



Roj: STS 15/2026 - ECLI:ES:TS:2026:15

Id Cendoj: **28079110012026100013**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **13/01/2026**

Nº de Recurso: **6629/2020**

Nº de Resolución: **9/2026**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJPI, Madrid, núm. 38, 18-09-2019 (proc. 381/2017),**

SAP M 11591/2020,

ATS 14565/2022,

STS 15/2026

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 9/2026

Fecha de sentencia: 13/01/2026

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 6629/2020

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 17/12/2025

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD. PROVINCIAL DE MADRID, SECCIÓN 19.^a

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 6629/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 9/2026

Excmas. Sras. y Excmos. Sres.

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Manuel Almenar Belenguer



D.ª Raquel Blázquez Martín

En Madrid, a 13 de enero de 2026.

Esta Sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por D.ª Modesta, representada por la procuradora D.ª Raquel Cano Cuadrado, bajo la dirección letrada de D.ª Francisca Fernández Guillén, contra la sentencia dictada por la Sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Madrid, el 14 de octubre de 2020, en el recurso de apelación n.º 780/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 318/2017, del Juzgado de Primera Instancia n.º 38 de Madrid. Ha sido parte recurrida D.ª Remedios, representada por la procuradora D.ª Nuria Feliú Suárez y bajo la dirección letrada de D. Carlos E. León Retuerto; y D.ª Eva, representada por la procuradora D.ª M.ª Soledad Castañeda González y defendida por D.ª Isabel Burón.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- La procuradora D.ª Raquel Cano Cuadrado, en nombre y representación de D.ª Modesta, interpuso demanda de juicio ordinario contra D.ª Remedios y D.ª Eva, en la que solicitaba al juzgado:

«(i) se declare que la actuación médica no se ha ajustado a la *lex artis* en sus aspectos clínicos; (ii) se declare que no ha cumplido tampoco con los requisitos de información y consentimiento previstos en la ley y la jurisprudencia; y (iii) se condene a las demandadas a indemnizar a la actora en la cantidad de 305.911 euros (trescientos cinco mil novecientos once euros) más los intereses legales desde la fecha del parto hasta aquélla en que se produzca el pago efectivo, y a las costas de este procedimiento si se opusiera a esta demanda».

2.- La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 38 de Madrid y se registró con el n.º 381/2017. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de las partes demandadas.

3.- La procuradora D.ª M.ª Isabel Campillo García, en representación de D.ª Eva, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

«[d]icte sentencia, por la que se desestime en su totalidad la demanda, con imposición de costas a la parte actora».

La procuradora D.ª Nuria Feliú Suárez, en representación de D.ª Remedios, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

«[d]icte sentencia por la que desestime íntegramente la demanda, absolviendo a mi representada de todas las pretensiones deducidas, con expresa imposición de costas».

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 38 de Madrid dictó sentencia de fecha 18 de septiembre de 2019, con la siguiente parte dispositiva:

«Uno.- con estimación de la demanda interpuesta por doña Modesta, representada por la procuradora doña Raquel Cano Cuadrado, contra doña Remedios representada por la procuradora doña Nuria Feliú Suárez, y doña Eva representada por la procuradora doña María Isabel Campillo García;

»Dos.- declaro que la actuación médica objeto de la demanda no se ha ajustado a la "lex artis" en sus aspectos clínicos, así como que no ha cumplido tampoco con los requisitos de información y consentimiento previstos en la ley y la jurisprudencia;

»Tres.- y condeno a doña Remedios y doña Eva a indemnizar a la actora en la cantidad de TRESCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS ONCE EUROS (305.911,00), más los intereses legales desde la presentación de la demanda el 20.4.2017, y, desde la sentencia, de los intereses de la mora procesal, del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

»Cuatro.- por último, condeno a las demandadas al pago de las costas».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por las representaciones respectivas de D.ª Remedios y D.ª Eva.

2.- La resolución de estos recursos correspondió a la sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Madrid, que los trató con el número de rollo 780/2019, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 14 de octubre de 2020, cuya parte dispositiva dispone:



«FALLAMOS:

»Que DEBEMOS ESTIMAR Y ESTIMAMOS los recursos de apelación interpuestos por las representaciones procesales de Dª Remedios y de Dª Eva , contra la sentencia de 18 de septiembre de 2019, dictada en los autos civiles 381/2017 del Juzgado de Primera Instancia número 38 de Madrid, y en consecuencia procede REVOCAR la expresada resolución, y en su lugar se desestima la demanda sin condena en costas en primera instancia ni en esta alzada».

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación*

1.-La procuradora D.ª Raquel Cano Cuadrado, en representación de D.ª Modesta , interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

«Primero.- Al amparo del apartado 4º del art. 469.1 LEC, se denuncia la infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia en relación al art. 348 LEC, por arbitrariedad que consiste en valorar hechos de naturaleza clínica de forma contraria a las conclusiones de los tres peritos intervenientes y vulneración del derecho de la actora a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE».

«Segundo.- Al amparo del apartado 2º del art. 469.1 LEC, se denuncia la infracción del art. 218.2 LEC, en relación con el art. 348 LEC, por falta de motivación de la marginación de la prueba pericial practicada a instancias de la actora, y que había merecido más confianza al Juzgador de instancia, sin motivarlo. La Sentencia de apelación no contempla los distintos elementos fácticos en su conjunto y no se ajusta a las reglas de la lógica y la razón, todo lo cual incide en un vicio de falta de motivación causante de indefensión».

«Tercero.- Al amparo del art. 469.1.2ª, se denuncia la infracción de las reglas sobre carga de la prueba del art. 217.7 LEC en relación al plano en el que se encontraba el feto cuando se decidió realizar la "prueba de parto" y posterior intento de extracción fetal mediante el uso de ventosa».

«Cuarto.- Al amparo del apartado 4º del artículo 469.1 LEC, se denuncia la vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en el artículo 24 CE por valoración absurda, ilógica y arbitraria de la prueba e infracción del art. 326 LEC. No se tiene en cuenta el contenido de la Historia Clínica y se justifica la adopción de la decisión de extraer al feto en función de un dato (pH al nacer) que se obtuvo después del nacimiento. Se confunden las causas con las consecuencias. La temperatura materna de 35,5 es irrelevante, no tiene entidad de fiebre y en su caso se trata con paracetamol y no con fórceps. Todo ello comporta una infracción del derecho de la actora a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE y le causa indefensión».

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Al amparo del art. 477.2.3º de la LEC, se denuncia la infracción de los arts. 4.1, 8 y 9.2 b) LBRAP y la doctrina jurisprudencial de esta Sala sobre necesidad y requisitos del consentimiento informado, plasmada entre otras muchas en las sentencias 0487/1995, de 24 de mayo, 784/2003, de 23 de julio, 3/2001, de 12 de enero, o 652/2006, de 26 de junio, por inaplicación de los requisitos para que la eximente de urgencia opere como eximente de las obligaciones relativas al consentimiento informado».

