

REPARACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: COMENTARIO A LA SENTENCIA 143/2025, DE 31 DE MARZO, DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE GALICIA

María Ruiz Estévez

Contratada Predoctoral

Universidad Rey Juan Carlos

Resumen: En este trabajo se analiza la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 3ª) núm. 143/2025, de 31 de marzo. Se ocupa de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública en materia de daños físicos y psíquicos derivados de la atención obstétrica en el parto. Así, la sentencia valora la adecuación de la *lex artis* en relación con los siguientes puntos: el empleo de instrumental en el expulsivo; la correcta realización de la episiotomía y posterior reconstrucción de las lesiones; el respeto al plan de parto y al consentimiento informado, y el trato dispensado a la paciente. Lo relevante de la resolución radica en el hecho de que es la primera vez que un órgano judicial reconoce que existió violencia obstétrica en la práctica asistencial y, en consecuencia, proporciona a la víctima una reparación autónoma por este concepto.

Palabras clave: Responsabilidad sanitaria, parto, violencia obstétrica, infracción *lex artis*, daño moral, reparación efectiva.

Title: Reparation for obstetric violence: Commentary on Judgment 143/2025, of 31 March, of the High Court of Justice of Galicia.

Abstract: This paper analyses the ruling of the High Court of Justice of Galicia (Contentious-Administrative Chamber, Section 3) No. 143/2025, of 31 March. It deals with a case of liability of the Public Administration in relation to physical and psychological damage resulting from obstetric care during childbirth. The ruling assesses the adequacy of *lex artis* in relation to the following points: the use of instruments during delivery; the correct performance of the episiotomy and subsequent reconstruction of the injuries; respect for the birth plan and informed consent; and the treatment given to the patient. The significance of the ruling lies in the fact that it is the first time that a court has recognised that obstetric violence occurred in healthcare practice and, as a result, has awarded the victim independent compensation for this.

Keywords: Healthcare liability, childbirth, obstetric violence, breach of *lex artis*, moral damage, effective redress.

Sumario: 1. CONTEXTUALIZACIÓN. 2. HECHOS. 3. ARGUMENTOS DE LAS PARTES. 3.1. Posición de la parte apelante. 3.2. Posición de las partes apeladas. 4. POSICIÓN JURÍDICA DEL TRIBUNAL. 5. CONCLUSIONES. 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. CONTEXTUALIZACIÓN

El término “violencia obstétrica” ha sido reconocido y se emplea de forma habitual en el panorama jurídico-social latinoamericano ya desde principios de los 2000, para referirse primordialmente al trato deshumanizado, a la medicalización injustificada y a la falta de reconocimiento de la capacidad de decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo¹. Desde entonces, buena parte de los Estados de esta región ha incorporado esta modalidad de violencia en sus ordenamientos jurídicos como una manifestación específica de violencia contra las mujeres, que se despliega en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva².

En Europa, en cambio, existe aún un debate ontológico en torno al fenómeno³, ya que sitúa la violencia, tradicionalmente conceptualizada como intencional, en un ámbito esencialmente benévolo, como es el sanitario⁴. Esto ha generado no pocos debates en determinados entornos sociales acerca de la adecuación del propio término “violencia obstétrica”⁵. Uno de los escenarios en los que esta discusión alcanza su punto más candente es, evidentemente, el colectivo médico, por cuanto los profesionales de la salud perciben en la terminología una acusación directa como victimarios junto con el desprestigio de su oficio, caracterizado por la curación y no por la agresión⁶.

En este contexto, tan solo unos meses atrás, en marzo de 2025, Portugal se convirtió en el primer país europeo que contempló la violencia obstétrica en su ordenamiento jurídico⁷. No obstante, a diferencia de los sistemas normativos latinoamericanos, la legislación portuguesa no se ubica dentro del marco de las violencias contra las mujeres, sino en el ámbito de protección de los derechos de las usuarias de los servicios de salud.

