia sanitaria deficiente durante el parto de su segundo hijo. Tras revisar la prueba, el tribunal concluye que algunas decisiones médicas, como el uso de oxitocina, ventosa y episiotomía en lugar de cesárea, fueron correctas, pero apreció fallos importantes; el tipo de episiotomía practicada no se ajustó a la *lex artis*, la reconstrucción posterior fue deficiente y las lesiones resultantes, incluida la incontinencia fecal, no eran inevitables. Además, el tribunal considera probado que la paciente vivió el parto en un contexto de angustia y falta de acompañamiento adecuado, lo que generó un daño psicoemocional acreditado.

El punto más relevante de la sentencia es que el tribunal reconoce que la mujer fue sometida a violencia obstétrica, apoyándose en las recomendaciones de la OMS de 2018 y el Dictamen CEDAW 138/2018. Este reconocimiento no solo describe un trato degradante, sino que lo convierte en un concepto jurídico indemnizable, algo especialmente significativo porque es la primera vez que un tribunal español reconoce de forma expresa y autónoma la VO. Por ello, además de indemnizar las lesiones físicas y el daño psicológico, el TSJ concede 10.000 euros específicamente por violencia obstétrica, lo que marca un precedente importante en la jurisprudencia española.

Finalmente, este proceso de vanguardia jurisprudencial se ha visto consolidado por la reciente doctrina del Tribunal Supremo en su STS 9/2026, sobre la pérdida de oportunidad en partos instrumentales. El Alto Tribunal ha determinado que la omisión de información sobre alternativas (como la cesárea) ante un parto instrumental no urgente constituye un daño moral *per se*. Esta doctrina es disruptiva porque no requiere la existencia de una secuela física para generar responsabilidad, sino que indemniza la privación de la facultad de

autodeterminación. Con ello, la soberanía corporal de la mujer se reconoce como la expresión última de aquella integridad moral ya apuntada por el Tribunal Constitucional en 1985, blindándola definitivamente frente a la arbitrariedad asistencial.

En este proceso de consolidación jurisprudencial, destaca también la Sentencia 79/2026, de 26 de marzo de 2026, del Juzgado de Primera Instancia n.º 103 de Madrid (Caso Neizan). Aunque se trata de un procedimiento civil por mala praxis obstétrica, su relevancia trasciende el ámbito indemnizatorio al profundizar en la valoración judicial de la *lex artis ad hoc* y en la relación causal entre la actuación médica y el daño neurológico del recién nacido. El tribunal subraya la importancia del control cardiotocográfico y la correcta interpretación de las gráficas fetales como elementos esenciales del deber de diligencia profesional, y considera acreditada la vulneración de estos estándares como causa directa del daño (Sentencia 79/2026, FD 6º y 7º). Este pronunciamiento anticipa la evolución hacia una concepción más amplia del daño obstétrico que permita el reconocimiento explícito de la violencia obstétrica como categoría jurídica autónoma.

En definitiva, la evolución jurisprudencial analizada evidencia un cambio de paradigma en el sistema judicial español. Si bien durante décadas la respuesta a la violencia en el parto se limitó al resarcimiento de daños físicos bajo el paraguas de la negligencia médica, la reciente sentencia del TSJ de Galicia (143/2025) supone un hito histórico. Al reconocer la violencia obstétrica como una categoría jurídica autónoma e indemnizable, la justicia española comienza finalmente a alinearse con los criterios internacionales de derechos humanos. Este reconocimiento no solo repara el daño individual de las mujeres afectadas, sino que sienta las bases para una transformación profunda en la responsabilidad de las instituciones sanitarias y el respeto a la soberanía corporal en el proceso de nacimiento.

8. CONCLUSIONES

A través de este estudio, se ha analizado el fenómeno de la violencia obstétrica, su evolución desde una realidad invisibilizada hacia su configuración como una violación de los derechos humanos de las mujeres, teniendo como resultado un creciente reconocimiento en el marco internacional y jurisprudencial que ha propiciado un debate jurídico sobre la insuficiencia de las herramientas legales actuales en España para responder ante este tipo de violencia de género. De esta forma, cabe destacar una serie de conclusiones:

Primera. — La violencia obstétrica se consolida como una categoría autónoma con impacto real en la responsabilidad de la Administración sanitaria, trascendiendo el concepto clásico de mala praxis médica para situarse en la vulneración de derechos fundamentales.

