

Facultad de Ciencias Jurídicas - Unidad AA3 Jurídicas  
Zientzia Juridikoen Fakultatea - LA3 Juridikoen Unitatea

Edificio de Las Encinas / Arteak eraikina  
Campus de Arrosadia / Arrosadiko Campusa  
31006 - Pamplona-Iruñea  
Tel. (+34) (+34) 948 16 6203  
[facultad.cienciasjuridicas@unavarra.es](mailto:facultad.cienciasjuridicas@unavarra.es)



**TRABAJO FIN DE ESTUDIOS / IKASGAIEN AMAIERAKO LANA**  
**GRADO EN DERECHO**

.....

**LA LIMITADA AUTONOMÍA DE LA MUJER GESTANTE EN LAS DECISIONES  
EN TORNO AL PARTO**

**Amaia Rebolé García**

**DIRECTORA / ZUZENDARIA**

**M<sup>a</sup> Luisa Arcos Vieira**

**Pamplona / Iruñea**

**17 de mayo de 2024**



## RESUMEN

Este trabajo hace una reflexión e investigación jurídica en torno a la limitada autonomía de la gestante en el proceso de toma de decisiones relacionadas con el parto. Se examinan los diferentes ámbitos del alumbramiento en los que se pueden ver afectados los derechos reproductivos de las mujeres y cómo estos llegan a ser vulnerados.

Asimismo, se analiza la legislación vigente en relación con el tema, así como la más reciente jurisprudencia, tanto a nivel internacional como nacional. Igualmente, se exponen las diferentes posturas de los magistrados españoles en relación al alcance de los derechos de autonomía en la toma de decisiones de las gestantes, que ha supuesto un tema de discrepancia en sus más recientes sentencias. También, se exponen de manera breve las posturas de diversos organismos internacionales como la CEDAW o el Parlamento Europeo.

**Palabras clave:** autonomía, gestantes, decisiones, parto

This project makes a reflection and legal research on the limited autonomy of the pregnant woman in the decision-making process related to childbirth. It examines the different areas of childbirth in which women's reproductive rights may be affected and how these come to be violated.

It also analyzes the current legislation on the subject, as well as the most recent jurisprudence, both at internationally level and domestically. Likewise, the different positions of the Spanish magistrates in relation to the scope of the rights of autonomy in the decision making of pregnant women are also presented, which has been a matter of discrepancy in its most recent rulings. The positions of various international organizations such as CEDAW and the European Parliament are also briefly exposed.

**Key words:** autonomy, pregnant women, decisions, childbirth



## ÍNDICE

1.	RELACIÓN DE ABREVIATURAS.....	7
2.	INTRODUCCIÓN.....	9
3.	ABUSOS EN EL ÁMBITO OBSTÉTRICO.....	10
3.1.	Derechos Fundamentales en torno al parto.....	10
3.2.	Recepción del término en Europa y en España.....	12
4.	EL TRATAMIENTO A LA GESTANTE.....	19
4.1.	Parto natural o por cesárea.....	19
4.1.1.	<i>Primer dictamen de la CEDAW.....</i>	21
4.1.2.	<i>Segundo dictamen de la CEDAW.....</i>	23
4.1.3.	<i>Tercer dictamen de la CEDAW.....</i>	25
4.2.	Presencia de estudiantes.....	28
4.3.	Intervenciones quirúrgicas no autorizadas.....	31
5.	ELECCIÓN DEL LUGAR DE ALUMBRAMIENTO.....	36
5.1.	STEDH, Caso Dubska contra República Checa.....	36
5.2.	STC, 78/2023, de 3 de julio de 2023; atenciones post-parto en una CCAA distinta a la de residencia.....	37
5.3.	STC, 66/2022, de 2 de junio de 2022; discrepancia entre los magistrados..	39
6.	CONCLUSIONES.....	44
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
8.	RELACIÓN DE JURISPRUDENCIA.....	48
9.	OTROS DOCUMENTOS.....	49



## **I. RELACIÓN DE ABREVIATURAS**

- CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
- LBAP: ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos
- TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos
- CGCOM: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- SCOG: Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología
- CCMC: Consejo de Colegio de Médicos de Cataluña





## **I. INTRODUCCIÓN**

En el contexto de la atención médica materno-infantil, la autonomía de la gestante en la toma de decisiones relacionadas con el parto es un tema de creciente interés y preocupación. A pesar de los avances en la medicina y la obstetricia, persisten situaciones en las que las mujeres experimentan una limitación significativa en su capacidad para ejercer su autonomía durante el proceso de parto. Esta situación plantea importantes interrogantes jurídicos que merecen ser abordados y examinados.

La importancia de este tema radica en el hecho de que el parto es un evento trascendental en la vida de una mujer y su familia, con implicaciones físicas, emocionales y psicológicas de largo alcance. La forma en que se lleva a cabo el parto puede tener un impacto significativo en la experiencia de la gestante, así como en la salud y el bienestar tanto de ella como de su hijo/a. Por lo tanto, es fundamental garantizar que las mujeres embarazadas tengan la capacidad de participar activamente en las decisiones relacionadas con su parto, respetando sus preferencias y deseos.

El presente trabajo tiene como objetivo explorar las barreras y los desafíos que enfrentan las mujeres al intentar ejercer su autonomía durante el proceso de parto, así como las implicaciones legales de esta problemática. Además, se analizarán las diferentes herramientas y la cobertura que brinda la ley para hacer frente a estas vulneraciones, así como el verdadero alcance de la autonomía reproductiva.

Este tema ha supuesto una razón de desacuerdo entre los magistrados del Tribunal Constitucional, al pensar algunos que la autonomía de la mujer debe primar siempre y otros, que no. En concreto, este desacuerdo se ve reflejado en una reciente sentencia que será analizada en la parte final del trabajo. Asimismo, se hará uso de la jurisprudencia ajena a las fronteras de España, para poder crear una visión más amplia del creciente protagonismo que este tema está adquiriendo.

## II. ABUSOS EN EL ÁMBITO OBSTÉTRICO

### 1. Derechos fundamentales en torno al parto

La experiencia de dar a luz es un momento crucial en la vida de una madre y su hijo. Y, al igual que todos los aspectos que rodean al ser humano, está ligada a una serie de derechos fundamentales que no se pueden pasar por alto.

Son varios los derechos que se han ligado al ámbito sanitario y, en concreto, que son de aplicación a las mujeres gestantes y a todo el proceso que rodea el parto.

Destaca, entre otros, el derecho a la vida, que implica que toda persona disfrute de su ciclo existencial sin interrupciones de agentes externos, ya que el Estado debe respetar la existencia humana, que implica tanto el deber negativo de evitar su privación, como el deber positivo de proteger y garantizar la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción<sup>1</sup>.

Asimismo, el derecho a la integridad personal, regulado y protegido por diversos órganos a nivel internacional y nacional de los que se extraen documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Europea de los Derechos Humanos, que protegen dicho derecho en sus respectivos artículos 3.

Está presente también el derecho a la libertad y la autonomía reproductiva, regulada en el artículo 16 tanto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, de la que supervisa la aplicación el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (de aquí en adelante, CEDAW), órgano parte de Naciones Unidas.

El derecho a la información y al libre consentimiento es bien conocido en este sector, que se protege a varios niveles legislativos, entre los que se destaca principalmente en España la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del

---

<sup>1</sup> RAMÍREZ SAUCEDO, María Daniela, HERNÁNDEZ MILER, César, CEBALLOS GARCÍA, Grey Yuliet, “La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres”, *Revista CONAMED*, Vol. 26, Nº. 3, 2021, pp. 149-155  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8088967>

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP).

Estos son una serie de derechos que garantizan una buena asistencia y atención sanitaria para la gestante, pero, tal y como ocurre en el resto de ámbitos que rodean el día a día de los sujetos de derecho, es difícil pretender que todos los seres humanos gozan y disfrutan de los derechos humanos y fundamentales en su totalidad (al margen de los presentes en el sector sanitario).

Sin embargo, en lo que respecta al proceso de parto y todo lo que rodea al tratamiento médico de la gestante, hay un término que año tras año se ha ido destacando cada vez más y que se ha abierto paso hasta lo que hoy se conoce como “violencia obstétrica”. Un término que se ve con cierto recelo en España, aunque la comunidad europea poco a poco ya lo ha ido integrando.

La mención de este concepto requiere aclarar su significado y sus implicaciones. Como se ha comentado anteriormente, el parto es un evento crucial y delicado en la vida de toda mujer y, en muchas ocasiones, esta vulnerabilidad, sumada a los elementos de la asistencia sanitaria en el proceso de parto que, en muchas ocasiones, pretenden legitimar la toma de decisiones por parte de los profesionales sin el consentimiento de las gestantes, resultan en la creación de un escenario en el cual se producen prácticas inadecuadas, irrespetuosas o nocivas en la atención obstétrica de las mujeres<sup>2</sup>.

El término de violencia obstétrica remonta sus orígenes al año 2007, en Venezuela, cuando lo definieron en su Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo 15 (formas de violencia)<sup>3</sup>:

“13. Se entiende por violencia obstétrica 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

---

<sup>2</sup> PARICIO DEL CASTILLO, Rocío, CANO LINEARES, María de los Ángeles, “Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto”, *iQual: revista de género e igualdad*, N.º. 7, 2024, pp. 18-37. [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/139674/1/2RocioApariciViolenciaobst%  
c3%a9tric18.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/139674/1/2RocioApariciViolenciaobst%c3%a9tric18.pdf)

<sup>3</sup> GAONA CANTE, Martha, ZAPATA DURÁN, Roberto Wesley, GONZÁLEZ VICTORIA, Rosa María, “Victimización y necesidad de protección jurídica a la mujer embarazada”, *Revista Inclusiones: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, Vol. 6, N.º. Extra 17, 2019, pp. 349-368.

naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”<sup>4</sup>.

A pesar de su creciente popularidad, hablar de violencia obstétrica hoy en día todavía genera dudas y resistencias a nivel público e institucional, porque el parto es visto como un evento peligroso en el cual pueden surgir multitud de complicaciones y riesgos para la integridad y la vida, tanto de la madre como del hijo, por lo que la atención médica se considera siempre beneficiosa. Es culturalmente difícil creer o comprender que en un ambiente hospitalario, diseñado para salvar vidas, las mujeres puedan enfrentar violencia o malos tratos. Consecuentemente, cualquier intervención médica tiende considerarse necesaria para evitar la muerte<sup>5</sup>.