«Segundo.- Al amparo del art. 477.2.3º LEC, se denuncia la infracción del art. 10 LBRAP. El interés casacional se justifica por la oposición de los razonamientos de la Sentencia de apelación a la doctrina jurisprudencial plasmada en las Sentencias de esta Sala 416/2001, de 27 de abril, STS de 29 de mayo de 2003, Rec. 3119/1997, y 1132/2006, de 15 de noviembre, que se acompañan como documentos 6, 7 y 8».

«Tercero.- Al amparo del art. 477.2.3º de la LEC, en relación al art. 5.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial (LOPJ), se denuncia la infracción del art. 14 CE, por inaplicación de los arts. 4, 8 y 9.2 b) LBRAP, art. 10.1 CE, doctrina del Tribunal Constitucional plasmada en las Sentencias 132/1989, de 18 de junio y 37/2001, de 28 de marzo, arts. 12, 18 a 20, 25, 28 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, arts. 3, 4, 5, 8 y 9 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950, arts. 2, 5, 6 y 8 del 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, de 4 de abril de 1997 (el Convenio de Oviedo), así como de los art. 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención para la eliminación de la discriminación sobre la mujer (la Convención CEDAW), en la interpretación que hace el Comité para la eliminación de la discriminación sobre la mujer (el Comité CEDAW), en la Decisión CEDAW/C/75/D/138/2018 (la Decisión CEDAW).

»Justificación del interés casacional en ausencia de doctrina jurisprudencial específica sobre la ausencia de consentimiento informado de la mujer gestante y la discriminación por razón de género».



2.-Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 19 de octubre de 2022, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1º) Admitir los recursos de casación y extraordinario por infracción procesal interpuestos por la representación procesal de D.^a Modesta contra la sentencia dictada en segunda instancia, el 14 de octubre de 2020, por la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 19.^a, en el rollo de apelación n.^º 780/2019, dimanante del juicio ordinario n.^º 381/2017, seguido ante el Juzgado de Primera Instancia n.^º 38 de Madrid.

»2º) Y entréguese copias del escrito de interposición de los recursos formalizados por la parte recurrente, con sus documentos adjuntos, a las partes recurridas personadas, para que formalicen su oposición por escrito en el plazo de veinte días.

»Contra esta resolución no cabe recurso alguno».

3.-Se dio traslado a las partes recurridas para que formalizaran su oposición, lo que hicieron mediante la presentación de los correspondientes escritos.

4.-Por providencia de 3 de noviembre de 2025 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver los recursos sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 17 de diciembre del presente, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Antecedentes relevantes

Versa el presente proceso sobre una reclamación de daños y perjuicios en cuantía de 305.911 €, por la supuesta mala praxis médica sufrida por la demandante, en el Hospital DIRECCION000 de Madrid, como consecuencia de la asistencia y atención ginecológica dispensada en el parto instrumental con mecanismos de fórceps y ventosa, que determinaron el padecimiento de un síndrome miofascial, además de la lesión del derecho al consentimiento informado.

A los efectos decisarios del presente recurso partimos de los siguientes antecedentes relevantes:

1.º-El embarazo de la demandante D.^a Modesta fue seguido en el Hospital DIRECCION000 de Madrid. El curso del embarazo fue controlado por facultativas de dicho centro y con tal finalidad se practicó una ecografía en la semana trece, analítica de cribado de malformaciones genéricas del primer trimestre, ecografía de las veinte semanas de gestación, test de O' Sullivan o de sobrecarga oral de glucemia, ecografía obstétrica, informe preanestésico, y resultado del cultivo recto vaginal preceptivo para diagnosticar la presencia de estreptococo, todos ellos con resultados dentro de la normalidad.

2.º-D.^a Modesta , de 29 años, ingresó, el NUM000 de 2014, en el referido hospital con una gestación de 40 semanas, tensión arterial de 120/70, con el antecedente de un incremento ponderal de 11.8 kg, y un cultivo recto vaginal previo para estreptococo betahemolítico del grupo B, negativo.

3.º-Tras el examen correspondiente, la Dra. Salome acuerda ingreso en el box de urgencias, con una dilatación de 3-4 cm., y un registro topográfico en el que se pone de manifiesto la presencia de contracciones cada 5 minutos, con una ecografía obstétrica que informa de un feto acorde con la edad gestacional y un peso estimado de 3.840 gr. En el box es recibida por la matrona, que practica monitorización.

4.º-Durante el periodo de dilatación, la gestante permanece monitorizada, durante aproximadamente 640 minutos, con alguna interrupción mínima, que comienza a las 20:59 horas, con FCF (frecuencia cardiaca fetal) normal; dinámica uterina presente (2-3 contracciones cada 10 minutos).

A las 22:20 horas, se inicia administración de anestesia epidural.

A las 22:30 horas, consta progresión del periodo de dilatación con características de la FCF dentro de la normalidad, así como dinámica uterina franca y correctamente registrada sin anormalidades.

A las 4:30 horas del día NUM000 , se lleva a efecto nueva exploración obstétrica comprobando dilatación completa, la posición y el plano de la presentación del feto: OIIT (occípito-iliaca izquierda transversa) y en II Plano de Hodge. Temperatura: 37.7°C; TA 124/80.

5.º-Desde las 4:30 a las 7 horas del NUM000 de 2014, D.^a Modesta presentó unas contracciones rítmicas, regulares, con buena intensidad y no existió ningún tramo de taquisistolia (actividad uterina excesiva), ni hipertonia.



Durante ese tiempo, el registro cardiotopográfico presentó un patrón sin signos de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Llegados a ese punto, a las 7:05 horas, la matrona ordena que pase la paciente al paritorio a los efectos de practicar contracciones dirigidas, y dado el estancamiento del parto las demandadas deciden la práctica de parto instrumental. Y, de esta forma, en la historia clínica consta:

7:30 horas expulsión fetal, médicas asistentes doctoras Eva y Remedios .

Tipo de parto: Fórceps de Kjelland, en otra documentación clínica consta el empleo previo de ventosa, anestesia: epidural, episiotomía: sí; desgarro: sí, alumbramiento: espontáneo, placenta completa y membranas íntegras, cordón: normal, tipo A-V-A (dos arterias y una vena), recién nacido: varón; peso: 4050 gramos; anotaciones: vitamina k, profilaxis oftálmica, resumen del posparto inmediato: temperatura 37,5°.

6.º-Tras el parto, se realizó analítica de sangre de la arteria umbilical con el siguiente resultado: grupo sanguíneo A Rh Positivo, así como gasometría en sangre de la arteria umbilical, tomada antes de la primera inspiración del feto y tras su nacimiento inmediato, que arrojó los siguientes resultados: pH: 7.15, PO2: 23 mm de Hg, PCO2: 62 mm de Hg y EB -7.3 mmol/L.