Segunda. — La persistencia de prácticas intervencionistas no consentidas demuestra que el modelo biomédico actual todavía presenta resistencias para garantizar la plena autonomía de la voluntad de la gestante, lo que genera una quiebra en la seguridad jurídica del proceso del nacimiento.

Tercera. — El consentimiento informado constituye el eje vertebrador de la asistencia obstétrica, siempre que reúna los requisitos de claridad, libertad y antelación, siendo su ausencia la principal causa de violencia analizada y el elemento que deslegitima la actuación asistencial.

Cuarta. — La labor de los organismos internacionales, especialmente a través de los dictámenes del Comité CEDAW contra España (2020, 2022 y 2023), ha resultado determinante para calificar la violencia obstétrica como una forma de discriminación y violencia de género de carácter estructural.

Quinta. — La reciente evolución de la jurisprudencia española, con pronunciamientos que emplean ya de forma explícita el término «violencia obstétrica», constata una transición necesaria desde la invisibilización asistencial hacia el reconocimiento de la lesión de la dignidad de la mujer.

Sexta. — El análisis del derecho comparado en Hispanoamérica revela una vanguardia legislativa que contrasta con la actual parálisis normativa en el entorno europeo. Mientras que países como Argentina, Venezuela o México han

consolidado leyes integrales que tipifican la violencia obstétrica como figura autónoma y sancionable, España y el resto de Europa presentan un retraso estructural, limitándose a las recomendaciones o interpretaciones jurisprudenciales sin una base legal estatal específica que nombre y castigue esta violencia.

Séptima. — La fragmentación normativa actual, con avances significativos en el ámbito autonómico pero un vacío clamoroso en la legislación estatal genera una desigualdad en la protección de los derechos de las mujeres dependiendo del territorio donde se reciba la asistencia.

Octava. — La Directiva (UE) 2024/1385 refuerza la obligación del Estado español de adaptar su ordenamiento interno, exigiendo mecanismos de prevención y protección más eficaces frente a todas las formas de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo, incorporando obligatoriamente una perspectiva interseccional que atienda a la especial vulnerabilidad de colectivos como las mujeres migrantes.

Novena. — La configuración de la violencia obstétrica como una infracción administrativa específica resulta imprescindible para dotar de agilidad a la reparación del daño, evitando que la mujer deba transitar exclusivamente por la compleja y dilatada vía de la responsabilidad patrimonial.

Décima. — Se propone, como reforma de *lege ferenda*, la introducción de un tipo agravado en el artículo 173.1 del Código Penal que recoja específicamente la violencia en el ámbito reproductivo. Esta modificación permitiría que conductas que hoy quedan impunes por no alcanzar el resultado de menoscabo físico o psíquico exigido por el art. 147 CP, o por la dificultad de probar el nexo causal en la imprudencia médica, puedan ser sancionadas como ataques directos a la integridad moral. Tipificar la imposición de procedimientos no consentidos o el trato degradante garantizaría que el reproche penal se centre en la vulneración de la dignidad y la autonomía de la mujer, y no solo en el daño anatómico resultante.

Undécima. — En coherencia con el artículo 36 de la Directiva (UE) 2024/1385 y el mandato de la Ley Orgánica 1/2023, se propone la creación de un Plan Nacional de Formación en Salud Reproductiva y Consentimiento

Informado. Esta formación debe ser obligatoria, evaluable y transversal para todo el personal de obstetricia y ginecología, orientada a fortalecer las competencias éticas y humanas del personal sanitario para garantizar un modelo de atención menos jerarquizado y más respetuoso, integrando la perspectiva de género como un estándar de la *lex artis* asistencial. Asimismo, se plantea la necesidad de establecer protocolos de auditoría clínica externa que supervisen los consentimientos en partos instrumentales y cesáreas, garantizando que la información transmitida a la gestante sea veraz, comprensible y libre de coacciones ambientales, desterrando así la normalización del dolor como una pauta culturalmente aceptada en la atención al parto.

En síntesis, la humanización de la asistencia al nacimiento demanda una respuesta jurídica valiente, integral y accesible para todas. La medicina obstétrica no debe ser un espacio de excepción para los derechos fundamentales, sino un campo en el que la ciencia y el derecho cooperen en pro del respeto absoluto a la autonomía y dignidad de la mujer.