Además, parte de la comunidad científica considera que este nombre cuestiona la ética, e incluso el honor de los profesionales de la obstetricia, al encuadrar su actividad en un conjunto de comportamientos que se clasifican como violentos hacia la mujer<sup>6</sup>.

## **2. Recepción del término en Europa y en España**

La atención sanitaria y el derecho a la salud no están contemplados como derechos fundamentales autónomos en el ordenamiento español. Tampoco están previstos como tales en las constituciones de otros países vecinos ni en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH).

No obstante, su directa conexión con los derechos a la vida, a la integridad personal, a la libertad y autonomía reproductiva, al libre consentimiento informado -todos ellos anteriormente mencionados- y a otros que sí que están contemplados como derechos fundamentales autónomos, ha dado lugar a una rica y variada jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en la que destaca su insistencia en las

---

<sup>4</sup> Asamblea Nacional, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Caracas: UNFPA, 2007).

<sup>5</sup> BATTISTI, Alessandra, “The need to legislate and regulate obstetric violence to ensure women a real legal protection”, *Revista d'antropologia i investigació social*, N.º. 10, 2022, pp. 133-149.  
<https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/39421/37567>

<sup>6</sup> MORENO SÁNCHEZ, José Antonio, “Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones?”, *Revista CONAMED*, Vol. 28, N.º. 3, 2023.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9176255>

obligaciones, negativas y positivas, que han de observar los Estados para garantizar su efectividad, tanto en el plano de la legislación, como en el de la organización y gestión de sus sistemas de salud<sup>7</sup>.

Antes se ha mencionado que, si bien el término de violencia obstétrica no es tan bien recibido entre la comunidad española, no ocurre lo mismo fuera de sus fronteras.

La Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer de 1979, en su artículo 1 define la “discriminación contra la mujer” como:

“[...] toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”<sup>8</sup>.

Veinte años más tarde, en 1999, el Comité adoptó la Recomendación General N°24 sobre “Mujer y Salud” en la que se recalca la obligación que tienen los Estados de eliminar toda forma de discriminación hacia la mujer y, en especial, en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el postparto<sup>9</sup>.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró un documento en 2014 titulado “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, en el que declaraba que:

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> MURILLO DE LA CUEVA, Enrique Lucas, “Derechos Humanos y Atención Sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos”, *DS : Derecho y salud*, Vol. 29, N°. Extra 1, 2019, pp. 6-30.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097132>

<sup>8</sup> Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 18 de diciembre de 1979 (A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979).

<sup>9</sup> Recomendación General n° 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Mujer y Salud”, de 2 de febrero de 1999.

<sup>10</sup> Declaración de la Organización Mundial de la Salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” (WHO/RHR/14.23).

Sin embargo, como recordaba la Organización Mundial de la Salud al inicio del mismo documento:

“todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”.

Asimismo, la ONU publicó en 2019 una declaración sobre la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.

En esta declaración concluía que los Estados deberían:

“respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas”<sup>11</sup>.

Asimismo, propuso medidas para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, que varían desde el consentimiento informado hasta la prevención de la violencia obstétrica.

Y finalmente, instaba a las organizaciones internacionales a “reforzar su papel en la lucha y prevención del maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto”.

El propio Parlamento Europeo, en el año 2020, ha publicado un proyecto de informe “Sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres”. En este documento reitera, en su punto dieciseis, su solicitud a los Estados Miembros de luchar contra el abuso físico y verbal, incluida la

---

<sup>11</sup> 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. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/30/pdf/n1921330.pdf?token=ZTS9CJz1jiiin98WZNW&fe=true>

violencia ginecológica y obstétrica, que constituyen formas de violencia de género<sup>12</sup>. Este proyecto se ha aprobado solo un año más tarde, añadiendo a la cláusula ya mencionada que:

“todas las intervenciones médicas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben realizarse con el consentimiento previo, personal y basado en el pleno conocimiento de causa”<sup>13</sup>.

En Europa, el tema de la violencia obstétrica ha sido objeto de debate y acción. Hoy en día multitud de países y organizaciones internacionales han acogido el término y han tomado medidas para abordar esta problemática a través de la implementación de políticas y regulaciones que protegen los derechos de las mujeres embarazadas y garantizan un trato digno y respetuoso durante el parto. También se conocen organizaciones o grupos de activistas que día tras día tratan de crear conciencia y abogar por cambios en las políticas y prácticas de la atención médica.

Poco a poco, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos va sumando sentencias a su jurisprudencia en las que da la razón a la madre y reconoce la vulneración de sus derechos.

Por ejemplo, en el caso de *Dubská y Krejzová contra República Checa*, en el que los poderes públicos prohibieron a los profesionales sanitarios asistir partos domiciliarios, el TEDH consideró que:

“Las decisiones que afectan las circunstancias de dar a luz, incluyen la elección del lugar donde dar a luz, por lo tanto entran dentro del ámbito de la vida privada de la madre a efectos del artículo 8”<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Proyecto de Informe de la Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género “Sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres” (2020/2215(INI)).

[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/FEMM-PR-660070\\_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/FEMM-PR-660070_ES.pdf)

<sup>13</sup> Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)).

[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.pdf)

<sup>14</sup> *Dubská and Krejzová v. the Czech Republic*, 11 de diciembre de 2014

[https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/pdf/CASE%20OF%20DUBSK\\_%20AND%20KR EJZOV\\_%20v.%20THE%20CZECH%20REPUBLIC.PDF](https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/pdf/CASE%20OF%20DUBSK_%20AND%20KR EJZOV_%20v.%20THE%20CZECH%20REPUBLIC.PDF)

Dicho artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos establece que los poderes públicos no podrán injerir en el derecho al respeto de la vida privada y familiar salvo casos excepcionales. Y que:

“[...]el Tribunal encuentra que la imposibilidad de que las demandantes sean asistidas por una matrona cuando dan a luz en su domicilio, supone una injerencia en su derecho al respeto de sus vidas privadas.”

Asimismo, en el caso *Konovalova* contra Rusia, respecto al uso del procedimiento de parto como actividad educativa de estudiantes en prácticas, enfocándose desde el punto de vista del referido artículo 8 sobre la vida privada y familiar, el tribunal estableció que:

“En opinión de la Corte, la ausencia de salvaguardias contra la interferencia arbitraria en los derechos de los pacientes en la legislación nacional pertinente en ese momento constituyó una grave deficiencia”<sup>15</sup>.

Se puede ver, en suma, el cambio de mentalidad por el que está pasando Europa. Sin embargo, parece que aquí en España está costando más adecuarse a él.

En febrero de 2023 se publicó la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En esta nueva modificación no se incluyó en ninguna de sus cuarenta y seis páginas el término violencia obstétrica. Aunque sí llama la atención que, si bien se optó por no emplear el nombre, la ley describe lo que son las “intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas” y dedica un capítulo a la “protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”<sup>16</sup>.

Pero pese a la intención manifiesta del Ministerio de Igualdad de abordar la violencia obstétrica en la reforma de la ley, los intentos de llegar a un acuerdo al respecto con el Ministerio de Sanidad, que mantenía una posición similar a la del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), fueron infructuosos. Este último defendió

---

<sup>15</sup> Judgment *Konovalova v. Russia* (nº. 37873/04) - presence of medical students during child birth and privacy rights, 9 de octubre de 2014

<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2015/11/Konovalova-v-Russia.pdf>

<sup>16</sup> 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.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>



en un comunicado, solo dos años antes de la reforma de la ley, que la violencia obstétrica no existe<sup>17</sup>, y que “este concepto no se ajusta a la realidad de la asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país y criminaliza las actuaciones de profesionales”.

También la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicó en 2021 un comunicado de similar contenido. En él calificaba de “tendencioso” e “injusto” el término de violencia obstétrica por su significado jurídico doloso. Asimismo se alegaba que no debía confundirse la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas<sup>18</sup>.

Incluso el Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa, tras su visita del 21 al 25 de noviembre de 2022, elaboró un informe en el que instaba a España a regular las diferentes formas de violencia obstétrica en el parto, poniendo en el centro el derecho de la mujer al consentimiento informado. Ante estas recomendaciones, España contestó que no estaba de acuerdo con el término “violencia obstétrica” y que cree que la expresión “aplicar buenas prácticas” sería más adecuada<sup>19</sup>.

El sector científico y el sector sanitario español, en suma, no son receptivos al uso del término o a reconocer la existencia del tipo de violencia que este describe, a pesar de que España ya ha sido tres veces la destinataria de recomendaciones de la CEDAW por no proteger los derechos de la mujer a una atención obstétrica de calidad y libre de violencia.

Sin embargo, en julio de 2021, tanto la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG) como el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) han marcado su postura en un comunicado en el cual expresan el rechazo que el concepto de

---

<sup>17</sup> Comunicado del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2021  
<https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

<sup>18</sup> Comunicado S.E.G.O.: “*VIOLENCIA OBSTÉTRICA*”, 2021  
<https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-sego-julio2021.pdf>

<sup>19</sup> Report of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe following her visit to Spain from 21 to 25 November 2022  
<https://rm.coe.int/comments-by-the-government-of-spain-to-the-report-of-the-commissioner-/1680ab2dc9>

violencia obstétrica genera entre profesionales al tiempo que reconocen la pertinencia de abordarlo<sup>20</sup>.

Por tanto, si bien la posición de parte de la comunidad de profesionales sanitarios españoles no parece muy favorable, no ocurre lo mismo a nivel autonómico. En concreto, en la legislación, en la que sí que existen algunos avances. Pues ha sido la Comunidad Autónoma de Cataluña la primera en reconocer expresamente el término en el artículo 4.2 de su Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, y describe la violencia obstétrica como aquella que:

“[...] 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”<sup>21</sup>.

Aunque todavía son muchas las comunidades autónomas en las que no se emplea el término, la violencia obstétrica sí está cubierta por disposiciones legales más amplias que protegen los derechos de las mujeres, como el derecho a la integridad física y psicológica, el consentimiento informado y el acceso a una atención médica de calidad, y otros derechos fundamentales que han sido mencionados anteriormente.

