

## Jurisprudencia / Case Law Notes

# Ingreso Forzoso durante el Parto: Entre la Autonomía Materna y la Violencia Obstétrica. Análisis de la STC 11/2023, de 23 de febrero\*

Adrián Romero Berenguel\*\*

Investigador predoctoral  
Universidad de Zaragoza

---

### Palabras clave

Autonomía materna  
Embarazo  
Parto domiciliario  
Ingreso forzoso  
Consentimiento informado  
Derechos Fundamentales  
Violencia obstétrica

**Resumen:** El presente trabajo analiza la Sentencia del Tribunal Constitucional español 11/2023, de 23 de febrero, en la que dirime la constitucionalidad de las actuaciones sanitarias tras un ingreso forzoso a una embarazada postérmino cuya voluntad era poder dar a luz en su domicilio y asistida de matronas privadas contratadas a tal efecto. Sin embargo, el parto terminó siendo hospitalario y a través de cesárea en el Hospital Universitario Central de Asturias.

### Keywords

Maternal autonomy  
Pregnancy  
Home birth  
Compelled hospitalization  
Informed consent  
Fundamental rights  
Obstetric violence

**Abstract:** This paper scrutinizes the Judgment of the Spanish Constitutional Court 11/2023, dated February 23, which determines the adherence to the Constitution of health actions following the compelled hospitalization of a post-term pregnant woman whose wish was to give birth at home, attended by privately engaged midwives. Notwithstanding the foregoing, the delivery ended up taking place in a hospital and via cesarean section at the Central University Hospital of Asturias.

---

\* El presente comentario se ha elaborado en el marco del Proyecto de Investigación «El Derecho Penal ante los retos actuales de la Biomedicina (DERPEBIO)» Referencia: PID2022-136743OB-I00. Proyectos de Generación de Conocimiento 2022. Entidades financiadoras: MCIN / AEI / y FEDER Una manera de hacer Europa.

\*\* **Correspondencia a / Corresponding author:** Adrián Romero Berenguel. Investigador predoctoral. Universidad de Zaragoza – adrian.romero@unizar.es – https://orcid.org/0009-0002-3687-8993

**Cómo citar / How to cite:** Romero Berenguel, Adrián (2024). «Ingreso Forzoso durante el Parto: Entre la Autonomía Materna y la Violencia Obstétrica. Análisis de la STC 11/2023, de 23 de febrero», *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 60, 153-165. (https://doi.org/10.1387/rdgh.27371).



**Sumario / Summary:** 1. Planteamiento de la cuestión. —2. Descripción de los hechos. —3. Líneas argumentativas. —4. Resolución del Tribunal Constitucional. —5. Votos particulares. —6. Reflexiones.

## 1. Planteamiento de la cuestión

El Tribunal Constitucional emitió sentencia para el recurso de amparo núm. 899-2021, promovido por Andrea, Gerard (nombres ficticios), y la hija de ambos, contra la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias, ejecutada por el Hospital Universitario Central de Asturias (en adelante HUCA). La sentencia aborda cuestiones de Derechos Fundamentales en el contexto de la atención médica durante el embarazo y el parto.

El 24 de abril de 2019, el subdirector de servicios quirúrgicos y críticos del área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias, tras recibir un informe del jefe de obstetricia del HUCA, solicitó al Juzgado de Guardia de Oviedo la emisión de una orden de ingreso forzoso para Andrea. Esta petición se basó en los graves riesgos alegados para la vida del feto, debido a la decisión de la paciente de llevar a término la gestación en su domicilio, vía vaginal y asistida por matronas particulares. Todo ello a pesar de encontrarse en la semana 42 + 3<sup>1</sup> y tener otros factores de riesgo como obesidad y tabaquismo, lo cual incrementa notablemente el riesgo de hipoxia y sufrimiento fetal.

El mismo día, el Juzgado de Guardia dictó auto ordenando el ingreso forzoso de Andrea en el HUCA para el manejo expectante o la práctica de un parto inducido si éste fuese necesario, invocando el artículo 9 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, y los artículos 29 y 158 del Código Civil. Esta decisión se tomó debido a los riesgos de hipoxia fetal y muerte intrauterina asociados a una gestación prolongada.

Tras un inicio de parto espontáneo, el mismo terminó en cesárea. La actuación médica del HUCA fue recurrida ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Oviedo, a través del procedimiento especial de protección de Derechos Fundamentales. Dicho recurso fue desestimado en primera instancia y confirmado por el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Asturias. Tras ello, la pareja acudió en amparo por la lesión de los artículos 14, 15, 17 y 21 CE, invocando una discriminación por razón de sexo, y sendas lesiones a la integridad física, a la intimidad personal y familiar y a la libertad ideológica.

La presente sentencia, debe de cohonestarse con una anterior<sup>2</sup>, en la que el Tribunal Constitucional desestimó el primer recurso de amparo que la gestante interpuso contra la autorización de ingreso forzoso, y en la que se consideró que la injerencia se encontraba dentro del marco constitucional<sup>3</sup>.

## 2. Descripción de los hechos

Andrea, estaba controlando su embarazo por los servicios médicos del HUCA y, simultáneamente, había contratado a una matrona privada con el fin último de poder dar a luz en su domicilio particular.

<sup>1</sup> En obstetricia, se emplea la fórmula semanas (n.º) + días (n.º) para saber la edad gestacional. Se considera embarazo post-término a partir de la semana 42 de gestación.