Con respecto al recién nacido consta también Apgar 1 min: 9, Apgar 5 min: 10, reanimación: no precisa, piel con piel, profilaxis ocular y antihemorrágica: administrada en el paritorio, coanas, esófago y ano permeables.

7.º-El puerperio de la demandante transcurrió dentro de la normalidad y así del seguimiento realizado consta:

NUM000 de 2014: periné en buen aspecto, tacto vaginal normal, lactancia materna sin incidencias, no signos de TVP.

26 de marzo de 2014, BEG (buen estado general) Ctes normales, diuresis normal, expulsión de gases, buena tolerancia oral, útero bien contraído, loquios normales, periné buen aspecto, tacto vaginal normal, lactancia materna sin incidencias, no signos TVP.

El 27 de marzo se le da el alta hospitalaria con su hijo, que presentaba un peso de 3.880 gramos y una ictericia no isoinmune.

8.º-Tras el parto, la demandante visita a la matrona por dolor pélvico.

El 2 de abril de 2015, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario DIRECCION001 , por dolor localizado en la cicatriz de la episiotomía desde hace un año, que se irradia al ano, presenta dolor continuo que se manifiesta como ardor y a veces punzante, y tiene molestias en relaciones sexuales. Es valorada por dolor pelvi-perineal, presentando un score de sensibilización pelviana de 6/10. Se le administran analgésicos y lidocaína en gel.

El 18 de septiembre de 2015, se le realiza infiltración del nervio pudendo derecho en la Clínica DIRECCION002 de Madrid.

Desde septiembre de 2015, se le trata en la Unidad de Dolor, con diagnóstico de neuralgia pudenda; y el 20 de abril de 2016, se le realizó bloqueo de dicho nervio sin resultado efectivo. Se practicaron dos bloqueos más también sin eficacia, por lo que se decide radiofrecuencia pulsada de las tres ramas del nervio pudendo derecho e infiltración del músculo piramidal del mismo lado.

El 11 de julio de 2016, el Dr. Luis Angel realiza a D.ª Modesta un estudio neurofisiológico del suelo pélvico, que no muestra datos de neuropatía en los nervios pudendos, con actividad muscular aumentada en suelo pélvico compatible con síndrome miofascial, con unos umbrales para el dolor ante estimulación eléctrica descendidos.

Desde septiembre de 2016, acude a consulta de fisioterapia especializada en rehabilitación del suelo pélvico, informando la especialista D.ª Gregoria de los siguientes hallazgos:

«Al realizar la primera valoración fisioterapéutica encontramos:

»Al palpar la musculatura pélvica vía vaginal, encontramos bandas tensas dolorosas en gran parte de los elevadores del ano. Podemos observar también una cicatriz fibrótica y dolorosa correspondiente a la episiotomía del parto.

»Esfínter externo e interno anales hipertónicos, dolorosos a la palpación y con ángulo anorrectal disminuido. Todo ello compatible con la episiotomía que presenta.

»Síndrome miofascial piramidal y glúteos con irradiación a zonas periféricas.

»Distensión de la pared abdominal con presencia de puntos gatillo en rectos y oblicuos abdominales, bastante dolorosos a la palpación.



»Dolor en inserciones de musculatura isquiotibial

»Dolor muy agudo "en barra" en articulación sacro ilíaca y fuerte dolor a la presión en todas las inserciones de la musculatura en el coxis.

»Dolor y aumento de tono muscular en paravertebrales y cuadrado lumbar».

El 8 de octubre de 2016, el Dr. Plácido, experto en tratamiento del dolor, emitió el siguiente juicio clínico: síndrome del elevador del ano grado moderado, síndrome del oblicuo abdominal grado moderado, síndrome del piramidal derecho, episiotomía derecha dolorosa, restrictiva e hipertrófica, y síndrome del glúteo derecho. Criterios de Nantes para neuralgia del pudendo: no. Considera índice de discapacidad del 42%, solicitado reconocimiento administrativo no consta resolución.

9.º-Con fecha 21 de abril de 2017, D.^a Modesta presentó demanda contra las doctoras D.^a Remedios y D.^a Eva, al considerar negligente la atención recibida en la asistencia al parto de su hijo, dado que no existía indicación médica para llevar a efecto parto instrumental con utilización de ventosa y fórceps, toda vez que no se cumplían los protocolos de las cuatro horas de espera de expulsivo recomendadas por el SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), y no concurrían signos de pérdida de bienestar fetal, ni de riesgo para la salud de la madre.

El parto practicado le produjo una disfunción del suelo pélvico que, en principio, se etiquetó como lesión del nervio pudendo y, tras estudios neurofisiológicos, se diagnosticó como síndrome miofascial, constitutivo de una dolencia perfectamente previsible y evitable si la actuación de las facultativas durante el parto hubiera sido la correcta.

Tampoco, se obtuvo el consentimiento informado de la demandante de manera tal que fue ajena al tratamiento que le fue dispensado impuesto por las facultativas actuantes en unilateral decisión.

10.º-El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 38 de Madrid, que la trató con la oposición de las demandadas, y finalizó con sentencia estimatoria.

La sentencia se fundamentó en que no concurrían circunstancias de riesgo para la salud de la madre ni para el feto para detener los pujos a las tres horas y provocar un parto instrumental, mediante la utilización de ventosa y fórceps y realización de episiotomía, con desgarro en la cara lateral izquierda de la vagina, lo que provocó el resultado dañoso producido.

En definitiva, se atribuyó a las demandadas haber acelerado el alumbramiento en vez de esperar a la conclusión del parto por vías naturales agotando las 4 horas de expulsivo que recomienda la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) para nulíparas con anestesia epidural.

Por otra parte, se omitió facilitar a la demandante información detallada y específica de la instrumentalización del parto por medio de ventosa y de fórceps, así como de sus eventuales riesgos lesivos, lo que comporta una infracción de la *lex artis* con vulneración de lo establecido en el artículo 4.1 de la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente.

Por todo ello, se condenó a las demandadas a abonar a la actora la cantidad reclamada de 305.911 euros, más los intereses legales desde la presentación de la demanda el 20 de abril de 2017 y, desde sentencia, los del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

11.º-Contra dicha sentencia se interpuso recurso de apelación por las demandadas. Su conocimiento correspondió a la sección 19.^a de la Audiencia Provincial de Madrid, que dictó sentencia revocatoria de la pronunciada por el juzgado. Para ello, en primer término, se descartó la existencia de prescripción de la acción.

La audiencia consideró, tras analizar los informes periciales practicados, que no ha quedado acreditada con rotundidad la conclusión a la que llega el juzgador de primera instancia cuando considera que, durante las tres horas de pujos, no se presentó circunstancia alguna objetiva de riesgo para el feto, ni para parturienta y que, tampoco, ha quedado acreditado que la instrumentalización del parto la efectuaran las demandadas cuando el feto se encontraba en plano demasiado alto.