Además, cabe recordar que varios entes internacionales como Naciones Unidas o el Parlamento Europeo sí que están incluyendo el concepto en sus más recientes escritos. Y la Constitución Española, en su artículo 10, establece lo siguiente:

“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de

---

<sup>20</sup> Comunicado conjunto de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) sobre la ‘violencia obstétrica’.  
<https://www.comb.cat/upload/Documents/9/3/9316.PDF>

<sup>21</sup> Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-464>

Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”

En última instancia, España deberá ajustarse al avance europeo y aceptar esta realidad, no solo por el mandato y el compromiso jurídico al que este precepto de la Constitución le vincula sino también porque parte de su comunidad ya está reconociendo la pertinencia del uso del término.

La comunidad autónoma de Cataluña ya ha dado un gran paso en esa dirección y es cuestión de tiempo que las demás opten por seguirla. No limitarse a proteger todo lo que la violencia obstétrica vulnera, sino a darle nombre a esta agresión de derechos, que poco a poco van tomando más protagonismo en la esfera jurídica española.

### **III. EL TRATAMIENTO A LA GESTANTE**

#### **1. Parto natural o por cesárea**

Tal y como se ha expuesto, la autonomía de la gestante es una premisa básica sobre la que orbitan todos los derechos relacionados con el proceso de parto. Y son muchos los aspectos que se pueden analizar al respecto.

Hace poco más de un año, el 22 de febrero de 2023, el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria sentó un precedente que hoy día ha supuesto un gran avance en el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de la mujer en consonancia con las normas internacionales. En concreto, se trata de una decisión pionera que reconoce el derecho de una mujer embarazada a elegir entre alumbramiento natural o por cesárea.

El caso se desarrolló de la siguiente manera.

La Señora Miriam, embarazada de 39 semanas y 3 días de gemelos, acudió al Servicio de Urgencias ginecológicas del Hospital Materno infantil de las Palmas por pérdida de líquido amniótico y rotura prematura de membranas. Tras la inducción del parto de forma natural, surge un indicador de posible pérdida de bienestar fetal, así como de la madre.

Tras horas de un parto natural infructuoso, se le vuelve a suministrar oxitocina para un nuevo intento de inducción del parto, sin ser informada de su situación, la de los fetos, o la de los posibles riesgos. Tampoco se le propone la alternativa de la cesárea ni se requiere su consentimiento informado en ningún momento.

Pasadas 17 horas desde la inducción, uno de los gemelos sufrió hipoxia (déficit de oxígeno), obligando a los profesionales sanitarios a realizar una cesárea de urgencia. En consecuencia, se provocaron lesiones cerebrales irreversibles en uno de los gemelos, reconociéndole el Gobierno de Canarias un grado de discapacidad del 83%.

Ante estos hechos, la madre interpuso en su propio nombre y en nombre y representación de su hijo menor (el gemelo afectado), recurso contencioso-administrativo frente a la resolución del director del servicio canario de salud por la que se desestimó la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada previamente en procedimiento administrativo.

En este caso se materializan dos infracciones; la de los derechos de información y consentimiento de la paciente ante la evolución del parto y el derecho a decidir entre las diferentes alternativas, y la de la *lex artis* al no valorarse todos los factores de riesgo así como al no haber evitado daños al feto<sup>22</sup>.

En cuanto a la primera infracción, la ley es clara. El artículo 2.3 de la LBAP, establece que:

“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.”

Al respecto, el centro sanitario alegó en su Informe de Inspección de 18/3/2019 que la paciente “se podría haber quejado o disentir pero ello no consta”. A lo que el tribunal contestó que “[c]ómo va a disentir la paciente si no se le informa de los riesgos de su

---

<sup>22</sup> MENÉNDEZ PÉREZ, Ana, “¿Vulneración del derecho a decidir entre parto natural o cesárea?: Análisis de la Sentencia 233/2023, 22 de febrero Juzgado de los Contencioso Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria”, *Revista Derecho y Genoma Humano*, Nº 59/2023, pp. 259-271

parto o de su embarazo?”, estableciendo el imperativo del libre consentimiento informado<sup>23</sup>.

Asimismo, la citada norma consagra la obligación de todo profesional de cumplir con los deberes de información clínica y respeto de las decisiones libres y voluntarias del paciente en su artículo 8. En este sentido, la doctrina jurisprudencial considera la falta de consentimiento informado como un incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, tal y como lo expuso el tribunal canario:

“[...] en las sentencias TS de 2 de octubre (RC 3925/2011 ) y 13 de noviembre de 2012 (RC 5283/2011 ) se reconoce que la falta o defectuosa información al/la paciente constituye un daño moral indemnizable como tal, argumentándose en la última de ellas: "la vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente [...]”.

Por todo ello, en el caso de la Sentencia 233/2023, 22 de febrero que se está analizando, el juzgado de lo contencioso-administrativo consideró que se trataba de un supuesto de violencia obstétrica, “reflejo de una concepción patriarcal de la mujer, desdeñosa con su capacidad de autodeterminación”, al imponer a la Señora Miriam un alumbramiento natural de más de 17 horas de duración y practicándole cesárea de forma tardía. Todo ello sin ser informada de su situación ni de la de los bebés ni de los derechos que le asistían. Es por esto que estimó el recurso contencioso-administrativo y, posteriormente, declaró la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud, al que condenó al pago de una indemnización de un millón de euros más intereses y costas.

---

<sup>23</sup> Sentencia 233/2023, 22 de febrero Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria.  
<https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Canarias/Oficina-de-Comunicacion/Archivo-de-notas-de-prensa/Un-juzgado-obliga-al-Servicio-Canario-de-Salud-a-indemnizar-a-una-mujer-por-vulnerar-su-derecho-a-decidir-entre-parto-natural-o-cesarea>

En el ámbito internacional, es necesario traer a colación los tres dictámenes que la CEDAW ha redactado concerniendo a España, en base a las quejas recibidas por las autoras una vez que estas agotaron todas las vías de recurso internas.

### *1.1. Primer dictamen de la CEDAW*

El primero de ellos se dictó el 28 de febrero de 2020, sobre un supuesto que ocurrió en 2009 en Galicia<sup>24</sup>. En este caso, la autora, estando en la semana 39+6 de gestación y al tener contracciones, acudió al hospital público simplemente para recibir orientación dado que no estaba en la fase activa de parto. Sin embargo, al llegar al hospital, fue sometida a una serie de intervenciones, todas innecesarias y realizadas sin prestarle información ni contar con su consentimiento.

Entre estas intervenciones, que afectaron muy negativamente a su salud física y psíquica, su integridad moral y la salud de su bebé, se destacan las siguientes: administración de oxitocina sintética intravenosa sin indicación, sin información y sin consentimiento; elevada frecuencia de tactos vaginales (diez en total); prohibición de acompañamiento de su pareja cuando el apoyo emocional constante durante el parto es considerado un derecho fundamental de la mujer; inmovilización, cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda caminar durante la dilatación y que cada mujer decida libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; posición de litotomía a pesar de su petición de incorporarse; parto instrumental con ventosa y episiotomía sin explicación ni información; extracción manual de la placenta sin los cuidados necesarios previos; ingreso de su hija en neonatología durante siete días; e interferencia con la lactancia materna, alegando los profesionales sanitarios que “las madres molestaban con el timbre”.

A consecuencia de los numerosos tactos vaginales, la hija fue llevada a la unidad de neonatología con 38,8° C de fiebre, causada por la bacteria *E. coli*. Y todo lo ocurrido a la autora le provocó un trastorno de estrés postraumático, necesitando además tratamiento de fisioterapia especializada.

---

<sup>24</sup> Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018.  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en)

La autora alega que el Estado parte ha vulnerado los artículos 2b), c), d) y f), y 12 de la Convención, por el trato inapropiado recibido en el momento del parto y posparto y por los recursos judiciales posteriores que han sido ineficaces. Alega también la violación del artículo 3 de la Convención por no haber podido dar a luz de manera compatible con el respeto de sus derechos humanos. Y alega finalmente la violación del artículo 5 de la Convención, relativo a la responsabilidad de los Estados para tomar las medidas apropiadas en aras de eliminar la violencia contra la mujer<sup>25</sup>.

En cuanto a las acciones civiles que la autora llevó a cabo, presentó unas quejas ante el Hospital Xeral-Calde de Lugo y ante el área de calidad y atención al paciente del Servicio Gallego de Salud; ambas quedaron sin respuesta. El 10 de octubre de 2010, presentó una queja al comité de ética del hospital, la cual quedó también sin respuesta. Al año siguiente, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública por el funcionamiento de los servicios sanitarios que, en el 2013, fue desestimada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia. El 8 de enero de 2014, interpuso una demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, que igualmente desestimaron dicho recurso. La autora apeló la resolución anterior, resultando en una desestimación por parte de la sección primera del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Finalmente, el 25 de abril de 2016, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que fue inadmitido al considerar que el caso no presentaba “especial transcendencia constitucional”.

Analizados los hechos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer dictaminó, en relación con la autora, que se le debía:

“[...] proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la autora.”

Y en general, recomendó a España “[a]segurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, en consonancia con la recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud”.

---

<sup>25</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf)

Aún hoy, la autora de la comunicación de este caso a la CEDAW sigue litigando para que la justicia española reconozca su caso y la indemnice.

### *1.2. Segundo dictamen de la CEDAW*

La segunda resolución de la CEDAW se dictó en el año 2022, sobre un caso ocurrido en 2012 en el País Vasco<sup>26</sup>. La autora presentó su Plan de Parto especificando la asistencia que deseaba salvo casos excepcionales. A pesar de que, tras romper aguas, el proceso de parto avanzaba con normalidad, el hospital decidió inducir el parto porque, según sus palabras, “nosotros no inducimos por la noche”, ignorando de esta forma el protocolo del propio hospital, que establece un período de espera de 24 horas antes de inducir el parto.

En el mencionado Plan de Parto la autora había expresado que no quería que se administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto. Por tanto, la autora no consintió a la inducción del parto, y sus repetidas solicitudes de información sobre los riesgos y sus alternativas no fueron atendidas.

Se le realizaron, además, diez tactos vaginales y, cuando la matrona le comentó la posible realización de una cesárea, la autora le pidió llorando que valorara la dilatación (que sí que era óptima para un parto natural). Sin embargo, los médicos llegaron con la decisión tomada, afirmando “cesárea sí o sí y ya”. Cuando la autora solicitó información, el médico no se la proporcionó, sino que la infantilizó contestándole “tranquila, que yo voy a cuidar de ti”.