¹ GOBERNADORAS, J.Y BOLADERAS, M., y CUCURELLA, I., “Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica” en GOBERNADORAS, J.Y BOLADERAS, M., y CUCURELLA, I. (Coordinadoras), El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. Madrid, 2018, págs. 39-68.

² El primero de ellos fue Venezuela, que en el año 2007 tipificó la violencia obstétrica en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

³ MASSÓ GUIJARRO, E., “La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa”, Salud colectiva [En línea], n.º 19, 2023, p. 4, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9112545>

⁴ COMINS MINGOL, I., “Contribuciones de la ética del cuidado en torno al proceso de nacimiento”, II Congreso Internacional sobre Violencia Obstétrica, Castellón, 26 de mayo de 2023.

⁵ ALKORTA, N., *Mi parto robado*. Arpa. Barcelona, 2023.

⁶ Véase, por ejemplo, en España, el comunicado del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid “Comunicado sobre la mal llamada violencia obstétrica”, de 20 de mayo de 2022, disponible en: <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/3935/Comunicado-de-la-Comision-de-Deontologia-sobre-la-mal-llamada-violencia-obstetrica>

⁷ Concretamente, con la promulgación de la Ley N.º 33/2025, de 31 de marzo, que promueve los derechos durante el embarazo y el parto y modifica la Ley 15/2014, de 21 de marzo, sobre los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud.

Por lo que respecta a España, la violencia obstétrica estuvo presente en el debate legislativo en el marco de la reforma, en 2023, de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (BOE núm. 55, de 4-3-2010), más comúnmente conocida como “Ley del Aborto”. Sin embargo, finalmente la modificación se consolidó sin la incorporación explícita del término en la norma. En su lugar, se optó por la expresión “violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo”, para referirse a aquellos actos que atentan “contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad”⁸.

Este vacío normativo a nivel estatal propició que algunas comunidades autónomas tomaran la delantera e incluyeran la violencia obstétrica en sus ordenamientos jurídicos. Es el caso de Cataluña, región que, en 2020, de forma pionera tanto en España como en Europa, definió y reconoció la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos como una forma específica de violencia contra las mujeres en la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista (BOE núm. 11, de 13-1-2021)⁹. En 2021, la Comunidad Valenciana también contempló esta forma de violencia en su Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana (BOE núm. 35, de 10-2-2015) y reconoció el derecho “a garantizar las medidas proclives a combatir la violencia obstétrica definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS)”¹⁰. Por último, en 2022, la segunda modificación de la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres del País Vasco (BOE núm. 42, de 2-3-2005)¹¹ incorporó la violencia obstétrica y, en el mismo sentido que la ley catalana, la reconoció como una manifestación de violencia machista¹².

⁸ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE núm. 51, de 1-4-2023).

⁹ La violencia obstétrica queda definida en la ley en los siguientes términos: “consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer”.

¹⁰ La inclusión de la violencia obstétrica en la norma valenciana se llevó a cabo por medio de la Ley 7/2021, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat 2022 (BOE núm. 19, de 22-1-2022), que modificó la Ley de Salud, e introdujo el párrafo referido.

¹¹ La Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres ha sido derogada el 28 de marzo de 2023, por la disposición derogatoria del Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres (BOE núm. 89, de 14-4-2023).

¹² No obstante, a diferencia de la norma catalana no define la violencia obstétrica ni identifica prácticas que puedan ser constitutivas de la misma.

El fragmentario reconocimiento de esta forma de violencia contrasta, sin embargo, con la realidad asistencial de nuestro país¹³. España ha sido el primer Estado (y el único hasta 2025) en ser objeto de un dictamen de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en materia de violencia obstétrica¹⁴. El Dictamen núm. 138/2018 fue el primero en reconocer la existencia de violencia obstétrica en la atención sanitaria en el parto (también dentro del Servicio Gallego de Salud), a la que se sumó la violencia institucional de los órganos judiciales y administrativos. A este dictamen le siguieron dos más (dictámenes núm. 149/2019 y 154/2020), en los que se exponen hechos similares y que también reconocieron a las autoras como víctimas de violencia obstétrica. En todos ellos el Comité formuló al Estado español una serie de recomendaciones. Entre las mismas, se señaló la necesidad de asegurar el acceso efectivo a los recursos en casos de vulneración de derechos reproductivos, así como la capacitación del personal judicial en la materia. Además, en el último de los dictámenes, el Comité fue un paso más allá y recomendó a España revisar su legislación sobre violencia de género para incluir la violencia obstétrica.