<sup>2</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional 66/2022 de 2 junio. ECLI:ES:TC:2022:66.

<sup>3</sup> Es por lo que, en la presente sentencia analizada, se recurren los actos médicos, al haberse ya dilucidado si el ingreso en contra de la voluntad de la gestante había vulnerado Derechos Fundamentales.

El 23 de abril de 2019, Andrea y su pareja acudieron al HUCA con el objetivo de realizar un control de bienestar fetal. Ello por el hecho de haber sobrepasado la semana 42 de gestación. En esta visita, el jefe de servicio de obstetricia les comentó que debido a que se encontraban ante una gestación posttérmino, se proponía la inducción del parto o, en su defecto, prolongación del monitoreo con estricto control del bienestar fetal. La pareja manifestó que tenían que consultarlo con los profesionales privados que también se encontraban controlando el embarazo. No obstante, no volvieron a contactar con este servicio médico.

Un día más tarde, el jefe de sección de obstetricia del HUCA remitió al subdirector de servicios quirúrgicos y críticos del área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias un informe sobre la paciente.

A la vista de ese informe, el subdirector, dirigió un escrito al Juzgado de Guardia de Oviedo en el que, tras referir las conclusiones del jefe de sección de obstetricia y de acompañar el informe que este le había enviado, expuso que la paciente había manifestado su voluntad de llevar a término su gestación en su domicilio, por parto natural asistida por matronas. Que habiendo resultado infructuosos todos los intentos practicados por los facultativos de la sección de obstetricia para prevenirle acerca de la necesidad de ingresar en el hospital para inducción inmediata del parto, y dados los posibles riesgos derivados para la vida del feto, se trasladaba al juzgado el conocimiento de esta situación, sugiriendo la adopción de orden de ingreso obligado para la práctica inmediata de parto inducido.

El Juzgado de Guardia dictó auto el mismo día, en el que consideró aplicable al caso el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como los artículos 29 y 158 del Código Civil. Asimismo, estimó procedente acceder a lo interesado. Por ello, acordó el ingreso forzoso de Andrea, para la práctica, de ser necesario, de un parto inducido. Igualmente, resolvió oficiar a la Policía Local de Oviedo para que acompañara a la gestante al HUCA en vehículo medicalizado.

El ingreso en el HUCA se realizó a las 17:30 horas del día 24 de abril. Una hora más tarde, el letrado de la administración de justicia del juzgado se personó en las dependencias hospitalarias para notificar a la paciente el auto del Juzgado. A las 20:56 horas, Andrea fue ingresada en planta, sin custodia policial y permitiéndosele pasear fuera de su habitación.

A partir de los informes del gerente del área sanitaria en relación con la historia clínica, se desprende la siguiente información relevante de su estancia hospitalaria:

- El día 25 de abril, Andrea se encontraba en la semana 42+4 de gestación y presentaba contracciones espontáneas<sup>4</sup>. Se les explicó la necesidad de realizar pruebas para evaluar el estado fetal que entienden y aceptan. Se les informó de la posible necesidad de realización de más pruebas para confirmar el bienestar del feto. La paciente permite la exploración pélvica mostrando una pelvis capaz encontrándose la gestante en fase de latencia, previa al parto activo.
- El parto se inicia de manera espontánea sin administración de oxitocina en ningún momento tal y como recogía el plan de parto.
- Andrea refiere dolor intenso resistente a medidas no farmacológicas y solicita analgesia epidural. Se solicita analgésica, se avisa a anestesia que informa aporta consentimiento y firma Andrea.
- El cardiotocograma<sup>5</sup> del feto muestra períodos prolongados de 40 minutos de variabilidad mínima sin ascensos en la frecuencia fetal tras la estimulación de la cabeza fetal. Este signo se asocia a trazado poco

---

<sup>4</sup> Las contracciones espontáneas son indicativas del inicio de un parto natural.

<sup>5</sup> Método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones de la embarazada.

tranquilizador y requieren la realización de una determinación de pH de sangre de calota fetal<sup>6</sup>. Se explica a la paciente y acompañante (en este caso la matrona que le acompañaba en su domicilio) que entiende y acepta. El resultado de la prueba es normal.

- El parto no progresa de forma adecuada desde su primera exploración. La paciente presenta prurito tras la analgesia epidural. Ante una posible reacción alérgica el servicio de anestesia la suspende. Andrea solicita otro tipo de analgesia y, de entre las que se le ofrecen como alternativa, la paciente opta por morfina IV<sup>7</sup>.
- Las contracciones se incrementan de forma espontánea hasta alcanzar la taquisistolia<sup>8</sup>. Este hecho, asociado a una presentación anómala del feto, lleva a un diagnóstico de útero de lucha, ante una desproporción pelvifetal de estrecho superior, con deterioro de la frecuencia cardíaca fetal<sup>9</sup>.
- A pesar de la analgesia administrada la paciente refiere dolor asociado a estado emocional muy comprometido. Pregunta *motu proprio* por la posibilidad de realizar una cesárea.
- Se le indica cesárea por detención del primer periodo de parto y se administra profilaxis de endometritis con cefazolina. La paciente y pareja entienden y aceptan verbalmente la indicación, que por otro lado ya tiene firmada en el consentimiento<sup>10</sup>.
- A las 1:40 horas nace su hija en presentación cefálica con *caput succedaneum*<sup>11</sup> con indicadores de calidad neonatal normales.