9. BIBLIOGRAFÍA

- Ales Uría, M. de las M. (2021). El daño por violencia obstétrica en la responsabilidad civil como categoría diferenciada de la mala praxis médica. *Revista de Familia, Sucesiones y Bioética*. Erreius. <https://www.academia.edu/49587681/>
- Amnistía Internacional. (2021). *Informe 2020/2021 Amnistía Internacional: la situación de los derechos humanos en el mundo*.
<https://www.amnesty.org/es/documents/pol10/3202/2021/es/>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta de actualización conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.Mbio Sobre Centroamérica y El Caribe*, 11(1), 145-169.
<https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Asociación El Parto es Nuestro. (2021). *Maniobra de Kristeller: una práctica desaconsejada*.
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/intervenciones-medicas/maniobra-kristeller>
- Albuquerque, R., Amado Rabelo, D., y Monsore, N. (2023). Violencia obstétrica y bioética: percepción de los estudiantes de salud de Brasil. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 45-64. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5794>
- Belli, L. F. (2013). la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Re/vista Redbioética/UNESCO*, 4 (1), 25-34.
<http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>
- Brigidi, S. (2022). Estratificación obstétrica interseccional. *Revista Contextos*, (5), 45-62. <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/39422/38482>

Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., y Rozée, V. (2024). *Violencia obstétrica y ginecológica en la UE: prevalencia, marcos jurídicos y directrices educativas para su prevención y eliminación*. (IPOL_STU (2024)761478). Parlamento Europeo.
[https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/IPOL_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/IPOL_STU(2024)761478)

8

Busquets Gallego, M. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 481-498.
<https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5803>

Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 76(2), 167-197.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (s.f.). *Introducción*. Naciones Unidas. Derechos Humanos – Oficina del Alto Comisionado.
<https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw/introduction>

Díaz García, L. I. y Fernández Monsalve, Y. (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. <http://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

- Diniz, C. S. G. y Chacham, A. S. (2004). "The cut above" and "the cut below": The abuse of caesareans and episiotomies in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 100-110. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
- Donnison, J. (1988). *Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth*. (2.^a ed.). Heinemann Educational Books.
- Elizari Urtasun, L. (2012). *El daño desproporcionado en la responsabilidad de los médicos y los centros sanitarios*. Tirant lo Blanch.
- El Parto es Nuestro. (s. f.) *Infórmate y decide*. Recuperado el 02 de febrero de 2026: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- Fernández Guillén, F. (2015) ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113-128. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>
- Fernández Guillén, F. (2020). *Histórica condena de Naciones Unidas a España por violencia obstétrica*. Francisca Fernández Guillén - Abogada. <https://www.franciscafernandezguillen.com/historica-condena-de-naciones-unidas-a-espana-por-violencia-obstetrica/>
- Ferrer Valero, S. (2011). *La partera real Louise Bourgeois (1563-1636)*. Mujeres en la historia. <https://www.mujeresenlahistoria.com/2011/06/la-partera-real-louise-bourgeois-1563.html>
- Fiscalía General del Estado. (2008, 28 de julio). Consulta 1/2008 sobre la exigencia del requisito de convivencia para la aplicación de los arts. 153 y 173 CP (FIS-Q-2008-00001). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=FIS-Q-2008-00001>
- Fundación Perseu Abramo. (2010). *Mulheres brasileiras nos espaços público e privado*. SESC. <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e->

[fontes/pesquisa/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-espacos-publico-e-privado-fundacao-perseu-abramosesesc-2010/](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10257586).

García García, E. M. (2016). La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España. En M. Alcañiz Moscardó (Dir.), *Investigació i gènere a la Universitat Jaume I 2016* (pp. 41-58). Universitat Jaume I. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10257586>

Goberna-Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate con relación a la terminología empleada. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(2), 22–38.