La ausencia de reconocimiento de la violencia obstétrica en España no se limita al plano legislativo, sino que también se evidencia en el panorama jurisprudencial. En este sentido, no fue hasta 2023 cuando un órgano judicial reconoció por primera vez que existió violencia obstétrica en la actuación sanitaria prestada en un parto. Se trató del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo N.º 5 de Las Palmas de Gran Canaria, en su Sentencia de 22 de febrero de 2023 (JUR\2023\233285)¹⁵, en relación con el caso de un embarazo gemelar en el que la obstetra optó por un parto vaginal, sin informar a la madre de los riesgos ni ofrecerle alternativa de cesárea, a pesar de que existían indicios de sufrimiento fetal. Finalmente, el parto culminó por vía abdominal, pero para ese momento uno de los bebés ya había sufrido hipoxia perinatal, lo que le provocó una parálisis cerebral. El juez reconoció que la atención sanitaria brindada a la demandante asumió una concepción patriarcal que menoscabó su capacidad de autodeterminación, al no permitirle elegir la vía del parto, y, en consecuencia, merecía la calificación de violencia obstétrica. No obstante, el fallo no contiene un pronunciamiento condenatorio propio para esta forma de violencia.

En este escenario de vacío doctrinal en torno a la violencia obstétrica, la sentencia que nos disponemos a analizar se presenta como un hito jurisprudencial. Es la primera vez que un tribunal superior reconoce esta forma de violencia y, al mismo tiempo, otorga a la víctima una reparación específica e independiente por este concepto.

¹³ Si bien actualmente no existen datos oficiales que midan la violencia obstétrica en España, existen estudios independientes, como el informe del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), de 2016, que arrojó resultados muy alarmantes.

¹⁴ Hasta el 6 de marzo de 2025, cuando la CEDAW emitió el dictamen núm. 164/2021 contra Argentina, las tres únicas resoluciones del Comité habían recaído sobre el Estado español.

¹⁵ Esta resolución ha sido confirmada por el Tribunal Superior de Justicia de las Palmas de Gran Canaria, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 1ª, en su Sentencia 412/2023 de 3 de noviembre de 2023, Rec. 76/2023 (JUR\2024\114388).

2. HECHOS

Los antecedentes fácticos que dieron lugar al caso que nos ocupa tuvieron lugar en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), al que la apelante acudió en 2018 para dar a luz a su segundo hijo. Previamente, la paciente presentó un plan de parto en el que mostraba al personal sanitario sus preferencias, sin oposición expresa a ninguna intervención. En este punto, ella únicamente solicitaba ser debidamente informada y consultada respecto a todo aquello que aconteciera en el proceso asistencial.

En el transcurso del parto, se le suministró oxitocina para acelerar la dilatación. Sin embargo, el expulsivo no progresaba pese a la intensidad y duración de los pujos (la cabeza del bebé no lograba descender por debajo del segundo plano). En atención a los antecedentes clínicos de la paciente, la obstetra optó por un parto instrumental en lugar de cesárea. Finalmente, se produjo la extracción del feto con ayuda de ventosa y episiotomía. En el posparto inmediato, la paciente padeció un desgarro perineal severo cuyas lesiones necesitaron de una cirugía reconstructiva posterior.

Por su parte, a la pareja de la apelante no se le permitió estar presente en la sala de partos desde el momento en que se convino el uso de instrumental obstétrico para la extracción fetal, que se realizó en presencia de cinco estudiantes en prácticas.