### 3. Líneas argumentativas

#### 3.1. Recurrente

La señora Andrea señala que el acto impugnado es la vía de hecho del Servicio de Salud del Principado de Asturias, ejecutada por el servicio de partos del HUCA. Se destaca que, durante este proceso, se impusieron tratamientos forzosos a la recurrente. Ello sería el propio ingreso forzoso, los tactos vaginales innecesarios, la presencia de personal en formación, así como la imposibilidad de volver a su domicilio una vez iniciado el parto espontáneo.

La demanda sostiene que las intervenciones médicas forzadas y las decisiones judiciales posteriores fueron discriminatorias por razón de sexo. Se argumenta que tanto las acciones del personal médico como las resoluciones judiciales hicieron prevalecer los intereses del feto sobre los derechos y la autonomía de la recurrente como mujer embarazada sin que hubiese una base legal para ello. También se sostiene que se vulneró el derecho a la autonomía y al consentimiento informado de la recurrente en el ámbito sanitario. Se argumenta que, a pesar de ser una mujer adulta y capaz, se le negó el derecho a tomar decisiones activas y completamente informadas sobre su embarazo y parto. Se critica la limitación automática de los derechos de las mujeres embarazadas en caso de riesgo relativo, considerándola discriminatoria y vaciadora de contenido de los Derechos Fundamentales aducidos.

Por otro lado, argumenta que fue sometida a un trato inhumano y degradante. Se menciona específicamente que el hecho de que se realizaran intervenciones médicas sin su consentimiento tuvo un impacto ne-

<sup>6</sup> Esta determinación se lleva a cabo obteniendo una muestra de sangre del cuero cabelludo del feto.

<sup>7</sup> Un opioide administrado de manera endovenosa como analgésico.

<sup>8</sup> Patrón patológico con más de 10 contracciones en 20 minutos, por lo que no permite una correcta oxigenación del feto.

<sup>9</sup> Indicador de sufrimiento fetal.

<sup>10</sup> Debe indicarse que, si bien firman los consentimientos, en el plan de parto, se descartaba la cesárea salvo riesgo vital para la madre o el feto.

<sup>11</sup> Colección de líquido subcutáneo que resulta de la presión durante el parto a medida que sale la cabeza. No suele asociar complicaciones.

gativo en su integridad física y psíquica, conllevando una depresión posparto. También se alega que se vulneró el derecho a la intimidad personal de la recurrente y su familia, ya que el embarazo y el parto forman parte de la intimidad personal. Se sostiene que las acciones del personal médico y las autoridades sanitarias violaron este derecho al no respetar las decisiones y preferencias durante el proceso de la atención médica, puesto que ella quería participar activamente en la toma de decisiones. Se sostiene que la recurrente fue tratada de manera discriminatoria por expresar una preferencia diferente a la convencional en relación con el lugar de nacimiento de su hijo y que la actuación ante esta decisión fue de todo punto desproporcionada.

### **3.2. Juzgado de lo Contencioso Administrativo**

En primera instancia<sup>12</sup>, se concluyó por parte del tribunal que el parto se inició de forma espontánea, sin administración de oxitocina en ningún momento, respetándose las decisiones de la madre. Además, la paciente, su pareja y la matrona que la acompañaba fueron permanentemente informados durante el proceso de parto.

A pesar de la administración de analgesia, la paciente preguntó sobre la posibilidad de realizar una cesárea, siendo informada de que existía una indicación médica, máxime al tratarse de una gestación con factores de riesgo, como obesidad, tabaquismo y una gestación postérmino.

El ingreso hospitalario de la paciente se consideraba necesario no solo para inducir el parto, sino para el manejo expectante del mismo. Es por esta razón por la que se consideró que la actuación de los servicios médicos fue diligente, profesional y responsable, anteponiendo la vida y la salud del feto a cualquier otro interés.

Los tactos vaginales fueron necesarios para el diagnóstico de la evolución del parto, y se destaca que se ofreció a la paciente que este procedimiento lo realizara cualquier obstetra o matrona presente en el área de partos, no así su matrona particular como se había solicitado. Esto se fundamentó en que el servicio público de salud no puede ser interferido por la actuación de terceros sujetos privados, y que la exigencia de que el tacto vaginal lo realizara una matrona privada es contraria a la lógica de la actuación sanitaria pública.

### **3.3. Tribunal Superior de Justicia de Asturias**

Ante el recurso planteado el TSJ de Asturias estableció<sup>13</sup> que el parto hospitalario fue la respuesta adecuada a los problemas del parto en una ponderación de valores y derechos objeto de protección.

No se privó a los padres de su derecho de elección entre diferentes alternativas, pero se estableció que el parto hospitalario fue la solución más apropiada dadas las circunstancias<sup>14</sup>.

No se realizaron intervenciones sin consentimiento explícito, puesto que la cesárea se llevó a cabo con el consentimiento y a petición de la madre y con la finalidad de preservar la vida de ambas.

Se ofreció a Andrea la posibilidad de que los tactos vaginales fueran realizados por personal femenino del centro, lo cual descarta la idea de una imposición indebida de procedimientos médicos, aunque no fueran realizados por su matrona de confianza y que había contratado. Esto es porque se debían de respetar los protocolos y formas de proceder del propio hospital.

---

<sup>12</sup> Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-administrativo n.º 3 de Oviedo núm. 164/2019 de 10 de septiembre.

<sup>13</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias (Sala de lo Contencioso-Administrativo) núm. 84/2020, de 11 de febrero.