En cuanto a la duración del expulsivo, esto es el tiempo que la SEGO recomienda como duración normal del parto natural, desde que se produce la dilatación completa del útero hasta el momento de la expulsión del feto, la guía publicada, en 2010, se refiere a una duración máxima de dos horas para la fase pasiva y de otras dos horas para la fase activa en mujeres que no han tenido hijos previamente y que están sometidas a anestesia epidural.

Sin embargo, sigue razonando la sentencia del tribunal provincial, como resulta del informe del doctor Romulo, esta duración está sujeta a múltiples variaciones y la bibliografía y las guías con respecto a este punto son tan



dispare que no existe consenso entre la población médica para determinar qué tiempo se debe estar viendo a una mujer realizando pujos con unas contracciones importantes y exhausta hasta que se cumplan las dos horas del periodo activo del expulsivo.

Por otro lado, ambas ginecólogas demandadas afirmaron, en sus interrogatorios, que el parto cursaba dentro de la normalidad hasta que la matrona las avisó transcurridas dos horas y media de la dilatación plena, decidiendo pasarla a paritorio para que los pujos se hicieran de forma más cómoda para la parturienta tumbada en el quirófano, insistiendo media hora más con ellos, y comoquiera que el feto no pasaba del III plano de Hodge decidieron utilizar la ventosa que empleó la doctora Eva, en una ocasión, dado que, al desprenderse, no volvieron a intentarlo pese a que el protocolo permite hasta un máximo de tres veces, por lo que procedieron a la utilización del fórceps mediante dos tracciones con el resultado del alumbramiento de un varón de 4050 gramos a las tres horas desde la dilatación.

También, argumentó la audiencia, que debe considerarse que la parturienta presentaba 37,5° en los momentos finales del parto, y que el pH del feto era 7,15, siendo el pH normal de 7,20 y resultando patológico por debajo de 7 según explicó la doctora Virtudes, todo lo cual es indicativo de que, probablemente, si hubiesen esperado más tiempo y no se hubiera instrumentalizado el parto, este se habría complicado con probable sufrimiento fetal.

La sentencia descartó la afirmación del perito propuesto por la actora de que se empleó improcedentemente la ventosa cuando el feto se encontraba en posición II del plano de Hodge, dado que el feto se hallaba en posición occípito-pública, tal y como consta en la hoja del parto, y, por lo tanto, en el III plano de Hodge, al que accedió, de forma fisiológica, a través de rotación interna que efectúa el propio feto en el descenso por el canal del parto, y nunca por la aplicación de la ventosa porque además esta no es rotadora.

Citó también como apoyo la STS 8/2010, de 29 de enero, sobre la aplicación de la *lex artisen* el caso de partos.

Y, con respecto al consentimiento informado, la sentencia recurrida consideró correcta la invocación del artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002, que permite intervenir al facultativo sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y es imposible conseguir su autorización, considerando como urgente la decisión de instrumentalizar el parto, con independencia de que verbalmente avisaran a la parturienta de que iban a utilizar la ventosa, y cuando ésta resultó ineficaz pasaran al fórceps, con el feliz resultado del alumbramiento de un varón de 4050 gramos de peso, sano, que fue dado de alta junto con la madre.

Por otra parte, aparece firmado el consentimiento informado de la anestesia epidural en donde se dice expresamente: «algunos estudios indican que los partos con epidural se utilizan con mayor frecuencia técnicas (ventosa y fórceps) para guiar al bebé por el canal vaginal en el último momento del parto».

En definitiva, se dictó sentencia desestimatoria de la demanda.

12.º-Contra dicha sentencia la demandante interpuso recursos extraordinarios por infracción procesal y casación.

Recurso por infracción procesal

SEGUNDO.- Motivo primero del recurso extraordinario por infracción procesal, desarrollo y estimación

Se formula, al amparo del apartado 4.º del art. 469.1 LEC, por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia en relación con el art. 348 LEC, se sostiene que la sentencia dictada por el tribunal provincial incurrió en arbitrariedad por valorar hechos de naturaleza clínica de forma contraria a las conclusiones de los tres peritos intervenientes, lo que implica una patente vulneración del derecho de la actora a la tutela judicial efectiva del art. 24.1 CE.

En el desarrollo del recurso, se manifiesta que la sentencia recurrida acoge, de forma errónea, el argumento de que el parto se produjo en una situación de riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica de la demandante, y que no era posible obtener su autorización a los efectos del art. 9.2 b) de la Ley 41/2022, de autonomía del paciente. El mentado precepto señala:

«2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos.

[...]

»b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».



En este concreto extremo, el recurso debe ser estimado, puesto que de las periciales practicadas no resulta que la parturienta, ni tampoco el feto, se encontrasen en una situación de peligro para la salud de aquella y para la viabilidad de este, que requiriesen una intervención urgente. En ninguno de los dictámenes médicos practicados, en vista de la monitorización de la madre, se describe que el feto se hallase en una situación de sufrimiento fetal, otra cosa es que las ginecólogas optaran por un parto instrumental a pesar de no haber transcurrido las cuatro horas de expulsivo que indica la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

En efecto, en el dictamen del Dr. Romulo se señala, en sus conclusiones, que no consta ningún signo de sospecha de pérdida del bienestar fetal. Tampoco, en el informe de la Dra. Virtudes se hace referencia a alguna afectación de tal clase y, en su conclusión segunda, se señala que: «el trabajo del parto transcurrió sin incidencias, no se observó signo alguno de alarma durante el trabajo del parto que indicara parto por cesárea». Y, además, en el segundo informe presentado por dicha especialista, consta: «El parto duró 10 horas, tiempo normal en una primigesta. No existió ningún signo de alarma como no progresión de parto u otro hallazgo que contraindicara el parto vaginal». De igual forma, en el dictamen del Dr. Aureliano, se descarta sospecha de pérdida de bienestar fetal, ni afectación de la salud materna, ni cuadro clínico comprometedor de ella. Añade, por el contrario, que la dilatación y expulsivo transcurrían sin incidencias, así como que no existió causa materna ni fetal para parto instrumental.

No existe dato alguno reflejado en el historial clínico relativo a la situación descrita en el art. 9.2 b) de la Ley 41/2002.