Tras el parto, la paciente presentó incontinencia fecal y sangrado tras defecación, que se asoció con un esfínter anal desgarrado y precisó de tratamiento rehabilitador del suelo pélvico. Tras la realización de una resonancia, se le diagnosticó una rotura crónica del esfínter anal externo y una posible rotura del músculo puborrectal. En enero de 2020 se le realizó una cirugía reconstructiva perineal; no obstante, no cesó la incontinencia y, tras una ecografía, fue diagnosticada de incontinencia fecal secundaria a desgarro obstétrico. En el momento en que se dictó la sentencia la paciente estaba pendiente de una nueva operación de reconstrucción. También acudió a Salud Mental con un cuadro ansioso-depresivo, para el que se le prescribió tratamiento psicológico por estrés postraumático al parto.

Con base en lo anterior, la ahora apelante presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños padecidos en el marco de la atención sanitaria prestada. La reclamación fue desestimada por silencio administrativo y, contra dicha desestimación presunta, formuló recurso contencioso-administrativo, que siguió la misma suerte.

3. ARGUMENTOS DE LAS PARTES

Considero pertinente, de cara a facilitar la comprensión de la fundamentación jurídica del tribunal, hacer una breve síntesis de las posturas de las partes.

3.1. Posición de la parte apelante

Esta parte fundamenta los motivos de apelación en la errónea valoración de la prueba respecto a cinco cuestiones relacionadas con la práctica asistencial, que considera contraria a la *lex artis*.

En primer lugar, la apelante esgrime una errónea calificación en el tipo de episiotomía que se le realizó. Conviene precisar que la episiotomía consiste en una incisión en el perineo para ampliar el canal del parto y facilitar el expulsivo. Conforme a lo dispuesto en la historia clínica, la realizada a la paciente fue mediolateral derecha (incisión diagonal desde el centro del periné hacia el lado derecho de la paciente). Esta técnica es la recomendada en la Guía de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad¹⁶. En cambio, la apelante alega que se trató de una episiotomía central o sagital (incisión vertical desde la vagina hacia el ano), modalidad que aumenta la probabilidad de desgarro y de afectación del esfínter anal.

En relación con lo anterior, también alude a una incorrecta reconstrucción de las lesiones, consecuencia del desgarro perineal grave (de grado IIIB o IV) que llegó a afectar a tejidos del aparato digestivo y reproductor. Al respecto, la apelante sostiene que, dada la complejidad de la intervención reconstructiva, se precisaba de un cirujano digestivo del que se prescindió. Según su criterio, esta decisión fue deliberada con la intención de ocultar que la episiotomía realizada fue central y no lateral. Asimismo, señala que la técnica de sutura (*overlap* o de solapamiento) no se realizó correctamente, ya que se observan restos del esfínter interno suturados junto con los esfínteres externos. Defiende, en este aspecto, que se le generó un daño desproporcionado.

En tercer lugar, argumenta que la decisión obstétrica de optar por un parto instrumental fue inadecuada, de manera que lo correcto hubiera sido practicar una cesárea, cirugía que la propia facultativa recomendó pero que finalmente no se llevó a cabo. Basa su argumentación en sus antecedentes médicos, concretamente en una atresia anal y en el hecho de que su anterior parto requirió de cesárea.

Asimismo, alega que no se respetó su plan de parto y que se omitió el consentimiento informado. Ambos puntos están interrelacionados, pues precisamente en el plan de parto la paciente solicitaba estar informada y consentir todas las intervenciones que se le pudieran realizar. Sin embargo, señala que no se le informó respecto al procedimiento a seguir en parto: utilización de oxitocina, conveniencia de realizar episiotomía y sus posibles consecuencias. Además, advierte que no se respetó su voluntad, ya que se negó expresamente al parto instrumental, sin que en ningún caso el consentimiento fuera verbal, como indicó la parte apelada.