<sup>14</sup> Aunque ninguna de esas alternativas contemplaba salir del recinto hospitalario que era la verdadera voluntad de Andrea.

### 3.4. Ministerio Fiscal

En el recurso de amparo, el Ministerio Fiscal argumenta que la actuación administrativa no vulnera el derecho a la igualdad y no discriminación por razón de sexo. Ello porque no se evidencian indicios de trato discriminatorio por ser mujer embarazada. El ingreso hospitalario de la recurrente estuvo justificado por un grave riesgo de muerte intrauterina para el feto<sup>15</sup>, y las intervenciones médicas posteriores fueron necesarias para garantizar la salud de la madre y el bebé. Además, no se muestra que las exploraciones médicas fueran realizadas sin el consentimiento de la recurrente, quien estuvo acompañada en todo momento y prestó su consentimiento informado. Por lo tanto, no se puede considerar que la actuación médica haya sido discriminatoria por razón de sexo.

En cuanto a la discriminación indirecta, se sostiene que las medidas adoptadas respondieron a un juicio de proporcionalidad adecuado en una ponderación entre el derecho de la madre gestante y el derecho a la vida y salud del *nasciturus*. El ingreso hospitalario obligado se consideró necesario para garantizar la vida del bebé ante un riesgo alto de hipoxia fetal, y la intervención médica posterior se realizó en función de la evolución del parto. Por lo tanto, no se puede considerar que exista discriminación indirecta por razón de sexo.

Además, se rechaza la vulneración de otros Derechos Fundamentales como la intimidad personal y familiar, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, y la libertad ideológica. Se argumenta que la restricción del derecho de la madre a elegir el lugar de parto se produjo en un contexto de riesgo para la vida y salud de ambos, por lo que la citada injerencia fue justificada y proporcionada<sup>16</sup>.

## 4. Resolución del Tribunal Constitucional

El Tribunal Constitucional destaca la dignidad, como valor jurídico fundamental, relacionándola estrechamente con el libre desarrollo de la personalidad, constituyendo la base de los Derechos Fundamentales.

Previamente al examen de las lesiones denunciadas, el Tribunal recuerda<sup>17</sup> que ya confirmó la constitucionalidad de las resoluciones judiciales que autorizaron el ingreso forzoso en el HUCA<sup>18</sup>, considerando constitucional las injerencias producidas en cuanto a los derechos a la libertad personal y a la intimidad.

En relación con el derecho a la igualdad y no discriminación por razón de sexo, destaca que el tratamiento diferenciado debe estar justificado por criterios objetivos y razonables, y que la discriminación por razón de sexo también abarca situaciones relacionadas con el embarazo y la maternidad.

Respecto al derecho a la integridad física y moral, argumenta que cualquier actuación médica que afecte a la integridad personal debe contar con el consentimiento informado del paciente o estar constitucionalmente justi-

---

<sup>15</sup> Sin embargo, según estudios actualizados, la tasa de muerte intrauterina es baja. En la semana 42, la tasa de muerte intrauterina es de 1,3 a 1,9 por cada 1000 embarazos en curso. Esto supone una tasa inferior al 0.2%. Bien es cierto que deben ponderarse otros factores de riesgo asociados como la obesidad y el tabaquismo que pueden afectar al riesgo relativo. Norwitz, Errol R. «Embarazo postérmino». UpToDate, 14 de abril de 2024. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/embarazo-postermino-uptdate-actualizado/269521036> [Última consulta: 10 de junio de 2024].

<sup>16</sup> Sin embargo, no se aportan datos que cuantifiquen dicho riesgo *ex ante* al ingreso forzoso.

<sup>17</sup> En el fundamento jurídico primero.

<sup>18</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 66/2022 de 2 junio. ECLI:ES:TC:2022:66.

ficada<sup>19</sup>. En este punto, el Tribunal Constitucional, considera que las actuaciones han sido consentidas, pese a haberse solicitado el alta voluntaria, puesto que consintió verbalmente y por escrito y, además, fue la misma paciente la que solicitó la anestesia para posteriormente preguntar por la posibilidad de realizar una cesárea<sup>20 21</sup>.

En relación con la decisión de la recurrente de dar a luz en casa, destaca que la elección del lugar de parto está vinculada al derecho a la vida privada y que debe equilibrarse con el interés general de preservar la salud y la vida de la madre y el hijo. Esto es, que debe realizarse una correcta ponderación de los Derechos Fundamentales que han de ser protegidos.

En relación a lo anterior, recoge la doctrina del TEDH al interpretar el artículo 8 CEDH en relación al deseo de las mujeres embarazadas de realizar el parto en sus domicilios familiares<sup>22</sup>. Se desarrolla que estas sentencias se refieren al análisis de los obstáculos que las legislaciones nacionales de determinados Estados Miembros imponen a las gestantes que desean dar a luz en los domicilios, extrayendo de las mismas que el derecho a la vida privada incluye el derecho a elegir las circunstancias en las que se desea dar a luz. No obstante, el TEDH también ha destacado que este derecho a elegir el modo de parto nunca es absoluto y está sujeto al cumplimiento de ciertas condiciones médicas, debiéndose verificar que la decisión de la embarazada de dar a luz en el domicilio familiar está en justo equilibrio con el interés general de preservar su vida y salud y la del *nasciturus*<sup>23</sup>.

Reconoce también que en reacción al trato en el hospital de las mujeres gestantes se han pronunciado diferentes organismos internacionales, recordando que no le corresponde al tribunal el examen de la observancia de estos textos internacionales, sin perjuicio de que deban ser interpretados de conformidad con los mismos<sup>24</sup>.