Minutos más tarde, unos estudiantes iniciaron la operación sin el consentimiento de la autora. Los médicos tampoco permitieron al esposo de la autora estar presente. Asimismo, la autora alegó que durante ese proceso de parto le pusieron los brazos en cruz y la ataron.

Tras la finalización de la cesárea, se incumplió nuevamente el protocolo que indica que el neonato permanecerá con su madre durante las horas de reanimación inmediata, y

---

<sup>26</sup>Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019.  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F82%2FD%2F149%2F2019&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F82%2FD%2F149%2F2019&Lang=en)



el bebé fue separado de su madre para ser llevado al pediatra sin ninguna razón. Cuando lo volvieron a traer, limpio y vestido, se lo enseñaron a la altura de su mano, pero no pudo acariciarlo porque desde la operación seguía con los brazos atados. A esta separación materna se sumó la lactancia artificial, a pesar de que la familia había manifestado su intención de amamantarlo.

A raíz de lo sucedido, la autora fue diagnosticada con trastorno de estrés postraumático posparto, angustia y ansiedad anticipatoria, labilidad emocional y ánimo depresivo reactivo, y se le prescribió tratamiento ansiolítico.

En relación a las acciones que llevó a cabo la autora, esta presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública, en contra del Servicio Vasco de Salud, por mala praxis médica en la atención que recibió durante su parto. Frente al silencio administrativo la autora presentó el 25 de marzo de 2015 una demanda ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 3 de Donostia-San Sebastián, contra la desestimación presunta de su reclamación de responsabilidad patrimonial que, siete meses más tarde, sería desestimada por el Juzgado. Por tratarse de un procedimiento abreviado de cuantía inferior a 30.000 euros, en la propia sentencia se indicó que no cabía recurso ordinario alguno y, visto esto, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional que también fue desestimado.

En cuanto a las conclusiones del Comité, fueron coincidentes a las de la primera resolución previamente mencionada, aunque añadiendo la recomendación de establecer, publicitar e implementar una Carta de Derechos de los Pacientes.

### *1.3. Tercer dictamen de la CEDAW*

Finalmente, la tercera resolución se dictó en el año 2023, a raíz de un caso ocurrido en 2009 en Sevilla<sup>27</sup>. En este caso, cuando la autora acudió al hospital para dar a luz, se intervino en el desarrollo normal del parto rompiendo artificialmente la bolsa amniótica

---

<sup>27</sup> Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020.  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F84%2FD%2F154%2F2020&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2F84%2FD%2F154%2F2020&Lang=es)

y prescribiendo oxitocina sintética. En la historia clínica no se habría anotado la causa clínica necesaria para romperle la bolsa y administrarle oxitocina sintética.

Asimismo, se la obligó contra su voluntad a dilatar en posición de litotomía (la mujer embarazada se coloca en una camilla, tumbada sobre su espalda en una postura horizontal, y sus piernas se colocan apoyadas sobre las perneras de la camilla). La autora refiere que la matrona le dijo “límpiase y quédate en la cama tumbada para arriba, sin moverte y con las piernas abiertas y ligeramente flexionadas, ¡y no te muevas!”.

Posteriormente, escuchó una conversación según la cual los paritorios estarían saturados. Ante ello, se habría negado a ser operada y habría pedido a su marido que no firmara nada. Sin embargo, su oposición a la intervención quirúrgica fue ignorada, trasladándola a quirófano y extrayendo a su hija mediante cesárea.

A raíz de la deficiente asistencia recibida, la autora apenas pudo caminar, se caía con frecuencia, necesitaba ayuda de terceras personas, y presentaba dolor agudo en el abdomen, insomnio y ansiedad. Se le prescribió medicación ansiolítica y permaneció con una baja laboral prolongada. Igualmente, una especialista determinó que la autora sufría trastorno de estrés postraumático.

Tras estos sucesos, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el servicio público de salud. Frente al silencio administrativo, el 10 de mayo de 2012, la autora formalizó la demanda ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo Núm. 8 de Sevilla contra la desestimación presunta de su reclamación de responsabilidad patrimonial. El 7 de octubre de 2014 el Juzgado desestimó la demanda de la autora y, días más tarde, esta presentó recurso de apelación ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. El 20 de enero de 2016 el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía emitió sentencia desestimatoria al considerar que la comunicación al marido y a la madre de la autora de que iban a realizar la cesárea era suficiente a efectos de consentimiento informado. Finalmente, dos meses más tarde, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional que este inadmitió a trámite por entender que los hechos carecían de “especial trascendencia constitucional”.

Las recomendaciones finales del Comité fueron, una vez más, en la línea de los dos casos anteriores, añadiendo los siguientes aspectos: que se proteja a las mujeres del

maltrato, falta de respeto y abuso durante el parto en instituciones de salud; asegurar que el personal que trabaja en instituciones de salud cumpla con las obligaciones establecidas, desarrollar campañas de sensibilización sobre igualdad de género y revisar su legislación sobre la violencia por razón de género a fin de que incluya otras formas de violencia de género, como lo es la violencia obstétrica.

Vistos estos casos, y en especial la vulnerabilidad que aqueja a la mujer en todos ellos, no se puede evitar analizar la falta de respeto a la negativa de las madres a recibir determinados tratamientos. Asimismo, cabe analizar si la disposición que una persona hace sobre su propio cuerpo puede ser aceptada por el derecho en casos en que de esa decisión puedan derivarse consecuencias irremediables<sup>28</sup>.

Para que una persona rechace un intervención médica y su decisión deba ser respetada por todos los intervinientes tanto en el ámbito sanitario como fuera de él, deben concurrir dos requisitos básicos: que el paciente sea competente y que haya recibido la información adecuada<sup>29</sup>.

En el Derecho español, este derecho está recogido tanto en textos internacionales como en normas legales del Estado y de las Comunidades Autónomas.

En relación a los textos internacionales, destaca el conocido Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (en adelante, Convenio de Oviedo). Por un lado, el derecho a rechazar un tratamiento se puede deducir a partir de la necesidad de que concurra el consentimiento informado en cualquier intervención médica (art. 5), y por otro, se puede derivar de diversos artículos del Convenio Europeo de Derechos Humanos,

---

<sup>28</sup> URIA ACEVEDO, Ales, DE LAS MERCEDES, María, “La dignidad humana y el derecho de disposición sobre el propio cuerpo. Reflexiones a partir del rechazo de tratamientos médicos y los acuerdos de maternidad subrogada”, *Dikaion: revista de actualidad jurídica*, Vol. 29, Nº. 1, 2020, pp. 39-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7559958>

<sup>29</sup> ELIZARI URTASUN, Leyre, “Aproximación a la negativa del paciente a la intervención sanitaria y sus efectos”, en ALENZA GARCÍA, José Francisco, ARCOS VIEIRA, M<sup>a</sup> Luisa, “*Nuevas Perspectivas Jurídico-Éticas en Derecho Sanitario*”, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona, 2013, pp. 283-301.

aunque la doctrina ha puesto énfasis en fundamentarlo en el art. 3 (prohibición de la tortura) y en el art. 8 (derecho al respeto a la vida privada y familiar)<sup>30</sup>.

En lo que respecta al nivel estatal, este derecho se recoge expresamente en el artículo 2.4 de la ya mencionada Ley 41/2002 que afirma que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley”. Y ha sido reconocido también por el Tribunal Constitucional en su sentencia de 28 de marzo de 2011 que el rechazo puede venir determinado por los “más variados móviles y no solo por el de morir”, debiendo respetarse incluso aunque pudiera conducir a un “resultado fatal”<sup>31</sup>.

Es decir, que los motivos que llevan a un paciente a adoptar una decisión como la de rehusar una intervención, no son relevantes; incluso si son imprudentes o irracionales, pueden responder a creencias o valores ajenos a los de los profesionales<sup>32</sup>.

Finalmente, a este respecto queda mencionar que, aunque el derecho a rechazar una intervención como manifestación del consentimiento del paciente se encuentre comprendido dentro del derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE), esto no lo convierte en un derecho absoluto o ilimitado. En este sentido, la ley impone dos límites que, cabe decir, pocas veces se dan en el ámbito de un proceso de parto: cuando hay riesgo para la salud pública, y cuando existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo. Precisamente es la integridad física que se pretende proteger al imponer estos límites lo que estos mismos terminan vulnerando.

## **2. Presencia de estudiantes**

Es cierto que la presencia de estudiantes durante el parto puede ser una experiencia educativa valiosa tanto para ellos como para los profesionales médicos supervisores. Sin

---

<sup>30</sup> SEUBA TORREBLANCA, Joan C., “Rechazo de tratamientos médicos”, en GASCÓN ABELLÁN, Marina, GONZÁLEZ CARRASCO, M<sup>a</sup> del Carmen, CANTERO MARTÍNEZ, Josefa *“Derecho sanitario y bioética, cuestiones actuales”*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pp. 459-493.

<sup>31</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo de 2011.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-7626>

<sup>32</sup> ELIZARI URTASUN, Leyre, “Aproximación a la negativa del paciente a la intervención sanitaria y sus efectos”, en ALENZA GARCÍA, José Francisco, ARCOS VIEIRA, M<sup>a</sup>Luisa, *“Nuevas Perspectivas Jurídico-Éticas en Derecho Sanitario”*, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona, 2013, pp. 283-301.

embargo, no es inusual que de dicha práctica se termine derivando una falta de respeto a los derechos del paciente.

En el ámbito del proceso de parto, el ya mencionado segundo dictamen de la CEDAW del año 2022 sobre un caso ocurrido en 2012 en el País Vasco, dejaba expuesto cómo una de las vulneraciones que sufrió la autora fue precisamente la actuación y presencia de estudiantes de prácticas sin su consentimiento.

En concreto, relata que un estudiante de prácticas le realizó un tacto vaginal que le resultó extremadamente doloroso; que cuando inició el proceso de parto fueron los estudiantes los que iniciaron la operación (la cesárea) sin el consentimiento de la autora; y que un médico fue guiando todos los pasos de quienes operaron a la autora, indicando cómo debían cortar y qué estaban cortando, detalles que la autora hubiera preferido no oír. Según explica:

“Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca. Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara. Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz. El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos ‘falta el bote de la placenta’, ‘donde está la pulsera del niño’. Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse [...]. Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieron el fin de semana, hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo.”

También el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado sobre este tema en varias de sus sentencias.