Por último, denomina "degradante" el trato asistencial recibido que le provocó un daño moral. En este sentido, refiere que en el momento en que se utiliza el instrumental durante

¹⁶ Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2010, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

el expulsivo, ella se encontraba llorando por la angustia, a lo que la obstetra la amonestó con un "compórtate". Del mismo modo, tras la realización de la episiotomía, indica que la facultativa le reprochó que dicha intervención se realizó porque ella no quiso que se le practicara una cesárea, hecho que la apelante niega. Todo lo anterior lo atravesó sin el apoyo emocional de su pareja, a quien no se le permitió estar presente en esta última parte del parto, con la única justificación de que la obstetra no quería compañía en partos quirúrgicos. No obstante, se encontraban en la sala cinco estudiantes en prácticas, lo que la apelante considera que supone una vulneración de su intimidad.

3.2. Posición de las partes apeladas

El SERGAS se opone al recurso insistiendo en que la episiotomía realizada fue mediolateral y estaba justificada. En relación con la posterior reconstrucción de las lesiones, indica que la técnica de sutura era adecuada y se llevó a cabo de forma ajustada a la *lex artis*. Asimismo, señala que las decisiones que se tomaron respecto al manejo del parto, lo que incluye la decisión de que el mismo fuera instrumental, fueron acordes con las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). En consecuencia, rechaza que exista una relación causal entre las secuelas referidas por la apelante y la actuación de los profesionales de la salud.

En el mismo sentido, descarta que se haya producido una errónea valoración de la prueba por la juzgadora de instancia. Precisa que se presentaron informes periciales contradictorios y, en este sentido, debe atenderse a los emitidos por el jefe de servicio, el perito de la aseguradora y la ginecóloga que atendió a la apelante en diversas consultas. De forma subsidiaria discute el importe indemnizatorio solicitado que considera excesivo.

Por su parte, la aseguradora también niega que exista una errónea valoración de la prueba, que considera correctamente motivada en la resolución recurrida. Al respecto, señala que el escrito de apelación constituye una mera reproducción de la demanda, sin que se cuestione la sentencia de instancia.

4. POSICIÓN JURÍDICA DEL TRIBUNAL

Para resolver el recurso, la Sala realiza un análisis pormenorizado dirigido a valorar la adecuación de la pericia médica a la *lex artis* en relación con los tres extremos siguientes:

- La decisión obstétrica de inducir e instrumentalizar el parto frente a la conveniencia de practicar una cesárea.
- La modalidad de episiotomía realizada (mediolateral derecha o central/sagital), su correcta ejecución y análisis de la posterior cirugía reconstructiva de las lesiones derivadas del desgarro.
- El respeto al plan de parto y al consentimiento informado junto con la valoración del trato asistencial.

En relación con el primero de ellos, el tribunal observa que existen informes periciales contradictorios. Así, el informe de la apelante considera que, una vez comprobado que los

pujos eran ineficaces, debería haberse optado por una cesárea. Fundamenta esta decisión en el hecho de que la paciente nunca había tenido un parto vaginal, que su anterior parto fue por cesárea por pérdida de bienestar fetal, que la frecuencia cardíaca del bebé evidenciaba que podía haber algún problema y que se trataba de un feto macrosómico. En cambio, el jefe de servicio del hospital y el perito de la aseguradora sí consideran adecuada la aplicación de ventosa y episiotomía en atención a las circunstancias del parto, con preferencia a una cirugía abdominal, pues la cesárea previa de la paciente aumentaba el riesgo de dehiscencia (apertura de la sutura) y de rotura uterina. En consecuencia, el tribunal considera ajustada a la *lex artis* la decisión de realizar un parto instrumental en lugar de un parto quirúrgico, al no alcanzar, a la luz de los informes periciales, el grado de certeza suficiente sobre la conveniencia de la cesárea.