El Tribunal Constitucional concluye que de la historia clínica y de los hechos probados por las sentencias se desprende que hubo consentimiento informado y que la mujer estaba en plenas condiciones en cuanto a su capacidad para tomar decisiones.

Respecto al trato denigrante que se denunciaba también en la demanda de amparo, determina que son afirmaciones subjetivas que no se encuentran respaldadas por un acervo probatorio suficiente y que esas afirmaciones contradicen los datos que aparecen en la historia clínica<sup>25</sup>.

---

<sup>19</sup> El debate surge debido a que el embarazo y el parto son los únicos momentos en la vida del ser humano en que las decisiones médicas tienen repercusión en un tercero de manera directa.

<sup>20</sup> En este punto no se valora la posibilidad de encontrarse en un entorno coactivo. Además, hay autores que defienden que entornos hostiles aumentan la producción de adrenalina, frenando así la evolución fisiológica del parto por una disminución de la producción endógena de oxitocina. Lemay, G. «La naturaleza de parir y nacer». Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/2.-%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer\\_Gloria%20Lemay.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/2.-%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer_Gloria%20Lemay.pdf) [Última consulta: 9 de junio de 2024].

<sup>21</sup> En el propio prospecto de la adrenalina empleada como fármaco se establece que: «No se recomienda su uso durante el parto, ya que su acción relajante de los músculos del útero puede retrasar la segunda etapa, al inhibir las contracciones espontáneas o inducidas por oxitocina, e incluso puede llegar a causar atonía uterina prolongada con hemorragia si las dosis son altas». El Vademécum establece que: la adrenalina inhibe las contracciones espontáneas o inducidas por la oxitocina del útero humano gestante y puede retrasar la segunda fase del parto.

<sup>22</sup> Corte Europea de Derechos Humanos. «Sentencia del caso Dubská y Krejzová c. República Checa», «Sentencia del caso Ternovszky c. Hungría», «Sentencia del caso Pojatina c. Croacia» y «Sentencia del caso Kosaitè-Čypienè».

<sup>23</sup> Sin embargo, esta verificación no se produce en el caso en que la embarazada no tenga la diligencia debida y no realice ningún tipo de control del embarazo.

<sup>24</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). «Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)». Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cedaw\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf) [Última consulta: 7 de junio de 2024].

<sup>25</sup> Hay que tener en cuenta que, en la historia clínica de una paciente, los profesionales tienden a ser especialmente exquisitos en la redacción de elementos subjetivos.

El bien constitucionalmente merecedor de protección en el presente caso, es la vida y salud del feto, declarando que es un bien legítimo cuya protección encuentra fundamento constitucional. Luego, analizó si la actuación de la administración sanitaria vulneró los derechos fundamentales de la recurrente, concluyendo que no hubo discriminación por razón de sexo ni vulneración de los derechos a la autonomía, consentimiento informado, igualdad o no discriminación.

El Tribunal rechaza las afirmaciones de la demanda sobre trato discriminatorio, humillaciones, burlas, amenazas o coacciones, al considerar que el acervo probatorio era insuficiente y contradecían los datos de la historia clínica. También se refuta la alegación de violación del derecho a la intimidad personal, así como los argumentos relacionados con el ingreso y el mantenimiento del mismo. En conclusión, el Tribunal desestima el recurso de amparo presentado y que se resume en la siguiente afirmación: (...) «de la documentación aportada se desprende que la recurrente consintió las actuaciones médicas a las que tuvo que ser sometida a la vista de las circunstancias concurrentes. Constatado el consentimiento de la recurrente, queda vacía de contenido su alegación sobre el supuesto trato discriminatorio que alega haber sufrido, puesto que lo justifica la recurrente en la lesión de su derecho a decidir cómo quería que transcurriera el parto. Como ha quedado acreditado, a la vista de las delicadas circunstancias que rodearon el parto, todas las actuaciones médicas a las que tuvo que ser sometida la recurrente para la protección de su propia salud y del nasciturus, fueron debidamente explicadas por el servicio médico y consentidas por la recurrente».

## 5. Votos particulares

La sentencia contiene cuatro votos particulares, dos de los cuales consideran que el recurso debió ser estimado, mientras que los restantes disienten con la fundamentación.

### 5.1. Magistrada Doña Inmaculada Montalbán Huertas

A la cabeza de los diferentes votos particulares emitidos en la presente Sentencia, encontramos el voto particular de la magistrada Inmaculada Montalbán Huertas. En él, la magistrada expresa su discrepancia con la sentencia que desestima el recurso de amparo presentado por Andrea.

La magistrada argumenta que la sentencia no reconoce adecuadamente el contexto coactivo en el que la mujer prestó su consentimiento a los tratamientos médicos, lo que invalida la supuesta libertad y conciencia en su decisión. Destaca la importancia de considerar el proceso del embarazo y el parto como eventos de gran trascendencia en la vida de la mujer, que afectan tanto a nivel físico como emocional e identitario.

Además, señala que el objeto del recurso de amparo no puede desvincularse de las circunstancias específicas del caso, donde la actuación de las autoridades sanitarias y judiciales estuvo interrelacionada, contribuyendo a la situación de la demandante. Destaca la importancia del consentimiento informado válido en el ámbito sanitario y la necesidad de respetar la autonomía de la mujer gestante en la toma de decisiones durante el parto.