Con respecto a la valoración de la prueba pericial conforme a los postulados de la sana crítica, las SSTS 504/2016, de 20 de julio; 514/2016, de 21 de julio y 141/2021, de 15 de marzo, que reproducen la doctrina fijada por la sentencia 702/2015, de 15 de diciembre, explicitan cuando se entiende vulneradas las reglas de la sana crítica:

«1º. Cuando no consta en la sentencia valoración alguna en torno al resultado del dictamen pericial. STS 17 de junio de 1.996. 2º. Cuando se prescinde del contenido del dictamen, omitiendo datos, alterándolo, deduciéndolo del mismo conclusiones distintas, valorándolo incoherentemente, etc. STS 20 de mayo de 1.996. 3º. Cuando, sin haberse producido en el proceso dictámenes contradictorios, el tribunal en base a los mismos, llega a conclusiones distintas de las de los dictámenes: STS 7 de enero de 1.991. 4º. Cuando los razonamientos del tribunal en torno a los dictámenes atenten contra la lógica y la racionalidad; o sean arbitrarios, incoherentes y contradictorios o lleven al absurdo. [...]».

En definitiva, existe un error notorio en la valoración de la prueba en el sentido de que la actora se encontrase en una situación de riesgo inmediato y grave para su integridad física o psíquica, que requiriese una intervención urgente para prescindir de su consentimiento informado, lo que constituye uno de los fundamentos de su reclamación. La actora además se encontraba consciente bajo anestesia epidural, y no privada de conciencia y voluntad para ser informada y consentir. Tampoco el feto se hallaba en una situación de riesgo de viabilidad o peligro para su vida, sin indicios de sufrimiento fetal y bajo control con monitorización.

TERCERO.- Segundo motivo del recurso por infracción procesal

Se interpone, al amparo del apartado 2.º del art. 469.1 LEC, se denuncia la infracción del art. 218.2 LEC, en relación con el art. 348 LEC, por falta de motivación de la marginación de la prueba pericial practicada a instancias de la actora, y que había merecido más confianza al juzgador de instancia, sin motivarlo. Se sostiene que la sentencia de apelación no contempla los distintos elementos fácticos en su conjunto y no se ajusta a las reglas de la lógica y la razón, todo lo cual incide en un vicio de falta de motivación causante de indefensión.

El motivo no puede ser acogido.

En efecto, la sentencia recurrida se encuentra motivada con explicitación del proceso lógico racional que condujo a la decisión tomada, con lo que se cumplieron las exigencias normativas impuestas por el art. 218.2 LEC, toda vez que la motivación ha de ser manifestación suficiente de la justificación causal del fallo, mediante la expresión de las razones de hecho y de derecho que integran el proceso lógico-jurídico que conduce a la decisión tomada al margen de que satisfaga o no los intereses y pretensiones de las partes (sentencias del Tribunal Constitucional 14/91, 28/94, 153/95 y 33/96; y sentencias de esta sala 465/2019, de 17 de septiembre; 754/2024, de 28 de mayo; 407/2025, de 17 de marzo; 762/2025, de 14 de mayo; 1521/2025, de 30 de octubre y 1729/2025, de 26 de noviembre, entre otras muchas).

Otra cosa es que la parte recurrente no comparta dichos razonamientos, lo que entra ya en el marco de la valoración probatoria o de la discrepancia jurídica propia del recurso de casación, pero no en el ámbito de la motivación. En este sentido, STS 1729/2025, de 26 de noviembre.



En consecuencia, se vulnera la exigencia constitucional del art. 120.3 CE cuando no hay motivación -carencia total-, o cuando es completamente insuficiente; pero también cuando la motivación está desconectada con la realidad de lo actuado o da lugar a un resultado desproporcionado o paradójico (SSTS 180/2011, de 17 de marzo; 754/2024, de 28 de mayo; 407/2025, de 17 de marzo y 1521/2025, de 30 de octubre). Obviamente, no es este el caso que nos ocupa.

Por otra parte, el recurso de apelación se configura como una *revisio prioris instantae*,(revisión de la primera instancia), que permite al tribunal de apelación, en este caso la Sección Decimonovena de la Audiencia Provincial de Madrid, abordar la cuestión fáctica y jurídica planteada en la instancia con plena jurisdicción, sin otra limitación o condicionante que no sea el derivado de los propios términos en que fue formulado el recurso de apelación interpuesto según resulta del art. 465.5 LEC (SSTS 269/2016, de 22 de abril, 135/2020, de 2 de marzo; 306/2020, de 16 de junio; 419/2021, de 21 de junio; 611/2021, de 20 de septiembre; 308/2022, de 19 de abril; 1128/2023, de 10 de julio, y 334/2024, de 6 de marzo, entre otras muchas).

Sin embargo, a diferencia de la apelación, no es posible instar que se lleve a efecto una nueva valoración de la prueba a través del recurso extraordinario por infracción procesal, toda vez que no figura el error en la valoración de la prueba dentro de los motivos tasados contemplados en el art. 469.1 de la LEC, lo que pone de manifiesto que el legislador reservó dicha valoración a los tribunales de instancia (sentencias 626/2012, de 11 de octubre; 263/2016, de 20 de abril; 615/2016, de 10 de octubre; 141/2021, de 15 de marzo, y 334/2024, de 6 de marzo, entre otras muchas).

Sin embargo, de forma excepcional, se admite la revisión de la valoración probatoria del tribunal sentenciador en casos de existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración de alguna prueba, o bien por la concreta infracción de una norma tasada de valoración probatoria, y siempre además que, por resultar manifiestamente arbitraria o ilógica, la valoración de esa determinada prueba no supere el test de la racionalidad constitucionalmente exigible para respetar el derecho a la tutela judicial efectiva reconocido en el art. 24 de la Constitución (SSTS 88/2019, de 13 de febrero; 132/2019, de 5 de marzo; 847/2022, de 28 de noviembre y 217/2023, de 13 de febrero, entre otras muchas).

Pues bien, en este caso, la sentencia de la audiencia valora las pruebas periciales, y el hecho de que señale que no puede tomar como verdad apodíctica los postulados del informe de D. Aureliano no supone quebrar las reglas de la sana crítica (art. 348 LEC), pues no existe ningún dictamen que, necesariamente, deba prevalecer sobre otro, y máxime cuando se valora conjuntamente en relación con los otros dictámenes de tal clase elaborados por los también especialistas en ginecología Dra. Virtudes y Dr. Romulo , así como con la documental consistente en la historia clínica del parto.

Estos especialistas no comparten el dictamen del perito de la parte actora con respecto a que el feto se encontrase en el plazo II de Hodge (principio de la mayoría coincidente), cuando se inició el parto instrumental con ventosa, en atención a que la colocación fisiológica del feto descrita en historia clínica era occípito pública, que es propia del plazo III, sin que además la ventosa sea rotadora.

La tesis del perito de la actora se construye sobre la base de una hipótesis fundada en argumentos tales como que, si aplicamos la ventosa en el plazo III y IV, estaríamos ante una presentación occípito pública y, por lo tanto, se debería haber extraído el feto mediante la ventosa empleada; porque si cambiamos a fórceps es debido a que la ventosa derrapa por mala aplicación o estaba tan alta la cabeza que no se podía extraer con el fórceps; y porque realmente la presentación no estaba en occípito pública y no bajó con la ventosa al no rotar la cabeza.