En cuanto al segundo punto, considera acreditado que la técnica empleada en la episiotomía no fue mediolateral, como consta en la historia clínica y defienden las partes apeladas. En este aspecto, señala el tribunal que la sentencia recurrida no tuvo en consideración las razones expuestas por el perito de la parte apelante, que evidencian que el corte de la episiotomía fue sagital/central. Esta conclusión se alcanza también atendiendo a la cicatriz de la zona episiotomizada, la cual, en palabras del propio tribunal “muestra bien a las claras que la técnica empleada ha sido la sagital/central, por estar en el centro en la zona afectada, pues no hay desviación de la cicatriz hacia ningún lado de ninguna forma en que se observe, hasta para un profano en la materia resulta claro este hallazgo”.

Asimismo, la cirugía reconstructiva posparto avala este razonamiento, pues en la intervención se realizó una incisión sagital que incluía la cicatriz de la episiotomía previa. Concluye el tribunal, por tanto, que el desgarro que padeció la apelante fue consecuencia de la episiotomía, y que la entidad de este (como mínimo, grado III) excede lo jurídicamente soportable. En consecuencia, aprecia una infracción de la *lex artis* en este punto.

En relación con la posterior reconstrucción de las lesiones, el tribunal considera que la incontinencia urinaria y fecal que experimenta la apelante, y que la obligó a someterse a diversas cirugías, estando aún pendiente de otra, evidencia mala praxis en la ejecución de la intervención. Todo ello, independientemente de que se empleara la técnica *overlap* o de solapamiento, que se presenta adecuada para la intervención, “pues de poco sirve, si se ejecuta deficientemente”.

A propósito del respeto al plan de parto y al consentimiento informado, el tribunal incorpora la doctrina de la CEDAW, concretamente la recogida en el segundo de los dictámenes dictado contra España (núm. 149/2019). Así, menciona expresamente el carácter estructural y sistemático de la violencia obstétrica y el derecho de la mujer a la información y al consentimiento informado, aun cuando la obtención de este “pueda ser difícil y llevar tiempo”. Sin embargo, no considera suficientemente acreditado que, en este caso, la paciente no fuera informada acerca de las técnicas empleadas en el expulsivo. Además, señala que el derecho a elegir el modo de parto nunca es absoluto, sino que deben ponderarse los intereses tanto de la madre como del recién nacido.

No obstante lo anterior, el tribunal sí encontró fundado el daño psicoemocional que sufrió la apelante en el trato asistencial recibido, que califica como “desagradable”. Esta apreciación la alcanza sobre la base de dos aspectos clave: por un lado, el informe del jefe de servicio incluido en el expediente administrativo, en el que expresa sus disculpas a la paciente por la falta de entendimiento con la obstetra y por el exceso de personas en el paritorio. Por otro lado, el contexto en el que tuvo lugar el parto, caracterizado por el empleo de instrumental obstétrico (hecho que puede generar temor respecto a los resultados), la presencia de varias personas en prácticas y la privación de acompañamiento a la parturienta, decisión esta última que, además, no aparece justificada. En relación con este último punto precisa el tribunal que “el apoyo emocional constante durante el parto es considerado un derecho fundamental de la mujer”.

Finalmente, el órgano judicial reconoce que existió violencia obstétrica en la actuación sanitaria, que se relaciona directamente con el estrés postraumático que padece la apelante. Esta constatación no es baladí, pues la tendencia general en los tribunales españoles, hasta la fecha, ha sido relacionar el estrés postraumático alegado por las demandantes con su propia subjetividad e idiosincrasia respecto a la experiencia del parto. De esta forma, el diagnóstico quedaba desvinculado de la atención obstétrica. Este hecho ha sido advertido por la CEDAW en sus resoluciones, y, al respecto, ha señalado que tal asunción supone aplicar “nociones estereotipadas y discriminatorias”.