<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.2>

Grasa Mairal, E., y Germano, G. (2025). Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres: Una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 18(3), 29-43.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10624355>

GREVIO. (2020). *Informe de evaluación del GREVIO sobre las medidas de carácter legislativo y de otra índole que dan efecto a las disposiciones del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)*: España (Ref. GREVIO/Inf(2020)19). Consejo de Europa.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marco-internacional/informesgrevio/>

Grupo de Información en Reproducción Elegida) (s.f.). *Violencia obstétrica en México. ¿Cómo se castiga?* Gire Blog. <https://gire.org.mx/blog/violencia-obstetrica-en-mexico-como-se-castiga/>

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2019). *Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos*. Gire Blog.

<https://gire.org.mx/publicaciones/violencia-obstetrica-un-enfoque-de-derechos-humanos/>

Gutiérrez Espada, C. (2018). La aplicación en España de los dictámenes de comités internacionales: la STS 1263/2018, un importante punto de inflexión. *Cuadernos de Derecho Transnacional*, 10(2), 920-932.

<https://doi.org/10.20318/cdt.2018.4406>

Iglesias, S., Conde, M., y Valero, S. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>

Lombana Villalba, J. (2023). *Derecho penal y responsabilidad médica*. Editorial Universidad del Rosario.

López y García de la Serrana, J. (2022). *El consentimiento informado en el ámbito sanitario: la valoración y cuantificación del daño*. Atelier.

Macho Stadler, M. (2015, 3 de junio). *Angélique du Coudray: formadora de matronas*. Mujeres con ciencia. <https://mujeresconciencia.com/2015/06/03/angelique-du-coudray-formadora-de-matronas/>

Maravall Buckwalter, I. (2025). La violencia obstétrica ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW): especial referencia al caso español. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (26), 241-262. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2025.9501>

Martín Bueno, R. (2026, 4 de mayo). Condena de 13,3 millones de euros por una negligencia médica en un parto. <https://www.rafaelmartinbueno.es/negligencia-medica-parto-133-millones-record-espana/>

Martínez San Millán, C. (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 nº 154/2020. *Revista de Estudios Europeos*, (82), 285-298. <https://doi.org/10.24197/ree.82.2023.285-298>

- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L. y Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain: Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010) *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Centro de Publicaciones.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/home.htm>
- Montagud Rubio, N. (2025, 20 de marzo). *Violencia obstétrica: causas y efectos*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/violencia-obstetrica>
- Muñoz Conde, F. (2021). *Derecho Penal: Parte Especial* (23.^a ed.). Tirant lo Blanch.
- Observatorio de la Violencia Obstétrica. (s.f.). *Quiénes somos*.
<https://observatorioviolenciaobstetrica.es/quienes-somos/>
- Olza, I. (2021). *Parir: El poder del parto*. (Ed. Actualizada). Vergara.
- 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*. (N.º WHO/RHR/14.23) <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Ortiz Gómez, T. (1992). Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 12, 323-346. <http://hdl.handle.net/10481/20232>

- Ortiz Gómez, T. (1996). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 16, 109-120, Universidad de Granada.
<http://hdl.handle.net/10481/15376>
- Ortiz Gómez, T. (2017) «¿Qué inconveniente hay en que lo sepa el público?» La ambición profesional de una matrona del siglo XVIII. En: *Mujeres emprendedoras entre los siglos XVI y XIX*. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. <http://hdl.handle.net/10481/49960>
- Ortiz Gómez, T., y Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas s. XVII-XVIII». *Del patio a la plaza: las mujeres en las sociedades mediterráneas* (pp. 239-246). Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/14695>
- Palomares Herrera, M. (2025). Revisión de la violencia gineco-obstétrica desde la regulación actual y las propuestas legislativas: un estudio comparado. *Ius Humani. Revista de Derecho*, 14(1), 159-187.
<https://doi.org/10.31207/ih.v14i1.410>
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Remiro Brotóns, A., Díez-Hochleitner, J., Andrés Sáenz de Santa María, P., & Pérez González, M. (2019). *Derecho internacional público* (9.^a ed.). Tirant lo Blanch.
- Rodríguez Mira, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>