En 2014 el TEDH dictó sentencia en el caso *Konovalova* contra Rusia, tal y como se ha mencionado anteriormente. Para más contexto, es pertinente relatar ciertos aspectos del caso<sup>33</sup>.

Por una parte, cuando la demandante llegó al centro hospitalario había un anuncio en la entrada que pedía a los pacientes respetar el hecho de que el tratamiento médico en

---

<sup>33</sup> Sentencia *Konovalova c. Russia*, 9 de octubre de 2014 (Demanda núm. 18968/07). <https://hudoc.echr.coe.int/eng-press?i=003-4896812-5987809>

su centro hospitalario se combinaba con la enseñanza para los estudiantes de obstetricia y ginecología y que, por todo ello, todos los pacientes debían participar en el proceso de estudio. Más adelante, fue informada de que su parto estaba programado para el día siguiente y de que la asistirían estudiantes de prácticas. Según la demandante, en la sala de partos se opuso a la presencia de dichos estudiantes durante el parto.

El tribunal pasó a aclarar en primer lugar la ley interna aplicable al caso, mencionando el Reglamento sobre la admisión de estudiantes de centros de enseñanza en instituciones de enseñanza médica para operaciones médicas a pacientes, aprobado por la Orden nº 30 del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social de Rusia de 15 de enero de 2007. Tal y como se indica en la sentencia, el párrafo cuatro del mencionado Reglamento sobre la admisión de estudiantes de instituciones de enseñanza médica secundaria y superior en operaciones médicas a pacientes establece que los estudiantes podrán participar en el tratamiento médico de pacientes bajo la supervisión del personal médico (es decir, empleados del establecimiento sanitario). Sin embargo, el Reglamento puntualiza que la participación de estos estudiantes debe tener lugar de acuerdo a los requisitos de la ética médica y que debe realizarse con el consentimiento del paciente o el de su representante.

En cuanto a la legislación internacional, el tribunal recordó que el artículo 5 del Convenio de Oviedo previamente mencionado requiere, para que una intervención en el ámbito sanitario pueda llevarse a cabo, el previo consentimiento libre e informado de la persona afectada y que esta reciba información adecuada sobre la finalidad y la naturaleza de la intervención. También recuerda que la persona interesada podrá retirar libremente su consentimiento en cualquier momento.

Asimismo, se hizo referencia a la ya citada Recomendación Nº 24 de la CEDAW, en concreto a su artículo 20, sobre la necesidad del consentimiento de la mujer respecto a tratamientos o procedimientos, y al artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) que, según el tribunal, ampara la vida privada de la persona refiriéndose, en lo que respecta a este caso, al derecho a elegir las circunstancias en que se convierte en padre o madre, y a su integridad física.

Por lo que respecta a las circunstancias del presente asunto, el tribunal señaló que, dado que los estudiantes de medicina presenciaron el parto y, por tanto, tuvieron acceso

a la información médica confidencial relativa al estado de salud del demandante, no cabía duda de que dicho acuerdo equivalió a una injerencia en la vida privada de la demandante en el sentido del artículo 8 del convenio.

En España, es la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, la que regula esta cuestión, aunque no de forma directa. Su artículo 8 establece el derecho del paciente a recibir información sobre su estado de salud, incluyendo la identificación de los profesionales que participan en su atención, lo que podría incluir estudiantes (art. 8.4), así como la premisa de poder revocar libremente su consentimiento en cualquier momento.

En resumen, aunque la Ley 41/2002 no tiene un artículo específico que regule la presencia de estudiantes, establece los principios generales sobre el consentimiento informado y el derecho a la información del paciente, que son fundamentales para determinar la participación de estudiantes en procedimientos médicos.

Asimismo, en 2017 se publicó la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Esta recoge, en el apartado tercero de su artículo 5 sobre las “Pautas de actuación en relación con la presencia de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud en los procesos asistenciales”, la siguiente premisa:

“Con carácter previo al inicio del acto asistencial el profesional responsable del mismo (especialista de la unidad, tutor o residente autorizado por su tutor) informará al paciente o su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presencien las actuaciones clínicas.”

Y continúa disponiendo que:

“De conformidad con lo establecido en el artículo 7.3 de la LOPD en relación con el artículo 8.1 de la LBAP, en el caso de que el paciente se niegue el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial.”

De estas regulaciones se puede derivar la vulneración a la intimidad que el uso del parto como actividad docente puede suponer para las mujeres gestantes, y el deber de los profesionales sanitarios de respetar dichos derechos y de recordar que, como se ha expuesto, todo paciente tiene derecho a no dar su consentimiento.

### **3. Intervenciones quirúrgicas no autorizadas**

Dentro del amplio abanico de procedimientos médicos al que las mujeres se ven sometidas cuando dan a luz, hay algunos que, si bien puede que no sean tan comunes o tan conocidos, han dado origen a varias sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, a consecuencia de la vulneración de derechos que su práctica ha ocasionado.

Así fue en el caso V. C. contra Eslovaquia de 2012. La demandante, de origen romaní, acudió al hospital con dolores debido al comienzo del parto. A su llegada, fue informada de que el parto sería por cesárea<sup>34</sup>. La demandante alegaba que, después de varias horas de parto y estando con muchos dolores, el personal médico del Hospital de Prešov le preguntó si quería tener más niños. Esta contestó afirmativamente pero el personal médico le dijo que si tenía más niños, tanto ella como el niño morirían.

La demandante comenzó a gritar y, como le convencieron de que el próximo embarazo sería fatal, les dijo a los médicos “hacer lo que tengáis que hacer”. Entonces le pidieron que firmara en el registro del nacimiento debajo de la nota que indicaba que había solicitado la esterilización. La demandante no entendió el término “esterilización” y firmó el formulario por temor a que, de otra manera, las consecuencias fueran fatales.

Posteriormente, la demandante sufrió graves problemas médicos y psicológicos derivados del procedimiento de esterilización. Asimismo, fue sometida al ostracismo por parte de su comunidad y fue repudiada por su marido a causa de su infertilidad.

Tras todo ello, presentó una demanda ante el Tribunal de Distrito de Prešov, buscando la protección de sus derechos personales. El 28 de febrero de 2006 el Tribunal de Distrito Prešov desestimó dicha demanda, y el 12 de mayo de 2006 la demandante presentó una apelación en la que posteriormente el Tribunal Regional de Prešov confirmó

---

<sup>34</sup> ASUNTO V.C. c. ESLOVAQUIA, 8 de noviembre de 2011 (Demanda núm. 18968/07).  
<https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-139413>



la sentencia de primera instancia. La sentencia de este tribunal de apelación puso fin al procedimiento civil del que la demandante podía hacer uso. A consecuencia, el 17 de enero de 2007, la demandante presentó una demanda ante el Tribunal Constitucional, solicitando que anulara la sentencia del Tribunal Regional. El 14 de febrero de 2008, el Tribunal Constitucional desestimó la demanda como carente manifiestamente de fundamento, sin embargo, un año más tarde, el 16 de junio de 2009, el Tribunal declaró la demanda admisible.

Analizados los hechos, el tribunal declaró primero, en términos generales, que en el ámbito de la asistencia médica, incluso cuando el rechazo a aceptar un determinado tratamiento puede conducir a un final fatal, la imposición de un determinado tratamiento sin el consentimiento del paciente mentalmente capaz, supondría una injerencia en su derecho a la integridad física.

En cuanto a la valoración del caso, el tribunal estableció que la esterilización constituye la mayor injerencia en el estado de salud reproductiva de una persona, ya que al tratarse de una de las funciones esenciales del cuerpo humano, influye en múltiples aspectos de la integridad personal del individuo, incluyendo su bienestar físico y mental y la vida familiar emocional y espiritual. Y que, por todo ello, dicho procedimiento debe ser interpretado como incompatible con el debido respeto a la libertad y la dignidad humana, que es uno de los principios fundamentales en los que se basa el Convenio.

Asimismo, el tribunal determinó que, dado que no existía una emergencia que supusiera un riesgo inminente de daño irreparable para la salud o la vida de la demandante, y siendo la demandante una adulta mentalmente capaz, su consentimiento informado era un requisito previo al procedimiento, incluso asumiendo que la esterilización era necesaria desde un punto de vista médico. Además, al solicitar a la demandante su consentimiento para dicha intervención mientras ella estaba de parto y poco antes de la realización de una cesárea, estaba claro que no se le permitió tomar una decisión por su propia voluntad, como sí hubiera pasado si hubiera podido examinar todas las cuestiones pertinentes, reflexionar al respecto y discutirlo con su pareja.

De similar naturaleza fue, más recientemente, el caso Y. P. contra Rusia, en el 2022<sup>35</sup>.

Cuando la demandante ingresó en el hospital fue examinada por los doctores que, tras el examen, decidieron practicar una cesárea de urgencia, ya que el estado del feto se había deteriorado y había signos de hipoxia. La demandante firmó un formulario de consentimiento para una cesárea sin esterilización. Durante la cirugía los médicos también identificaron una ruptura del útero, sin hemorragia. Se convocó urgentemente un panel médico, incluido el médico jefe del hospital y debatieron si realizar una histerectomía o suturar la rotura y conservar el útero.

Sin embargo, dadas las dos intervenciones quirúrgicas en el útero, la cesárea y la histerografía (reparación del útero), los médicos decidieron que existía un riesgo real de que el útero se rompiera en un futuro embarazo, lo que podría poner en peligro la vida de la demandante, y que, por tanto era mejor esterilizarla. A continuación, sellaron la trompa de falopio izquierda de la demandante. Según esta, al día siguiente de la operación se le comunicó que le habían esterilizado la única trompa de Falopio que le quedaba, pero no le dieron más detalles sobre el significado de la intervención. El médico responsable aconsejó a la demandante que su marido no necesitaba saber nada de la esterilización porque, según alegaba dicho profesional, los hombres tienen una visión negativa de estas cosas. La demandante afirma que no comprendió claramente las consecuencias del procedimiento.

Dos años más tarde, la demandante y su marido decidieron tener un hijo y, como no conseguía quedarse embarazada, acudió a un ginecólogo, quien le explicó que sólo podía quedarse embarazada mediante fecundación *in vitro* porque había sido esterilizada durante la cesárea de 2008.