La magistrada critica que la sentencia no aborda adecuadamente la cuestión central del caso: si el consentimiento de la demandante fue realmente libre en un contexto de privación de libertad. Argumenta que la prevalencia de la protección del *nasciturus* no puede justificar la vulneración de los derechos fundamentales de la mujer gestante.

Finalmente, la magistrada sostiene que la información proporcionada a la demandante, por parte del personal médico y por ende su decisión, estuvo condicionada por la orden judicial de ingreso forzoso, lo que cuestiona la validez del consentimiento obtenido.

## 5.2. Magistrada Doña María Luisa Balaguer Callejón

La magistrada Doña María Luisa Balaguer Callejón argumenta que la delimitación del objeto de ambos recursos de amparo genera una quiebra lógica que no se supera en la sentencia, lo que perturba el razonamiento del caso.

Crítica que la sentencia no considera adecuadamente la noción de violencia obstétrica y ginecológica ni tiene una perspectiva feminista al analizar la denuncia de discriminación por razón de sexo.

Señala que la sentencia omite el análisis de dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que establecen la relación entre la violencia obstétrica y la discriminación de género, así como la importancia del consentimiento informado en los servicios de salud reproductiva.

En resumen, este voto particular argumenta que la sentencia no aborda adecuadamente la cuestión de la violencia obstétrica ni tiene en cuenta la perspectiva feminista en el análisis de la denuncia de discriminación por razón de sexo. Además, critica la omisión del análisis de dictámenes del Comité CEDAW<sup>26</sup>, los cuales exclusivamente son nombrados y cuya observancia no se considera pertinente.

## 5.3. Magistrado Don Ramón Sáez Valcárcel

El magistrado Don Ramón Sáez Valcárcel coincide con la desestimación de la demanda de amparo. Sin embargo, no está de acuerdo con la justificación dada. Considera que el problema constitucional central es la autonomía personal de la mujer gestante y su capacidad para decidir libremente sobre el tratamiento médico durante el parto, lo que está amparado por el artículo 15 de la Constitución Española.

Destaca que la demandante fue internada contra su voluntad en el hospital por orden judicial, lo que afectó su capacidad para decidir sobre el proceso de parto. Critica que la sentencia no tome en cuenta este aspecto y señala que en un recurso anterior formuló un voto particular disconforme por entender que el internamiento involuntario carecía de habilitación legal y se había adoptado sin la debida audiencia de la demandante.

La sentencia debería haberse centrado exclusivamente en el derecho a la autonomía personal de la demandante, sin hacer extensas referencias al derecho de la mujer gestante a decidir sobre el lugar y forma del parto. Destaca que el conflicto reside en el consentimiento al tratamiento médico, no en otros aspectos.

Argumenta que, a pesar del contexto emocional y psicológico intenso, la demandante era competente para decidir sobre los tratamientos e intervenciones médicas ofrecidas durante el parto. Destaca que consta en la historia clínica que la demandante firmó los documentos pertinentes, fue informada y acompañada por su compañero sentimental en cada momento crítico del proceso de parto. Considera que, aunque el contexto era restrictivo, la demandante tenía margen de libertad para decidir entre las opciones terapéuticas presentadas por el personal médico, dentro de los límites establecidos por los protocolos, aunque no recogieran su voluntad principal de realizar un parto domiciliario.

---

<sup>26</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

## 5.4. Magistrado Don Juan Carlos Campo Moreno

Por otra parte, hallamos el voto particular emitido por el magistrado Juan Carlos Campo Moreno. Aunque está de acuerdo con el fallo de desestimar el recurso, discrepa con la argumentación utilizada. Mientras la mayoría del Pleno se centró en la supuesta discriminación por razón de sexo en el caso, el magistrado considera que la falta de delimitación de los derechos fundamentales en juego afectó la coherencia del análisis.

En su opinión, la sentencia debería haber comenzado con una delimitación clara de los derechos fundamentales relevantes, especialmente el derecho a la integridad física. Sin embargo, la argumentación se centró en la discriminación por razón de sexo, basada en el hecho de que las intervenciones médicas afectaban exclusivamente a mujeres. Esta perspectiva no consideró adecuadamente el papel central del consentimiento en las acciones médicas, el cual es esencial para proteger la integridad física de la persona.

El magistrado critica que la sentencia no realizó una delimitación adecuada de los derechos fundamentales invocados, sino que adoptó automáticamente el planteamiento de la parte actora sobre la discriminación por razón de sexo. Esto llevó a una falta de claridad en el análisis y a una omisión de consideraciones importantes sobre el consentimiento y la integridad física.

El magistrado establece como elemento nuclear la importancia del consentimiento del paciente en cualquier intervención médica como un derecho fundamental inherente a la integridad física. Este derecho implica la facultad del paciente para decidir libremente sobre los tratamientos que afectan su cuerpo. La falta de consentimiento informado equivale a una limitación del derecho a decidir sobre la actuación médica, lo que afecta directamente a la integridad física protegida por la Constitución.

En el presente caso, se discute si hubo una «asistencia médica coactiva» que vulneró el derecho fundamental a la integridad física debido a la falta de consentimiento informado. Aunque se considera la conexión de las intervenciones médicas con la condición de mujer de la paciente, el problema principal es la privación del derecho a decidir sobre su cuerpo, directamente vinculado al artículo 15 de la Constitución Española. Por lo tanto, el Tribunal debería haber analizado el caso desde la perspectiva de este precepto constitucional.