Ahora bien, la presentación occípito pública aparece descrita en el proceso del parto obrante en la historia clínica de la demandante. La utilización conjunta de ventosa y fórceps es habitual y no está contraindicada. A veces fracasa la ventosa, lo que, en este caso, puede guardar relación con el peso del niño de 4.050 gramos al nacer o por presencia de caput en el cuero cabelludo, entre otras hipótesis plausibles. En definitiva, la aplicación conjunta de tales instrumentos no implica mala praxis médica en el proceso del parto. La ventosa no es además rotadora.

En cualquier caso, es necesario destacar que una valoración arbitraria de la prueba no se identifica con una antagónica apreciación de la actividad probatoria desplegada en el proceso, y, por lo tanto, no cabe incurrir en el exceso de considerar vulneradas disposiciones sobre la prueba, cuya valoración ha de hacerse conforme a las reglas de la sana crítica, por el mero hecho de que la parte recurrente llegue a conclusiones distintas de las alcanzadas por el tribunal provincial con arreglo a criterios valorativos lógicos o hipótesis alternativas no descartables (SSTS 789/2009, de 11 de diciembre; 541/2019, de 16 de octubre; 141/2021, de 15 de marzo o más recientemente 986/2025, de 19 de junio); puesto que no podemos identificar valoración arbitraria e irracional de la prueba con la obtención de unas conclusiones fácticas distintas a las sostenidas por quien discrepa del ejercicio de tan esencial función de la jurisdicción.



Por otra parte, es jurisprudencia de esta sala expresada, en esta ocasión, por las sentencias 330/2013, de 25 de junio de 2014; 208/2019, de 5 de abril o, más recientemente, 391/2022, de 10 de mayo y 653/2022, de 11 de octubre, entre otras, la que sostiene que:

«[n]o es posible atacar la valoración conjunta de la prueba, o lo que es igual, que la parte no puede pretender una nueva valoración conjunta distinta a la del tribunal de instancia a quien corresponde esta función soberana (SSTS de 13 de noviembre de 2013, rec. n.º 2123/2011; 8 de octubre de 2013, rec. 778/2011; 30 de junio de 2009, rec. 1889/2006 y 29 de septiembre de 2009, rec. 1417/2005); (ii) que tampoco puede atacar esa valoración conjunta mediante la impugnación de pruebas concretas ni pretender que se dé prioridad a un concreto medio probatorio para obtener conclusiones interesadas, contrarias a las objetivas y desinteresadas del órgano jurisdiccional (SSTS de 11 de diciembre de 2013, rec. 1853/2011 14 de noviembre de 2013, rec. 1770/2010; 13 de noviembre de 2013, rec. 2123/2011 y 15 de noviembre de 2010, rec. 610/2007, que cita las de 17 de diciembre de 1994, rec. 1618/1992 16 de mayo de 1995, rec. 696/1992; 31 de mayo de 1994, rec. n.º 2840/1991; 22 de julio de 2003, rec. 32845/1997; 25 de noviembre de 2005, rec. 1560/1999) pues "el hecho de que no se tomen en consideración determinados elementos de prueba relevantes a juicio de la parte actora carece de trascendencia y no significa que no hayan sido debidamente valorados por la sentencia impugnada, sin que las exigencias de motivación obliguen a expresar este juicio (STS de 8 de julio de 2009, rec. n.º 13/2004) a no ser que se ponga de manifiesto la arbitrariedad o error manifiesto" (SSTS de 15 de noviembre de 2010, rec. n.º 610/2007 y 26 de marzo de 2012, rec. n.º 1185/2009)».

CUARTO.- Tercero de los motivos por infracción procesal

En esta ocasión, se formula, al amparo del art. 469.1.2.º LEC, por infracción de las reglas que disciplinan la carga de la prueba concretamente la del art. 217.7 LEC (principio de facilidad y disponibilidad probatoria), en relación al plano en el que se encontraba el feto cuando se decidió realizar la «prueba de parto» y posterior intento de extracción fetal mediante el uso de ventosa.

En el desarrollo del motivo se señala que, en la historia clínica, no consta el plano en el que se encontraba el feto en el momento de intentar la expulsión fetal, lo que constituye un dato esencial para ponderar si se daban las condiciones adecuadas para practicar un parto instrumental, porque, si se encontrase el feto en plano alto, se corre el riesgo de agotar a la madre con pujos ineficaces y producirle lesiones.

En consecuencia, conocer en qué plano de Hodge se hallaba el feto, cuando se intentó el alumbramiento mediante ventosa, es un dato esencial para demostrar la existencia o no de buena praxis, circunstancia fáctica respecto de la cual las demandadas se encuentran en la situación más idónea para acreditar tal hecho, máxime cuando no se hizo constar la utilización de la ventosa en el historial clínico.

Es jurisprudencia consolidada la expresada en las SSTS 952/2025, de 17 de junio, y 1594/2025, de 11 de noviembre, que, con cita de la STS 759/2023, de 17 de mayo, establece que:

«El actual art. 217.7 de la LEC recoge el principio de la disponibilidad y facilidad probatoria. Conforme a dicha doctrina, la carga de la prueba no vendrá determinada de antemano con criterios rígidos, sino bajo pautas flexibles condicionadas por la disponibilidad material o intelectual con que cuentan los sujetos procesales para acceder a las fuentes de prueba, y, por consiguiente, en atención a su mayor o menor facilidad para acreditar un hecho con relevancia procesal a los efectos decisarios del litigio. De esta manera, cuando la demostración de un hecho controvertido sea sencilla para una parte, pero compleja o difícil para la otra, será aquélla la que deba correr con la carga de su justificación; y, de no hacerlo así, pechar con las consecuencias derivadas de su inactividad o pasividad. Esta disponibilidad puede ser tanto material (v. gr. tenencia de un documento) como intelectual (forzoso conocimiento de un dato), y ha de ser tenida en cuenta para determinar las consecuencias probatorias derivadas del hecho incierto».

Ahora bien, en atención a las circunstancias concurrentes, este motivo no puede ser estimado con fundamento en el siguiente conjunto argumental.

En primer lugar, no es cierto que, en el historial clínico, no constase que el parto instrumental se llevara a efecto en el plano III de Hodge, y así, en el informe ginecológico aportado con la demanda como documento uno, consta:

«Periodo expulsivo mediante fórceps de Kjelland en las siguientes condiciones: dilatación completa, III plano de Hogde, occipitopubica. Alumbramiento espontáneo».

Es cierto, sin embargo, que en los posteriores resúmenes del parto y en el informe de alta se hizo constar que el tipo de parto fue instrumental (ventosa o vacuum y fórceps), cuando la utilización de la ventosa no aparece en el primer informe, pero ello no significa, por las razones antes expuestas al resolver el segundo motivo del recurso por infracción procesal, que la ventosa se utilizase en el plano I o II.