A la vista de lo hasta aquí expuesto, el fallo estima parcialmente el recurso de apelación y reconoce una reparación económica por los daños físicos y morales padecidos. Lo realmente relevante de la resolución es que, a la hora de cuantificar el daño moral, que fija en diez mil euros, incrementa su cuantía en otros diez mil en concepto de violencia obstétrica, que, a los ojos del tribunal, agravó el daño psicológico sufrido por la apelante. Se trata de la primera vez que un órgano judicial reconoce esta modalidad de violencia y, además, ofrece una reparación a la víctima. Estos montos se complementan, a su vez, con la cantidad de cuarenta mil euros por la infracción de la *lex artis* en la realización de la episiotomía y en la posterior reconstrucción de las lesiones.

5. CONCLUSIONES

Este pronunciamiento marca un antes y un después en el contexto judicial español. No solo identifica y califica la violencia obstétrica, sino que concede a la víctima una reparación indemnizatoria autónoma por este concepto, algo que, como se ha señalado, no había sucedido, y que la CEDAW venía reclamando al Estado español en sus decisiones. Así las cosas, impone por primera vez consecuencias jurídicas a un tipo de violencia mayoritariamente invisibilizada y normalizada en el sistema judicial.

En este contexto, la sentencia amplía los márgenes y aborda aspectos no directamente vinculados con la praxis médica en la ejecución de las intervenciones realizadas o con el correcto cumplimiento del deber de informar. De esta forma, pone también el foco en el trato asistencial y en el respeto a la vulnerabilidad de la mujer parturienta, al considerar aspectos clave en la ética del cuidado y en la humanización de la atención al nacimiento,

como la falta de empatía del personal sanitario o la importancia del acompañamiento y el apoyo emocional en el parto.

Otro punto relevante es que la doctrina recogida en la sentencia se alinea con los estándares de la CEDAW que instan al personal judicial a incorporar la perspectiva de género en la valoración de la prueba. En este sentido, las decisiones del Comité advirtieron que los órganos administrativos y judiciales españoles tienden a dar credibilidad solo a los informes del centro sanitario frente a los informes de las demandantes, que demostraban la relación causal entre la actuación sanitaria y el resultado dañoso, lo que supone la asunción de estereotipos de género. En este caso, el tribunal *ad quem* sí ha atendido a los informes periciales de parte a la hora de valorar los daños (tanto en lo relativo a la modalidad de episiotomía realizada como a la reconstrucción de las lesiones, no ajustada a la *lex artis*). Asimismo, en relación con los daños psíquicos, ha reconocido sin ambages la relación causa-efecto entre el estrés postraumático de la paciente y el trato asistencial recibido durante el parto, sin apelar a cuestiones de percepción de la mujer y, por tanto, sin asumir nociones estereotipadas.

Este pronunciamiento abre el camino hacia el reconocimiento judicial de la violencia obstétrica en nuestro país. Representa un avance significativo en la visibilización de esta forma de violencia y, al mismo tiempo, supone un atisbo de esperanza para todas las mujeres que reclaman el reconocimiento y la protección de sus derechos sexuales y reproductivos, y una atención obstétrica humanizada. Desde el Parto es Nuestro, asociación feminista que encabeza la lucha en la promoción de los derechos de las mujeres en la atención perinatal en España, celebran este fallo que describen como “reparador”, no solo para la protagonista de los hechos, sino también para el resto de las víctimas, que por fin pueden ver en las instituciones la posibilidad de resarcimiento¹⁷.

6. BIBLIOGRAFÍA

MASSÓ GUIJARRO, E., “La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa”, *Salud Colectiva* [en línea], núm. 19, 2023.

GOBERNA TRICAS, J., BOLADERAS, M., Y CUCURELLA, I., “Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica” en GOBERNA TRICAS, J., BOLADERAS, M., Y CUCURELLA, I. (Coordinadoras), *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos. Madrid, 2018, págs. 39-68.

ALKORTA, N., *Mi parto robado*. Arpa. Barcelona, 2023.

¹⁷ EL PARTO ES NUESTRO, “Violencia obstétrica: Primera sentencia que la reconoce en España”, 2 de junio de 2025, disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2025/06/02/violencia-obstetrica-primera-sentencia-que-la-reconoce-en-espana>