Por todo ello, el 22 de agosto de 2011, la demandante realizó una declaración civil contra el hospital en el que habían ocurrido los hechos, que un mes más tarde fue desestimada por el Tribunal de Distrito. El 12 de diciembre de 2012, el Tribunal Regional

---

<sup>35</sup> TEDH (Sección 3a) Caso Y.P. contra Rusia. Sentencia de 20 septiembre 2022.  
<https://www.cde.ual.es/wp-content/uploads/2022/09/CASE-OF-Y.P.-v.-RUSSIA.pdf>

de Krasnoyarsk confirmó la decisión del Tribunal de Distrito en apelación, lo que puso fin a la vía civil.

Al respecto del caso, el TEDH dictaminó que la participación de las personas en la elección de la atención médica que se les presta y el consentimiento a dicho tratamiento entran dentro del ámbito de aplicación del artículo 8 del Convenio ("1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada...") y que, por tanto, habida cuenta de las circunstancias del caso, la reclamación de la demandante entra en el ámbito de aplicación de dicho artículo.

Asimismo, observó que el correspondiente formulario de consentimiento que la demandante había firmado antes de su cesárea excluía explícitamente la esterilización a la que más tarde fue sometida y que, además, el informe pericial señalaba la falta de consentimiento informado de la demandante para dicha esterilización. El tribunal no aceptó el argumento del centro hospitalario que alegaba que la esterilización de la demandante se había realizado como ampliación de la cesárea y que, por lo tanto, se podía considerar que había dado su consentimiento.

Finalmente, en consonancia con la sentencia previamente presentada del caso V. C. contra Eslovaquia de 2012, el tribunal estableció que, dado que la demandante era una paciente adulta mentalmente competente, su consentimiento informado era un requisito previo al procedimiento, aun suponiendo que dicho procedimiento fuera necesario desde un punto de vista médico.

Tanto en el caso anterior de V. C. contra Eslovaquia de 2012 como en este, el tribunal dejó claro que la realización de las esterilizaciones sin el consentimiento previo de la paciente vulneró los derechos de ésta porque en ningún momento la vida de la paciente estuvo en riesgo de muerte. Es decir, que, habiendo alternativas menos dañinas para la paciente, era imperativo que hubiera sido informada.

Finalmente, resulta interesante destacar otra de las intervenciones relacionada con el proceso de parto, aunque esta con mucho más protagonismo que la anterior. Y es que el alivio del dolor en el parto es una cuestión que no se puede ignorar pero que, a veces, puede parecer una imposición más que una opción.

Ese fue el caso de la autora del tercer dictamen de la CEDAW; el más reciente. Al margen de las vulneraciones ya mencionadas, la autora refiere que, sin haberlo solicitado, se le indicó que “si no accedía a la administración de la analgesia epidural en ese momento, cuando la desease sería tarde o no sería posible por exceso de trabajo en el servicio”. También manifiesta haber sentido temor ante dicha situación. La punción para analgesia epidural fue realizada por tres personas distintas, dos de ellas estudiantes en prácticas, y el historial clínico refiere que “la punción fue “difícil”, se produjo sangrado y el catéter tuvo que ser reinsertado en la columna varias veces”. Asimismo, la autora refiere que “me tocaron la espalda, debajo de la cintura... después de un segundo intento, le seguían unas risitas. Mientras tanto las otras mujeres, supongo que estudiantes [...] hacían comentarios muy inoportunos”. Durante la administración de nueve pinchazos escuchó cómo la tutora corregía a las alumnas hasta que finalmente esta última decidió hacer la punción lumbar ella misma. A raíz de estas actuaciones, la autora sufrió una serie de lesiones neuropáticas.

Todo lo anteriormente mencionado fue parte de lo que la interesada alegó en su reclamación inicial que, tal y como se ha explicado, fue desestimada.

#### **IV. ELECCIÓN DEL LUGAR DE ALUMBRAMIENTO**

##### **1. Jurisprudencia del TEDH**

En relación a la jurisprudencia del TEDH, es preciso exponer el caso Dubska contra República Checa de 2014.

Tras una mala experiencia durante su primer parto hospitalario en 2007, cuando la parte actora quedó embarazada por segunda vez en 2010, decidió dar a luz en casa y buscó una comadrona que la asistiera en el parto. Sin embargo, no pudo encontrar ninguna comadrona dispuesta a asistirle en un parto en casa. Frente a esta complicación, escribió a su compañía de seguros médicos y a la Oficina Regional de Liberec pidiendo ayuda para encontrar una comadrona.

La compañía de seguros respondió que la legislación checa no preveía la posibilidad de que un seguro de enfermedad cubriera los gastos derivados de los partos domiciliarios

y que, por tanto, no tenía ningún contrato con profesionales sanitarios que prestaran tales servicios. La Oficina Regional añadió que las matronas inscritas en su registro de profesionales sanitarios no estaban en ningún caso autorizadas para asistir partos en domicilios privados.

Sin ser capaz de encontrar asistencia, la parte actora terminó dando a luz a su hijo sola en casa.

El 1 de julio de 2011 presentó un recurso de inconstitucionalidad, denunciando que se le había denegado la posibilidad de dar a luz en casa con la asistencia de un profesional sanitario, en violación de su derecho al respeto de su vida privada.

El Tribunal Constitucional desestimó el recurso por considerar que sería contrario al principio de subsidiariedad que se pronunciara sobre el fondo del asunto, porque la demandante no había agotado todas las vías de recurso disponibles. No obstante, expresó sus dudas en cuanto a la conformidad de la legislación checa con el artículo 8 del Convenio y pidió a las partes pertinentes que iniciaran un debate serio y bien informado sobre la nueva legislación.

En cuanto al material internacional relevante, el tribunal sacó a colación el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (en concreto sus artículos 5, 6 y 8), la Convención sobre los Derechos del Niño (en concreto sus artículos 3, 5, 6, 18 y 24), y la ya mencionada Convención del CEDAW.

A pesar de todo, el tribunal falló doce contra cinco en contra de las pretensiones de la demandante. Es decir, la mayoría consideró que no existía una vulneración del artículo 8 del Convenio. Sin embargo, resulta interesante traer a colación las opiniones particulares de los cinco jueces que sí consideraron que hubo una vulneración.

Los cinco jueces discrepantes concluyeron que el modelo de parto de opción única previsto por la legislación checa era controvertida ya que dejaba a las futuras madres pocas opciones al margen de dar a luz en el hospital, que era problemático en sí mismo en relación con el artículo 8 de la Convención.

Asimismo, impedir a las comadronas ayudar a las madres a dar a luz en sus domicilios -en concreto, en circunstancias de embarazos de bajo riesgo y de madres no

primerizas- no estaba justificado en una sociedad democrática por ningún argumento de salud pública.

Finalmente, invitaban al legislador checo a seguir avanzando mediante la revisión constante de las disposiciones legales pertinentes, a fin de garantizar que reflejen los avances médicos y científicos, respetando al mismo tiempo plenamente los derechos de la mujer en el ámbito de la salud reproductiva, en particular garantizando unas condiciones adecuadas tanto para las pacientes como para el personal médico de las maternidades de todo el país.

## **2. STC 78/2023, de 3 de julio; atenciones post-parto en una CCAA distinta a la de residencia**

Ya en el ámbito nacional, el Tribunal Constitucional dictó sentencia por vez primera en 2023 en base a una vulneración de derechos fundamentales por la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en una comunidad autónoma distinta a la de residencia<sup>36</sup>. En concreto, el tribunal estudia la afección al contenido de los derechos fundamentales a la libertad personal en su vertiente de autodeterminación y a la intimidad personal y familiar.

Los hechos se desarrollaron de la siguiente manera.

En el tercer mes de gestación de la recurrente, las pruebas ginecológicas realizadas en el Hospital General Universitario de Santa Lucía de Cartagena detectaron una malformación en el feto de la misma naturaleza que la enfermedad de la madre (agenesia del cuerpo calloso parcial con foco de epilepsia). Durante las siguientes semanas, la recurrente se realizó diversas pruebas en una clínica privada de Madrid, tras las que se confirmó que el feto sufría la mencionada enfermedad pero en su modalidad completa (desarrollada al 90%), así como una serie de malformaciones.

Debido al avanzado estado de la gestación, la recurrente solicitó acogerse a la excepción prevista en el art. 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, vigente en aquel entonces. El comité la aprobó y le indicó que la interrupción debía llevarse a cabo en

---

<sup>36</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional 78/2023, de 3 de julio de 2023.  
[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-17864](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-17864)

Madrid ya que en Murcia (lugar de residencia de la demandante) ningún facultativo había pedido poder practicar interrupciones voluntarias del embarazo en la sanidad pública.

Una vez interrumpido el embarazo, el Hospital General Universitario Santa Lucía denegó a la recurrente el tratamiento médico y el apoyo psicológico posterior al parto, iniciándole que debería acudir a un centro especializado.

En octubre de 2015, la recurrente presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios sanitarios, alegando una vulneración de su derecho a la salud (reproductiva), a la integridad física y moral, derecho a la información, a la vida privada, a la dignidad y derecho a no sufrir discriminación (en este caso, relacionado con la objeción de conciencia a la que los profesionales sanitarios de Murcia se acogieron). Todos ellos reconocidos expresamente en el CEDH y, en consecuencia, susceptibles de protección por parte del TEDH.

Esta primera reclamación resultó desestimada por silencio administrativo negativo, frente a lo que la recurrente interpuso recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, que también terminó desestimando el recurso. Contra la sentencia se interpuso un recurso de casación, pero el Tribunal Supremo lo inadmitió.

Analizados los hechos, el Tribunal Constitucional ha reconocido que la práctica de realizar una interrupción voluntaria del embarazo en una comunidad autónoma distinta a la de residencia supone una vulneración del derecho de la recurrente a la interrupción del embarazo. En consecuencia, el tribunal indica que el Servicio Murciano de Salud debió resolver expresamente la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En cuanto a la objeción de conciencia, el Tribunal Constitucional destacó que el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios debe limitarse para que pueda hacerse compatible con los derechos fundamentales de las mujeres que opten por interrumpir voluntariamente su embarazo. En el mismo sentido se pronunció el TEDH en el asunto P. y S. contra Polonia de 2012, al considerar vulnerado el artículo 8 del CEDH<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> STEDH de 30 de octubre de 2012, asunto P. y S. contra Polonia.

Igualmente, se hizo alusión al contenido de la STC 27/2011, de 28 de marzo, en el que el Tribunal Constitucional indicaba que la privación injustificada de información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas -que es parte de lo que el servicio murciano de salud le negó a la demandante- equivalía a la privación del derecho a la integridad física del paciente.