El art. 217 de la LEC se refiere a la carga de la prueba. En dicho precepto se recogen las reglas de juicio que le indican al juez como ha de proceder ante el hecho incierto como consecuencia de la vigencia del principio *non liquet* (el juez no puede abstenerse de resolver), y, claro está, una vez que se ha procedido a la valoración de la prueba practicada.

En efecto, no cabe confundir valoración con carga de la prueba. La primera es una operación intelectual previa, y solo cuando de la apreciación de la prueba practicada el tribunal llega a la conclusión de que un hecho relevante para la decisión del proceso adolece de insuficiencia probatoria, deberá entonces atribuir las consecuencias del hecho dudoso a la parte a la que correspondía su acreditación (por todas, STS 1182/2025, de 21 de julio).

Por consiguiente, el art. 217 de la LEC, sólo se infringe cuando ante un hecho dudoso, que no ha resultado acreditado, se atribuyen las consecuencias de la incertidumbre a la parte a quien no compete su demostración (SSTS 144/2014, de 13 de marzo; 473/2015, de 31 de julio; o, más recientemente, 221/2022, de 22 de marzo; 358/2022, de 4 de mayo; 493/2022, de 22 de junio; 653/2022, de 11 de octubre; 911/2022, de 11 de octubre; o últimamente 762/2025, de 14 de mayo o 1182/2025, de 21 de julio, entre otras).

En definitiva, mientras que la valoración probatoria tiene como finalidad fijar qué concretos hechos alegados y controvertidos por las partes deben de considerarse demostrados, las reglas de la carga de la prueba determinan los efectos procesales que desencadena la falta de prueba.

Pues bien, en este caso, la audiencia consideró, tras la valoración lógica y racional de la prueba, que la ventosa se utilizó en plano III, por lo que, al obtener tal conclusión probatoria, no concurre el presupuesto del hecho incierto para aplicar la normativa de la carga de la prueba del art. 217 de la LEC y, en concreto de su apartado 7, relativo al invocado principio de disponibilidad y facilidad probatoria.

QUINTO.- Cuarto y último motivo por infracción procesal

Se interpone, al amparo del apartado 4.º del artículo 469.1 LEC, y denuncia la vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en el artículo 24 CE por valoración absurda, ilógica y arbitraria de la prueba e infracción del art. 326 LEC.

En su desarrollo, se señala que no se tuvo en cuenta el contenido de la historia clínica y se justifica la adopción de la decisión de extraer al feto en función de un dato (pH del bebé) que se obtuvo después del nacimiento. Se confunden las causas con las consecuencias. La temperatura materna de 37,5º es irrelevante, no tiene entidad de fiebre, y, en su caso, se trata con paracetamol y no con fórceps.

Todo ello comporta una infracción del derecho de la actora a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE y le causa indefensión.

Ahora bien, este motivo tampoco puede prosperar, puesto que la sentencia no dice que las razones de acudir al parto instrumental proviniesen del pH del recién nacido determinado tras el alumbramiento, y, por lo tanto, desconocido al tomar tal decisión de acelerar el parto, sino que probablemente tal circunstancia y la fiebre de 37,5º de la madre, mera hipótesis, lo hubiera complicado, con probable sufrimiento fetal, que es cuestión distinta.

Realmente, no fue la impugnada la razón decisoria de la sentencia del tribunal provincial al desestimar la demandada, fundada en el siguiente conjunto argumental: (i) que el feto se encontraba en el plano III de Hodge; (ii) que la guía de asistencia práctica del SEGO de 2010, sobre la duración máxima del expulsivo, está sujeta a múltiples variaciones, y, además, por la inexistencia de un consenso médico generalizado concerniente a que una mujer, con contracciones importantes y exhausta, haya de cumplir, ineludiblemente, la indicación de las dos horas de expulsivo activo; (iii) por el hecho de que el feto no evolucionaba, en el descenso del canal del parto, del referido plano III, tras media hora de pujos en paritorio; (iv) con apoyo en la doctrina de la STS 8/2010, de 29 de enero, sobre el ejercicio de la lex artis en el proceso del parto y toma de decisiones clínicas, cuyas consecuencias no pueden apreciarse *ex post facto* (lo que sucedió), sino mediante la ponderación de las circunstancias existentes *ex ante*, esto es al optarse por el parto instrumental, sin que nos hallásemos ante un error de notoria gravedad o inexcusable como presupuesto para la declaración de una responsabilidad médica, y (v) por la existencia de una situación de riesgo vital que dispensaba de la necesidad de obtener el consentimiento informado.

Por otra parte, el recurso de casación no se funda en la existencia de una mala praxis en la ejecución del parto, sino en la omisión del consentimiento informado que es cuestión distinta.

Por todo ello, este último motivo de infracción procesal tampoco debe ser acogido.

Recurso de casación



SEXTO.- Los motivos del recurso de casación, examen de los defectos formales de inadmisión y decisión conjunta por conexión

1.- Exposición de los motivos del recurso.

El recurso de casación se fundamenta en tres motivos, todos ellos relativos a la vulneración del principio del consentimiento informado.

Motivo primero, al amparo del art. 477.2.3.º de la LEC, a través del cual se denuncia la infracción de los arts. 4.1, 8 y 9.2 b) 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 (en adelante LBRAP) y la doctrina jurisprudencial de esta Sala sobre necesidad y requisitos del consentimiento informado, plasmada entre otras muchas en las sentencias 487/1995, de 24 de mayo, 3/2001, de 12 de enero, 784/2003, de 23 de julio, o 652/2006, de 26 de junio, y falta de concurrencia de los requisitos para que la eximente de urgencia opere para dispensar de las obligaciones relativas al consentimiento informado.

Motivo segundo, al amparo del art. 477.2.3.º LEC, por la infracción del art. 10 LBRAP. El interés casacional se justifica por la oposición de los razonamientos de la sentencia de apelación a la doctrina jurisprudencial plasmada en las sentencias de esta Sala 416/2001, de 27 de abril, 29 de mayo de 2003, Rec. 3119/1997, y 1132/2006, de 15 de noviembre.

Motivo tercero, al amparo del art. 477.2.3.º de la LEC, en relación al art. 5.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial (LOPJ), se denuncia la infracción del art. 14 CE, por inaplicación de los arts. 4, 8 y 9.2 b) LBRAP, art. 10.1 CE, doctrina del Tribunal Constitucional plasmada en las sentencias 132/1989, de 18 de junio y 37/2001, de 28 de marzo, arts. 12, 18 a 20, 25, 28 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, arts. 3, 4, 5, 8 y 9 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950, arts. 2, 5, 6 y 8 del 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, de 4 de abril de 1997 (el Convenio de Oviedo), así como de los arts. 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención para la eliminación de la discriminación sobre la mujer (la Convención CEDAW), en la interpretación que hace el Comité para la eliminación de la discriminación sobre la mujer (el Comité CEDAW), en la Decisión CEDAW/C/75/D/138/2018.