## 6. Reflexiones

El fallo del Tribunal Constitucional en este caso establece un precedente significativo sobre los límites y obligaciones de los servicios de salud pública en relación con la autonomía de los pacientes y el respeto a sus decisiones, siempre bajo el prisma de garantizar la seguridad y bienestar tanto de la madre como del feto. Establece que, aunque la autonomía de la paciente es fundamental, puede ser limitada legítimamente en circunstancias excepcionales para proteger vidas en riesgo, siempre asegurando el debido proceso y las pertinentes garantías.

El texto destaca un conflicto profundo entre los derechos de autonomía y consentimiento informado de una mujer embarazada y las decisiones médicas y judiciales materializadas, que priorizan la salud y la vida del feto. La demanda subraya la importancia de respetar los deseos de la madre, tal como se expresa en su plan de parto, y de garantizar que las intervenciones médicas se realicen únicamente con consentimiento informado y plenamente válido, salvo en situaciones de emergencia claramente justificadas. Situación que a juicio de la gestante no se produjo en ningún momento.

Además, se aborda el problema de la discriminación estructural y de género en el ámbito sanitario, así como el paternalismo instaurado, sugiriendo que las decisiones médicas y judiciales pueden estar influenciadas por estereotipos de género y un paternalismo obstétrico que subestiman la capacidad de decisión de las mujeres embarazadas.

La sentencia permite profundas reflexiones sobre la materia, máxime cuando en la misma constan cuatro votos particulares que disienten tanto en la desestimación como en la forma argumentativa y elementos nucleares que han de ser valorados.

En primer lugar, se debe recalcar el contexto actual en el que la autonomía, el empoderamiento del paciente y los derechos de las mujeres embarazadas están adquiriendo relevancia social. Este paradigma choca frontalmente contra el paternalismo asistencial y la medicalización de los procesos fisiológicos. Es por ello por lo que se debe ser extremadamente riguroso en la justificación de la limitación del derecho de autonomía de la mujer embarazada.

En este punto, nace la duda de si el argumento esgrimido judicialmente en relación a la existencia de un grave riesgo para el feto de muerte intrauterina, es tan evidente como se argumenta. Atendiendo a los últimos datos actualizados, si bien se duplica el riesgo de muerte fetal intrauterina en la semana 42 de gestación, dicho riesgo asciende a un 0.2%<sup>27</sup>. En un juicio probabilístico realizado *ex ante* a la injerencia en los derechos de la mujer embarazada, ¿cuál sería el porcentaje de riesgo permitido a partir del cual se debería limitar la voluntad y autonomía de la gestante?

Una vez que se ha respondido a la pregunta anterior, debería valorarse si la citada limitación tiene carácter universal o no. Es decir, una gestante que no ha tenido ningún tipo de control del embarazo y por lo tanto jamás ha acudido o ha tenido contacto con un centro sanitario ¿va a ver su autonomía limitada de la misma manera que una mujer que sí lo ha hecho y *a priori* ha sido más diligente? ¿El hecho de acudir a controles en centros privados necesariamente tendría las mismas consecuencias que el acudir a centros públicos? Si en las competencias específicas de las matronas se establece que éstas están capacitadas para: «detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas»<sup>28</sup>, ¿contratar a una profesional en el domicilio que sepa cuándo acudir a un centro hospitalario si el parto no progresa adecuadamente, debería limitar las injerencias a los derechos de la embarazada al tratarse de una actuación profesional y diligente? Ninguna de estas preguntas ha sido respondida por parte del tribunal, el cual se ha limitado a ponderar bienes constitucionalmente protegidos.

Al terminar el parto en una cesárea, *ex post* parece que la justificación del tribunal es correcta, puesto que se ha salvado la vida tanto de la gestante como del feto. No obstante, teniendo en cuenta que la adrenalina es una hormona antagonista de la oxitocina (hormona que desencadena el curso de un parto vaginal), ¿puede aseverarse con una probabilidad rayana en la certeza que, sin el estrés de un ingreso forzoso, el parto no hubiese seguido un curso normal?

Estas cuestiones deben de plantearse y resolverse con una argumentación pormenorizada, máxime cuando no hay una habilitación legal expresa que permita la limitación de derechos. En este punto, el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, permite prescindir del consentimiento cuando existe un riesgo inmediato y grave para la integridad del enfermo. Habría que dilucidar qué se entiende por inmediato y grave y si permitiría extenderlo al único caso posible a fecha actual en el que existe un tercero cuya integridad depende de una actuación médica.

En relación con lo anterior y, tal y como exponen algunos votos particulares, se debe poner especial énfasis en la valoración del consentimiento informado de la mujer gestante. Si bien terminó solicitando la cesárea

---

<sup>27</sup> Pudiendo verse matizado por otros factores de riesgo en cuanto a datos de salud maternos.

<sup>28</sup> Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

ella misma y firmó el consentimiento informado, en el plan de parto, únicamente quería dicha intervención en caso de riesgo grave para su salud o la del feto. Al hilo de lo anteriormente expuesto, debería de valorarse si efectivamente ese riesgo vital era tan evidente, si el parto hubiera seguido un curso vaginal en su domicilio de no haberse realizado el ingreso forzoso y si ese consentimiento pudo verse alterado por el contexto de encontrarse en un entorno coactivo que hiciera decaer las notas de «pleno, libre y anticipado» que ha de tener el citado consentimiento.