### **3. STC 66/2022, de 2 de junio; discrepancia entre los magistrados**

De similar trascendencia al caso previamente presentado sobre la sentencia de Las Palmas acerca del derecho de la mujer a decidir si desea parir de manera natural o por cesárea, en Asturias ocurrió un supuesto de limitación a la autonomía y derechos de la gestante que ha sido examinado y juzgado por el Tribunal Constitucional en el año 2022, y que ha supuesto un avance para España en la protección de los derechos de las mujeres gestantes. Ha sido un hito en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, pues es la primera vez que este se enfrenta a la colisión del derecho a la autodeterminación de la madre con la vida del *nasciturus*. Asimismo, en el punto 2 del primer fundamento jurídico, la sentencia, admitiendo una de las alegaciones de la demanda de amparo, reconoce la especial trascendencia constitucional del recurso porque plantea un problema sobre el que no hay doctrina, y porque se trata de una cuestión de relevante y de general repercusión social y económica, añadiendo que, si bien existe reiterada jurisprudencia sobre internamientos no voluntarios en centros psiquiátricos, no ha tenido ocasión de enjuiciar el ingreso obligatorio en un centro hospitalario para llevar a efecto el parto de una mujer embarazada.

A pesar de todo, sobre esta resolución es interesante destacar que, si bien en la sentencia de Las Palmas no existieron dudas en lo que respecta a la valoración de las vulneraciones, este caso muestra una diversidad de criterios entre los magistrados del constitucional. Pues mientras que algunos de ellos valoraron que se debía desestimar el recurso por determinadas razones, el resto, o bien no estuvieron de acuerdo con sus líneas argumentativas pero sí con la desestimación, o bien no estuvieron de acuerdo ni con las argumentaciones ni con el fallo.



En este caso, el tribunal se pronuncia en amparo sobre la impugnación de los autos de 24 de abril y 15 de mayo de 2019, ambos del Juzgado de Instrucción número 1 de Oviedo en los que, respectivamente, se acordó el ingreso obligado de la gestante en el centro hospitalario para la práctica de un parto inducido, y se rechazó la nulidad del anterior<sup>38</sup>.

Ambas resoluciones del juzgado determinaron el ingreso obligado en un centro hospitalario como consecuencia de la valoración clínica de tratarse de una situación de riesgo inminente para la vida y la salud del feto, que podrían requerir de atención médica asistencial y hospitalaria.

Asimismo, la demandante también llevó a los tribunales la actuación de los servicios médicos del centro hospitalario en el que fue ingresada, haciéndolo en este caso ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Sin embargo, la sentencia del Tribunal Constitucional únicamente se pronuncia sobre las resoluciones judiciales que autorizaron el ingreso obligatorio<sup>39</sup>.

En el caso, el seguimiento del embarazo de doña C. P. se hacía en los servicios sanitarios del Hospital Universitario de Asturias, que detectaron graves anomalías en una de las revisiones, pues la gestación se estaba prolongando demasiado (superaba las cuarenta y dos semanas), ante lo que se recomendaba la inducción del parto. La mujer, que tenía intención de alumbrar en su casa, refirió que consultaría en la medicina privada y volvería, mas no contactó de nuevo con dicho servicio.

En vista de su falta de comparecencia, los responsables del servicio público dirigieron un escrito al juzgado solicitando autorización para ingresarla y, en concreto, inducirle el parto. El juzgado ordenó el traslado y la policía se personó en el domicilio de la recurrente para acompañarla en una ambulancia hasta el hospital.

Las consideraciones del tribunal arrojan luz sobre diversas materias.

---

<sup>38</sup> LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “STC 66/2022, de 2 de junio: el derecho de la gestante a elegir el lugar de nacimiento de su hijo, *Diari La Ley*, 2022

<sup>39</sup> STC 66/2022, de 2 de junio (RTC\2022\66)

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11082](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11082)

En primer lugar, se pronuncia sobre la legitimidad activa para interponer el recurso de amparo sobre la que todos los magistrados concurren. El tribunal estableció que, siendo una materia ligada estrictamente a su persona -pues la gestación y el alumbramiento comprometen, además, el sustrato corporal de la mujer y su integridad física (art. 15 CE)- es ella quien ha de proveer al respecto, por ser suyos los derechos en juego. Con lo que, atinadamente, la sentencia rechaza que la pareja de hecho de doña C. P. tenga legitimación activa para interponer un recurso de amparo<sup>40</sup>.

En relación con lo anterior, reconoce que los derechos reproductivos de la mujer forman parte de su vida íntima, por lo que es la única persona que puede tomar las decisiones que afectan a su embarazo (como es interrumpirlo, o decidir cómo y dónde alumbrará a su hijo)<sup>41</sup>.

En cuanto a la resolución judicial que acordó el ingreso obligatorio sin audiencia previa a la afectada alegando que no era necesaria ya que contaban con los informes médicos, el Tribunal admite que, en este caso, la información asistencial, con intervención de los servicios jurídicos, es equivalente al trámite de audiencia en el proceso judicial, teniendo en cuenta la necesidad de asistencia urgente, en lo que podemos denominar un argumento de voluntarismo procesal para favorecer la seguridad y viabilidad del *nasciturus*.

Ante lo que el magistrado Juan Antonio Xiol Ríos en su voto particular se pronunció objetando que esto equivaldría a decir que, existiendo un informe técnico o científico del que se diera traslado al juez, la parturienta poco o nada tendría que opinar. Peligrosa premisa ya que, según la opinión del magistrado, estableciendo esta ecuación se corre el peligro de sembrar un precedente para prescindir en lo sucesivo de la voluntad de la mujer y supeditarla a cuanto tengan a bien decidir por ella los médicos.

---

<sup>40</sup> CABEZUELO ARENAS, Ana Laura, “El derecho de la mujer a decidir sobre el parto como vertiente de su intimidad. STC 66/2022, de 2 de junio (RTC\2022\66)”, Sevilla, 2023  
<https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2023-12/40260rdpyc4303cabezuelo-arenas.pdf>

<sup>41</sup> MATIA PORTILLA, Francisco Javier, “¿Puede un órgano judicial acordar el ingreso hospitalario de una mujer embarazada sin oír a la afectada y al margen de sus competencias legales? (STC 66/2022, de 22 de junio)”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, Año nº 43, Nº 128, 2023, pp. 239-268.  
<https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2023-12/40184redc12808matiaportilla.pdf>

Asimismo, sobre este asunto el magistrado Ramón Sáez Valcárcel se pronunció estableciendo que “[t]ambién el Tribunal Europeo de Derechos Humanos exige como presupuesto de toda medida restrictiva de los derechos que proclama el Convenio de Roma la existencia de una previsión legislativa de calidad, de modo que la afectación a un derecho sin tal cobertura se considera una vulneración del Convenio.” (refiriéndose a la falta de audiencia de la demandante), y que “[n]o resulta convincente apelar al riesgo para el feto –sin perjuicio de su plausibilidad en abstracto– como impedimento para oír a la mujer embarazada cuya libertad e intimidad iba a ser sacrificada”. Por todo ello, consideró que el ingreso obligado carecía de cobertura en la ley.

Igualmente, la magistrada Inmaculada Montalbán Huertas argumentó en su voto particular la necesaria incorporación de la perspectiva de género en el ejercicio de la potestad jurisdiccional:

“En mi opinión, la decisión judicial de ingreso obligado de la recurrente en el hospital fue una medida restrictiva de sus derechos fundamentales arbitraria, así como desproporcionada (en el sentido de que supuso una excesiva intervención en la libertad personal e intimidad de la mujer) e injustificadamente limitativa del derecho de acceso a la justicia de las mujeres”.

Y objetó que “[n]o puede prescindirse de estas garantías aun cuando lo que esté en juego sean los bienes constitucionalmente protegidos del *nasciturus*”.

Incluso la magistrada Maria Luisa Balaguer Callejón admitió en su voto particular concurrente que, si bien estaba de acuerdo con el fallo, la recurrente tenía que haber sido oída. Y en el mismo sentido se pronunció el magistrado Cándido Conde-Pumpido Tourón en su voto particular concurrente.

Finalmente, parte del tribunal hace una dura crítica a la falta de regulación para casos como el acontecido. Pues, ante la ausencia de cobertura legal para casos como el acontecido, el Juzgado tuvo que usar una serie de normas análogas para fundamentar la resolución objeto de recurso.

Por una parte, el art. 158.6 CC, que habilita al juez para adoptar la suspensión cautelar de la patria potestad, y/o el ejercicio de la guarda y custodia, o la suspensión cautelar de visitar para apartar el menor de un peligro. Pero en el presente caso no existía

aún la relación paterno-filial, ya que la hija no había nacido. Por tanto, la vida del *nasciturus* no tiene propiamente encaje en el ámbito, ni en las medidas, del art. 158.6 CC.

Por otra parte, el art. 9.6 de la Ley 41/02, que tampoco podría ofrecer por sí mismo habilitación legal para que el juez adoptara una decisión restrictiva de derechos fundamentales, pues el precepto se refiere a supuestos en los que deban autorizarse intervenciones médicas por un representante legal, contemplando, especialmente, las que afecten a menores de edad. Pero éste no es un supuesto de menor de edad porque la hija aún no había nacido.

A pesar de ello, el TC determina que es preciso considerar que el órgano judicial se ha visto en la tesitura de tener que dar respuesta a una situación en la que se enfrentan derechos fundamentales y un bien jurídico constitucionalmente protegido sin contar con una previsión legal que le sirviera de fundamento a la decisión de ordenar el ingreso obligatorio de D.<sup>a</sup> CP en el centro hospitalario, cumpliendo con la obligación de resolver, y entiende que el Juzgado consideró que se trataba de una situación similar a las contempladas legalmente, y atribuyó al *nasciturus* la condición de menor que permitiera incardinar su situación a los artículos mencionados.

Sin embargo, la magistrada Balaguer Callejón, expresó en su voto particular concurrente que considera deseable que el legislador regule estos aspectos “de modo que las gestantes puedan tener la imprescindible seguridad jurídica y la necesaria previsibilidad en cuanto a las reacciones que puedan producirse por parte de los poderes públicos frente a las decisiones que adopten libremente en cuanto al proceso de su embarazo y alumbramiento”<sup>42</sup>.