- Romeo Casabona, C. M. (2002). *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*. Editorial Aranzadi.
- Romeo Casabona, C. M. (2005). La responsabilidad penal del médico por mala práctica profesional. En J. Lorente Acosta (Coord.), *Conducta peligrosa e imprudencia en la sociedad del riesgo* (pp. 315-354). Comares.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Salinas Bariain, M. (2026). *Burnout en matronas. Prevalencia, causas y estrategias preventivas*. Revista Sanitaria de Investigación.
<https://revistasanitariadeinvestigación.com/burnout-en-matronas-prevalencia-causas-y-estrategias-preventivas>
- Sánchez-Caro, J., y Abellán, F. (2009). El consentimiento informado en la práctica clínica. *Derecho y Salud*, 18(1), 17-40. <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-18-numero-1-2009>
- Sánchez García, M. M. (2024). El consentimiento informado: campo de batalla de la responsabilidad sanitaria. *Revista Aragonesa de Administración Pública*, (62), 81-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9887957>
- Sheridan, B. (2001). De parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En M. Cabré & T. Ortiz Gómez (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX* (pp. 143-164). Icaria

- Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M. y Ramos, D. (2013). Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 73(3), 171-180.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004
- Trapero Barreales, M. A. (2024). *La violencia reproductiva y obstétrica: su prevención a través del Derecho penal*. Estudios Penales y Criminológicos, 45, 1-43.
<https://doi.org/10.15304/epc.45.9586>
- Tornquist, C. S. (2004). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 12(2), 19-46.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>
- Torres Díaz, M. C. (2025). Directiva (UE) 2024/1385, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica [DOUE-L-2024-80770]. *AIS: Ars Iuris Salmanticensis*, 12(2), 119-125.
<https://revistas.usal.es/cuatro/index.php/ais/article/view/32080>
- Zaballos Zurilla, M. (2025). La violencia obstétrica como forma de violencia de género en España. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 10(2).
<https://doi.org/10.1344/musas2025.vol10.num2.5>

10. RELACIÓN JURISPRUDENCIAL

- Audiencia Provincial de Madrid, Sección 27ª. (2023, 8 de marzo). *Sentencia 178/2023*.
<https://vlex.es/vid/931367667>
- Audiencia Provincial de Valencia, Sección 5ª. (2008, 26 de mayo). *Sentencia 243/2008*.
https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1031559

Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 6ª. (2018, 27 de febrero). *Sentencia* 56/2018 de 27 de febrero. <https://vlex.es/vid/719529705>

Juzgado de Primera Instancia n.º 103 de Madrid. (2026, 26 de marzo). *Sentencia N.º* 79/2026 de 26 de marzo. (*Procedimiento Ordinario 2072/2023*).
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv> (CSV: 0945699401497907770926).

Tribunal Constitucional. (1985, 11 de abril). *Sentencia* 53/1985. Boletín Oficial del Estado, (119). ECLI:ES:TC:1985:53
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1985-9096>

Tribunal Constitucional. (2008, de 14 de mayo). *Sentencia* 59/2008. Boletín Oficial del Estado, (135), de 4 de junio de 2008. ECLI:ES:TC:2008:59.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-2008-9606>

Tribunal Constitucional. (2011, 28 de marzo). *Sentencia* 37/2011. Boletín Oficial del Estado, (101). ECLI:ES:TC:2011:37
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-7626>

Tribunal Constitucional. (2019, 25 de noviembre). *Sentencia* 149/2019. BOE núm. 5, 6 de enero de 2020. ECLI:ES:TC:2019:149.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-167

Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Primera. (2025, 31 de marzo). *Sentencia* 143/2025. Recurso de apelación 7124/2024. ECLI:ES:TSJGAL:2025:3049.
<https://www.iberley.es/jurisprudencia/sentencia-contencioso-administrativo-tribunal-superior-justicia-sala-lo-contencioso-administrativo-seccion-casamiento-31-3-25-48669399>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2002). *Sentencia* 819/2002, de 8 de mayo. Recurso 1934/2000. ECLI:ES:TS:2002:3258. <https://vlex.es/vid/6087>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2009). *Sentencia 1061/2009, de 26 de octubre*. <https://vlex.es/vid/229118278>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2011). *Sentencia 255/2011, de 21 de junio*. Recurso 1253/2010. ECLI:ES:TS:2011:2366.
<https://vlex.es/vid/274943607>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2015). *Sentencia 544/2016, de 21 de junio*. Recurso 2125/2015. ECLI:ES:TS:2016:2935.
<https://www.poderjudicial.es/12887d373edd7cf6/20164>

Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). (2015).
Sentencia 2426/2015, de 26 de mayo. Recurso de Casación 2314/2013.
ECLI:ES:TS:2015:2426 <https://vlex.es/vid/573083382>

Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª).
(2018). *Sentencia 1263/2018, de 17 de julio*. Recurso de Casación 1002/2017.
ECLI:ES:TS: 2018:2747.
<https://www.poderjudicial.es/14eef2e1ad3680ea/20180723>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2023). *Sentencia 325/2023, de 10 de mayo*. Recurso 3760/2021. ECLI:ES:TS: 2023:1931.
<https://vlex.es/vid/931560029>

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). (2024). *Sentencia 817/2024, de 2 de octubre*. Recurso de Casación 3535/2022. ECLI:ES:TS: 2024:4889
<https://vlex.es/vid/1054025655>

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). (2026). *Sentencia 9/2026, de 13 de enero*. Recurso de Casación 6629/2020. ECLI:ES:TS: 2026:10
<https://vlex.es/vid/1103166816>

- Jurisprudencia internacional.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. *Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, Serie C No. 474.

(Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_474_esp.pdf

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sentencia de 9 de octubre de 2014.

Caso Konovalova c. Rusia, demanda n.º 37873/04.

<https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146773>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sentencia de 14 de diciembre de 2010.

Caso Ternovszky c. Hungría, Demanda n.º 67545/09.

<https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-102254>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sentencia de 25 de abril de 1978. *Caso*

Tyrer c. Reino Unido. Demanda n.º 5856/72.

<https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-165149>

11. TEXTOS LEGALES

1. Nacional.

Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado, (311), de 29 de diciembre de 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

CETS n.º 210. <https://rm.coe.int/1680462543>

Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. (Convenio de Estambul). (2014). Boletín Oficial del Estado, 137, 6 de junio de 2014.

[https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/(1))

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. (2015). Boletín Oficial del Estado, 101, de 28 de abril de 2015.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2015/04/27/4/con>

Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (2020) Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 8303. 1 de enero de 2021. [https://www.boe.es/eli/es-](https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17)

[ct/l/2020/12/22/17](https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17)

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.

(2022) Boletín Oficial del Estado, 167, de 13 de julio de

2022. <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/07/12/15/con>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (2004). Boletín Oficial del Estado, 313, 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. (2021). Boletín Oficial del Estado, 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>

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. (2023). Boletín Oficial del Estado, 51, 1 de marzo de 2023.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (1995) Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10>

2. Internacional.

- Derecho internacional.

Active Citizenship Network. (2002). *Carta Europea de los Derechos de los Pacientes*.

https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_sp_anish.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos* (Resolución 217 A [III]).

https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979) *Convención sobre la eliminación de las formas de discriminación contra la mujer*. Serie de Tratados de Naciones Unidas, vol. 1249, p. 13. https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Resolución 48/104).

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria. (2019). *Violencia ginecológica y obstétrica* (Resolución 2306). 3 de octubre de 2019.

<https://pace.coe.int/en/files/28236>

Consejo de Europa. (1950). *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. Serie de Tratados del Consejo de Europa 005. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa

Directiva (UE) 2024/1385 sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Diario Oficial de la Unión Europea, L, 2024/1385, 24 de mayo de 2024. <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>

Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf

Naciones Unidas. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos*.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf

Naciones Unidas. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. <https://docs.un.org/es/A/CONF.177/20/Rev.1>

Naciones Unidas. (1999a). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 6 de octubre de 1999. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-elimination-all-forms>

Naciones Unidas. (1999b). *Recomendación general núm. 24: La mujer y la salud (Artículo 12 de la Convención)*. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Naciones Unidas. (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*. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/GC/35>

Naciones Unidas. (2020) *Dictamen respecto de la Comunicación núm. 138/2018 (S.F.M. c. España)*. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la

Mujer. 28 de febrero de 2020.

<https://digitallibrary.un.org/record/3870902?ln=es&v=pdf>

Naciones Unidas. (2022). *Dictamen respecto de la comunicación núm. 149/2019*

(N.A.E. c. España). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la

Mujer. 22 de junio de 2022. <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/82/D/149/2019>

Naciones Unidas. (2023). *Dictamen respecto de la Comunicación núm. 154/2020*

(M.D.C.P. c. España). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la

Mujer. 24 de junio de 2023.

https://digitallibrary.un.org/record/4008329/files/CEDAW_C_84_D_154_2020-ES.pdf

Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre*

Derechos Humanos «Pacto de San José de Costa Rica».

https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para*

Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de

Belém do Pará». <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/belemdopara-espanol.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

(2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.*

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Šimonović, D. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la*

violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (Informe A/74/137).

Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/a/74/137>

Unión Europea. (2007). *Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea, C 306/01.

<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/es/sheet/5/el-tratado-de-lisboa>

Unión Europea. (2016). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea, C 202 de 7 de junio de 2016.

http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2016/oj

Unión Europea. (2012). *Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea, C 326, 26 de octubre de 2012, pp. 13-390.

<https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00013-00046.pdf>

- Legislación comparada.

Amparo en Revisión 1064/2019. (2019). Suprema Corte de Justicia de la Nación de México. Primera Sala. Ponente: ministro Juan Luís González Alcántara Carrancá. 14 de agosto de 2019. <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-07/AR%201064-2019.pdf>

Código Penal para el Estado de Aguascalientes. (1947). Periódico Oficial del Estado, 16 de noviembre de 1947. (Última reforma publicada el 14 de octubre de 2024). https://congresoags.gob.mx/agenda_legislativa/leyes/descargarPdf/2481

Código Penal para el Estado de Chiapas. (2020). Periódico Oficial del Estado, 24 de enero de 1990. (Última reforma publicada el 26 de junio de 2024). <https://poderjudicialchiapas.gob.mx/storage/legislacion/0595CE33-5884-48EE-92CB-EC58FF38283A.pdf>

Código Penal del Estado de México. (2000). Periódico Oficial Gaceta del Gobierno, 20 de marzo de 2000. (Última reforma publicada el 20 de marzo de 2026).

<https://legislacion.edomex.gob.mx/>

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero Número 499. (2014).

Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, 4 de marzo de 2014. (Última reforma publicada el 18 de junio de 2024).

<https://congresogro.gob.mx/legislacion/codigos/ARCHI/codigo-penal-no-499.pdf>

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Puebla. (1986). Periódico Oficial del Estado. 23 de diciembre de 1986. (Última reforma publicada el 15 de julio de 2024).

https://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=54&Itemid=

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. (2014). Periódico Oficial del Estado, 13 de junio de 2014. (Última reforma publicada el 02 de octubre de 2024).

<https://documentos.congresogroo.gob.mx/codigos/C6-XVIII-10122025-20251220T154658-C1820251210182-C%C3%B3digo-Penal.pdf>

Código Penal del Estado de Yucatán. (1994). Diario Oficial del Gobierno del Estado, 30 de marzo. (Última reforma publicada el 7 de mayo de 2025).

<https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/03/2012/DI-GESTUM03002.pdf>

Decreto 1011/2010. Reglamentación de la Ley N.º 26.485 de Protección Integral a las Mujeres. (2010). Boletín Oficial de la República de Argentina N.º 31947, de 19 de julio de 2010.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/texact.htm>

Decreto 2035/2015. Reglamentación de la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado.

(2015). Boletín Oficial de la República Argentina N°33226, de 1 de octubre de 2015.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Dictamen de las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, Segunda,

por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley

General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en materia

de violencia obstétrica. (2024). Gaceta del Senado de la República

(México), 9 de abril de 2024.

http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2024/03/asun_4718376_20240312_1710258668.pdf

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de

Veracruz de Ignacio de la Llave. (2014). Gaceta Oficial del Órgano del

Gobierno del Estado, 8 de septiembre de 2014.

<https://www.uv.mx/uge/files/2014/05/Ley-de-Acceso-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia-para-el-Estado-de-Veracruz-de-Ignacio-de-la-Llave.pdf>

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007).

Diario Oficial de la Federación, 1 de febrero de 2007. (Última reforma publicada 15 de enero de 2026).

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Ley N°25.929: Derechos de padres e hijos en el proceso de nacimiento. (2004).

Boletín Oficial de la República de Argentina N°30.490, de 21 de septiembre

de 2004.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_o_decreto_web_0.pdf

Ley N°26.485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009). Boletín Oficial N°31.632, de 11 de marzo de 2009.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/texact.htm>

Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (2021).

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 6.667 (Extraordinario), de 16 de diciembre de 2021.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

(2016). Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2016.

<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/.pdf>