También debería reflexionarse acerca del acervo probatorio en relación a las humillaciones y al trato vejatorio. En los dos primeros votos particulares se argumenta que no se ha tenido en cuenta la perspectiva feminista en la resolución del caso, en tanto que pudiera llegar a ser considerado como un caso de violencia obstétrica. Hay varias posturas en relación con esta consideración. Por un lado, hay autores que consideran la violencia obstétrica como una modalidad de discriminación institucional y paternalista que se sustenta en el género, llegando incluso a considerarla una modalidad de violencia de género<sup>29 30 31</sup>. En contraposición, nos encontramos con autores o entidades que afirman que no existe, sino que se deben a prácticas rutinarias en la relación de confianza médico-paciente<sup>32 33</sup>.

En relación a lo *ut supra* referenciado, debe valorarse que ha recordado el propio tribunal que no le corresponde el examen de la observancia de estos textos internacionales, sin perjuicio de que deban ser los hechos interpretados de conformidad con los mismos. Es por ello por lo que, existiendo numerosos documentos supranacionales en relación a la violencia obstétrica, podría llegar a cuestionarse si se ha resuelto desde una perspectiva de género. De no ser así, y teniendo en cuenta que es difícil que, en la historia clínica, los propios profesionales dejen constancia documental de tratos vejatorios realizados por el propio equipo, ¿sería suficiente como fuente probatoria el mero testimonio de la víctima como sí puede llegar a serlo en procesos penales de violencia de género cuando éste cumpla con los requisitos establecidos?

Como último punto de reflexión, podría plantearse cuál fue el motivo del aviso del HUCA al Juzgado de Guardia. ¿Fue un motivo puramente asistencial o para evitar las consecuencias jurídicas de una eventual omisión? En el caso de que fuese la segunda de las opciones, hay autores que defienden que la posición de garantía respecto al feto recae en el facultativo cuando la madre se entrega al tratamiento médico, siempre y cuando estas intervenciones médicas no afecten de ningún modo a la integridad corporal de la mujer en contra de su voluntad. Se defendería entonces que la posición de garantía se configura a través de la mujer embarazada, quien tiene una especial responsabilidad para con el recién nacido. Precisamente a causa de

<sup>29</sup> GARCÍA, Eva Margarita «La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales», 2018. Disponible en el repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf) [Fecha de última consulta: 30 de mayo de 2024].

<sup>30</sup> SIMONOVIC, Dubravka «A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence», Report of the Special Procedure of the Human Rights Council, 2019. Disponible en diferentes idiomas en la biblioteca digital de las Naciones Unidas: [https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en&\\_gl=1\\*pwo27r\\*\\_ga\\*MTI2NzUxMTM1Ni4xNzEwNzU1MjEy\\*\\_ga\\_TK9BQL5X7Z\\*MTcxOD-A5OTk2OC40LjEuMTcxODEwMDA3OS4wLjAuMA..&v=pdf#record-files-collapse-header](https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en&_gl=1*pwo27r*_ga*MTI2NzUxMTM1Ni4xNzEwNzU1MjEy*_ga_TK9BQL5X7Z*MTcxOD-A5OTk2OC40LjEuMTcxODEwMDA3OS4wLjAuMA..&v=pdf#record-files-collapse-header) [Fecha de última consulta: 17 de mayo de 2024].

<sup>31</sup> BRIGIDI, S., POLO, A., MENA-TUDELA, D., MEDINA-PRADAS, C. (2023). Violencia ginecológica-obstétrica. *Psicosomática y Psiquiatría*, (n.º 27). Disponible en: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum2708> [Fecha de última consulta: 10 de junio de 2024].

<sup>32</sup> CHERVENAK, F. A., MCLEOD-SORDJAN, R., POLLET, S. L., DE FOUR JONES, M., GORDON, M. R., COMBS, A., BORNSTEIN, E., LEWIS, D., KATZ, A., WARMAN, A., GRÜNEBAUM, A. Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3S), S1138-S1145. Disponible online en Sciencedirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937823007329?via%3Dihub> [Fecha de última consulta: 1 de junio de 2024].

<sup>33</sup> Diferentes comunicados de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O)

sus definitivas facultades de decisión, se podría fundamentar su responsabilidad, incluso penal, en caso de que la gestante rechace conscientemente tratamientos de carácter necesario, al regresar a ella la posición de garantía<sup>34</sup>. Es por ello, por lo que el desplazamiento de la posición de garante solamente se hubiera materializado en el médico, pudiendo configurar una eventual responsabilidad del profesional, en el hipotético caso de que la madre hubiera aceptado someterse plenamente a la intervención sanitaria. Por el contrario, la posición de garantía no se habría visto desplazada de la madre si la misma hubiera querido, de manera libre y consciente, quedarse en su domicilio bajo cualquier circunstancia y el parto no hubiera tenido buen curso. En el supuesto de haberse producido esta última situación, podría derivarse una eventual responsabilidad de la propia madre que voluntariamente ha decidido rechazar cualquier tipo de intervención necesaria y, con dicha renuncia, ha producido un perjuicio a la vida del feto.

---

<sup>34</sup> IMMERMANN, Frank, «¿Punibilidad por asistencia terapéutica en el parto? Protección y límites del derecho de autodeterminación de la embarazada durante el parto», en KUDLICH, Hans / MONTIEL, Juan Pablo / ORTIZ DE URBINA GIMENO, Íñigo, *Cuestiones actuales del Derecho penal médico*, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, Madrid, España, 2017, pp. 99-105.