En el mismo aspecto se pronuncia el magistrado Cándido Conde-Pumpido Tourón en su voto particular concurrente al señalar que ambas pretensiones carecen en nuestro ordenamiento jurídico de desarrollo legal suficiente que las avalen o las impidan (tanto la de los progenitores al querer que el parto de desarrolle en su domicilio como la de los Servicios de Salud). Sin embargo, establece que “[...] dado el riesgo inherente al avanzado estado de gestación, el deber jurídico de protección de la vida del feto era deducible de

---

<sup>42</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional 66/2022, de 2 de junio de 2022.  
[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11082](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11082)

las normas jurídicas ya indicadas. Por el contrario, la pretensión de alumbramiento en el propio hogar se encontraba y encuentra ayuna de toda regulación en nuestro ordenamiento jurídico”, y que “la decisión judicial limitativa del derecho a la libertad y la intimidad personal que no cuenta con una cobertura legal específica, pero que encuentra fundamento razonable en la actuación de deberes de protección que sí han sido reconocidos por el legislador”.

Finalmente, resulta interesante destacar las conclusiones de la ya mencionada magistrada Maria Luisa Balaguer Callejón, pues refuerzan la necesidad del legislador español de adaptarse a los criterios ajenos a sus fronteras:

“el legislador español debería atender esas indicaciones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y acometer la regulación de una realidad que resulta innegable, pero que requiere un régimen que la dote de seguridad y certeza, tanto desde la perspectiva de las mujeres gestantes como desde la de los profesionales que puedan atenderlas [...]”.

## **V. CONCLUSIONES**

En el transcurso de este trabajo sobre la limitada autonomía de la gestante en las decisiones en torno al parto, se han identificado varias conclusiones significativas que arrojan luz sobre esta problemática y sus implicaciones en el ámbito obstétrico y jurídico.

Se ha confirmado que el ejercicio de la autonomía de la gestante durante el parto está respaldado por una serie de derechos fundamentales reconocidos tanto a nivel nacional como internacional, tales como el derecho a la autonomía, a la intimidad, a la integridad física y psicológica, y a recibir un trato digno y respetuoso. Sin embargo, se ha identificado la necesidad de una mayor claridad y precisión en la normativa jurídica para garantizar una protección efectiva de la autonomía de la gestante en el ámbito obstétrico, tal y como lo han expuesto varios magistrados del Tribunal Constitucional en la sentencia 66/2022.

Se ha visto cómo el término de violencia obstétrica cada vez va alcanzando más protagonismo y reconocimiento principalmente en las esferas internacionales, y cómo cada vez más organismos van determinando la necesidad de su uso. En el caso concreto

de España, si bien todavía parte de la sociedad de médicos rechaza su uso, parece que poco a poco se va abriendo paso en su legislación, como es el caso de Cataluña.

Asimismo, se ha evidenciado que existen múltiples barreras y desafíos que obstaculizan la capacidad de las mujeres gestantes para ejercer su autonomía durante el proceso de parto. Entre estas barreras se incluyen la falta de información adecuada, la comunicación deficiente entre los profesionales de la salud y las gestantes o la imposibilidad de decidir si rechazar un tratamiento o no, como puede ser la realización de una cesárea o una esterilización forzosa.

Finalmente, se ha dejado entrever que, si bien en las más recientes sentencias parece que los tribunales españoles se decantan por estimar las pretensiones de las madres, todavía hay ciertos aspectos en los que se generan discrepancias. Tampoco hay que olvidar la necesidad a la que se han venido sometiendo varias mujeres de acudir a medios internacionales como la CEDAW o el TEDH tras las múltiples desestimaciones del sistema jurídico interno de su país.

En resumen, se concluye que la limitada autonomía de la gestante en las decisiones en torno al parto plantea importantes desafíos desde una perspectiva jurídica, que requieren una respuesta adecuada por parte de los legisladores, los profesionales de la salud y la sociedad en su conjunto.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

ALEMANY, Macario, “El paternalismo médico”, en GASCÓN ABELLÁN, Marina, GONZÁLEZ CARRASCO, M<sup>a</sup> del Carmen, CANTERO MARTÍNEZ, Josefa “*Derecho sanitario y bioética, cuestiones actuales*”, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pp. 745-789

AMÉZQUITA CÁRDENAS, Luisa Fernanda, “Actuar de Enfermería en el parto: dilemas del deber ser y hacer”, *Revista Ciencia y Cuidado*, Vol. 20, Nº. 2, 2023, pp. 87-95  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8935634>

CABEZUELO ARENAS, Ana Laura, “*El derecho de la mujer a decidir sobre el parto como vertiente de su intimidad. STC 66/2022, de 2 de junio (RTC\2022\66)*”,

Sevilla, 2023 <https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2023-12/40260rdpyc4303cabezuelo-arenas.pdf>

ELIZARI URTASUN, Leyre, “Aproximación a la negativa del paciente a la intervención sanitaria y sus efectos”, en ALENZA GARCÍA, José Francisco, ARCOS VIEIRA, M<sup>a</sup>Luisa, “*Nuevas Perspectivas Jurídico-Éticas en Derecho Sanitario*”, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona, 2013, pp. 283-301

ELIZARI URTASUN, Leyre, “El derecho a rechazar intervenciones médicas”, en “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*”, dir. por M. L. Arcos Vieira, Editorial Aranzadi S.A., Pamplona, 2016, pp. 158-175

GAONA CANTE, Martha, ZAPATA DURÁN, Roberto Wesley, GONZÁLEZ VICTORIA, Rosa María, “Victimización y necesidad de protección jurídica a la mujer embarazada”, *Revista Inclusiones: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, Vol. 6, N<sup>o</sup>. Extra 17, 2019, pp. 349-368  
<https://revistainclusiones.org/pdf32/21%20VOL%206%20NUM%204%20GIRALDO2019OCTUBDICIEMB19INCL.pdf>

JIMÉNEZ RODRÍGEZ, José Manuel, “El derecho de información de los usuarios o pacientes. Más allá del consentimiento informado”, *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum*, N<sup>o</sup>. Extra 4, 2022, pp. 151-170  
<https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/633/727>

JIMÉNEZ SÁNCHEZ, Carolina, “La violencia obstétrica como violación de derechos humanosel caso S.F.M. contra España”, *Revista Deusto de Derechos Humanos*, N<sup>o</sup>. 7, 2021, pp. 157-178 <https://djhr.revistas.deusto.es/article/view/1962/2581>

LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente, “STC 66/2022, de 2 de junio: el derecho de la gestante a elegir el lugar de nacimiento de su hijo”, *Diario LA LEY*, 2022

MARTÍNEZ SAN MILLÁN, Carmen, “España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer n<sup>o</sup>154/2020, de 23 de febrero de 2023”, *Revista de Estudios Europeos*, 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9129889>

- MATIA PORTILLA, Francisco Javier, “¿Puede un órgano judicial acordar el ingreso hospitalario de una mujer embarazada sin oír a la afectada y al margen de sus competencias legales? (STC 66/2022, de 22 de junio)”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, Año nº 43, Nº 128, 2023, pp. 239-268 <https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2023-12/40184redc12808matiaportilla.pdf>
- MENÉNDEZ PÉREZ, Ana, “¿Vulneración del derecho a decidir entre parto natural o cesárea?: Análisis de la Sentencia 233/2023, 22 de febrero Juzgado de los Contencioso Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria”, *Revista Derecho y Genoma Humano*, Nº 59/2023, pp. 259-271
- MORENO SÁNCHEZ, José Antonio, “Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones?”, *Revista CONAMED*, Vol. 28, Nº. 3, 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9176255>
- MURILLO DE LA CUEVA, Enrique Lucas, “Derechos Humanos y Atención Sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos”, *DS : Derecho y salud*, Vol. 29, Nº. Extra 1, 2019, pp. 6-30 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097132>
- PARICIO DEL CASTILLO, Rocío, CANO LINEARES, María de los Ángeles, “Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto”, *iQual: revista de género e igualdad*, Nº. 7, 2024, pp. 18-37 <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/139674/1/2RocioApariciViolenciaobst%c3%a9tric18.pdf>
- RAMÍREZ SAUCEDO, María Daniela, HERNÁNDEZ MILER, César, CEBALLOS GARCÍA, Grey Yuliet, “La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres”, *Revista CONAMED*, Vol. 26, Nº. 3, 2021, pp. 149-155 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8088967>
- SEUBA TORREBLANCA, Joan C., “Rechazo de tratamientos médicos”, en GASCÓN ABELLÁN, Marina, GONZÁLEZ CARRASCO, M<sup>a</sup> del Carmen, CANTERO MARTÍNEZ, Josefa “*Derecho sanitario y bioética, cuestiones actuales*”, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pp. 459-493



TORRES DÍAZ, María Concepción, “Sobre el derecho de las mujeres a decidir entre parto natural o por cesárea; Comentarios a la Sentencia 38/2023, de 22 de febrero, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria”, *Diario LA LEY*, N° 10313, 2023

URIA ACEVEDO, Ales, DE LAS MERCEDES, María, “La dignidad humana y el derecho de disposición sobre el propio cuerpo. Reflexiones a partir del rechazo de tratamientos médicos y los acuerdos de maternidad subrogada”, *Díkaion: revista de actualidad jurídica*, Vol. 29, N°. 1, 2020, pp. 39-65 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7559958>

## **VII. RELACIÓN DE JURISPRUDENCIA**

- TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS
  - Sentencia Dubská y Krejzová c. the República Checa, 11 de diciembre de 2014
  - Sentencia Konovalova c. Rusia, 9 de octubre de 2014 (Demanda núm. 18968/07)
  - Sentencia V. C. c. Eslovaquia, 8 de noviembre de 2011 (Demanda núm. 18968/07)
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL
  - STC 78/2023, de 3 de julio de 2023
  - STC 66/2022, de 2 de junio de 2022
- JUZGADO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
  - Sentencia 233/2023, 22 de febrero Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5 de Las Palmas de Gran Canaria

## **VIII. OTROS DOCUMENTOS**

- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 18 de diciembre de 1979 (A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979)
- Recomendación General nº 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Mujer y Salud”, de 2 de febrero de 1999
- Declaración de la Organización Mundial de la Salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” (WHO/RHR/14.23).
- Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI))
- Comunicado del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2021
- Comunicado S.E.G.O.: “*VIOLENCIA OBSTÉTRICA*”, 2021
- Comunicado conjunto de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) sobre la ‘violencia obstétrica’
- Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018
- Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019
- Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020