Se especifica además que la justificación del interés casacional deriva de la ausencia de doctrina jurisprudencial específica sobre la ausencia de consentimiento informado de la mujer gestante y la discriminación por razón de género.

2.- Examen de los motivos de inadmisibilidad del recurso

Las partes recurridas se oponen a la admisibilidad del recurso de casación mediante la alegación de distintos óbices formales.

Llevan razón las partes recurridas sobre la improcedencia de la admisibilidad del motivo tercero del recurso de casación en cuanto se funda en la cita conjunta y desordenada de distintos preceptos heterogéneos, cuales son:

- (i) art. 14 CE, que recoge el principio constitucional de igualdad;
- (ii) arts. 4, relativo al derecho a la información asistencial, 8, concerniente al consentimiento informado, y 9.2 b) sobre los límites del ejercicio de tal derecho en los casos de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la paciente, todo ellos de la LBRAP;
- (iii) art. 10.1 CE sobre dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad;
- (iv) arts. 12, 18 a 20, 25, 28 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, respectivamente referentes a que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, libertad de pensamiento, conciencia y religión, libertad de opinión y de expresión, derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas, a un nivel de vida de adecuado que permita satisfacer las necesidades, derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos, y no discriminación;
- (v) arts. 3 (nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes), 4 (nadie podrá ser sometido a esclavitud o servidumbre, ni constreñido a realizar un trabajo forzado u obligatorio), 5 (derecho a la libertad y a la seguridad), 8 (derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia) y 9 (derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión) todos ellos del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950;

(vi) arts. 2 (primacía del ser humano), 5 (consentimiento informado), 6 (protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento y 8 (situaciones de urgencia) del 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, de 4 de abril de 1997;

(vii), por último, infracción de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de la ONU, aprobado el 18 de diciembre de 1979, concretamente en su art. 2, sobre el compromiso de los estados parte, apartado b (obligación de adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer, apartado c (establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre), apartado d (abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer) y apartado f (tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer), art. 3 (asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre), art. 5 (modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres y garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social, y, por último, art. 12 (eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica).

Como hemos dicho, en la sentencia de Pleno 232/2017, de 6 de abril:

«[e]sta sala ha declarado de forma reiterada que la imprescindible claridad y precisión del recurso de casación, implícitamente exigidas en el citado art. 477.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, exigen una estructura ordenada que posibilite un tratamiento separado de cada cuestión, con indicación de la norma sustantiva, la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo o el principio general del Derecho infringidos. Y además, que el recurrente argumente la infracción con razonable claridad para permitir la individualización del problema jurídico planteado, de tal forma que no cabe una argumentación por acarreo en la que se mezclen argumentos sobre las cuestiones más diversas y se denuncien en un mismo motivo infracciones legales de naturaleza muy diversa. La naturaleza extraordinaria del recurso no tolera el acarreo de argumentos heterogéneos y la invocación de normas carentes de conexión cuando generan imprecisión».

En el mismo sentido, en aplicación de tal doctrina, las SSTS 14/2024, de 9 de enero; 1504/2024, de 12 de noviembre; 1569/2024, de 20 de noviembre, entre otras.

Pues bien, en el presente caso, este motivo de casación consiste en un acarreo de preceptos heterogéneos, carentes de una estructura ordenada, sin especificación de las razones por las que se ha vulnerado cada uno de los preceptos indiscriminadamente citados, que generan manifiesta imprecisión, lo que determina que no se cumplan los requisitos de admisibilidad.

También, hemos declarado en numerosas ocasiones (por todas, sentencias 228/2021, de 27 de abril; 719/2023, de 12 de mayo; 1075/2024, de 9 de septiembre y 535/2025, de 3 de abril), que el recurso de casación es muy diferente a los ordinarios como el de reposición o el de apelación. Su regulación establece exigencias técnicas muy concretas con un mayor rigor formal que en los recursos ordinarios, consecuencia de su función de generar jurisprudencia; esto es, asegurar la interpretación uniforme del ordenamiento jurídico más que otorgar a las partes la posibilidad de que su litigio vuelva a ser revisado por otro tribunal, pues la tutela judicial efectiva en los procesos civiles se satisface ordinariamente con dos instancias.

Por su parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró en su sentencia de 19 de diciembre de 1997 (asunto 155/1996 774/975, Brualla Gómez de la Torre contra España), que los requisitos de admisibilidad de un recurso de casación pueden ser más rigurosos que los de un recurso de apelación, siendo compatible con el Convenio un mayor formalismo para el recurso de casación (parágrafos 37 y 38).

El Tribunal Constitucional ha afirmado en numerosas resoluciones que «[l]a comprobación de los presupuestos procesales para la viabilidad de la acción puede volverse a abordar o reconsiderarse en la sentencia, de oficio o a instancia de parte, dando lugar, en su caso, a un pronunciamiento de inadmisión por falta de tales presupuestos» (por todas, SSTC 32/2002, de 11 de febrero; 204/2005, de 18 de julio; 237/2006, de 17 de julio; 7/2007, de 15 de enero; 28/2011, de 14 de marzo; 29/2011 de 14 de marzo; 69/2011, de 16 de mayo; y 200/2012, de 12 de noviembre).

La causa de inadmisión se convierte, en este momento procesal, en causa de desestimación del recurso de casación; no obstante que en su día fuera admitido a trámite dado el carácter provisorio de la admisión por hallarse sujeta a un examen definitivo en la sentencia (SSTS 97/2011, de 18 de febrero, 548/2012, de 20 de septiembre, 564/2013, de 1 de octubre, 146/2017, de 1 de marzo, 997/2023, de 20 de junio; 676/2024, de 13 de mayo; 1075/2024, de 9 de septiembre y 535/2025, de 3 de abril).



No compartimos, sin embargo, la objeción de que el recurso de casación no sea claro en su formulación con respecto a los motivos primero y segundo, toda vez que se fundamentan en que se prescindió del consentimiento informado de la demandante en la práctica del parto instrumental al que fue sometida, con la cita de las concretas normas de derecho material y sustantivo que la recurrente reputa vulneradas y jurisprudencia de la sala sobre la necesidad de obtención del consentimiento informado.

Tampoco compartimos que se haya efectuado la cita de preceptos heterogéneos, pues todos los invocados tienen relación con la información y obtención del consentimiento informado. Se acredita el interés casacional mediante la invocación de las sentencias de esta sala que consagran la necesidad de obtención del consentimiento informado, y se refiere a la inexistencia de jurisprudencia concreta de la sala en el caso del parto.

Desde luego, el recurso no carece manifiestamente de fundamento, y la parte demandada tuvo perfecto conocimiento de los motivos a través de los cuales se pretende la casación de la sentencia dictada por el tribunal provincial a los efectos de poder ejercer sin dificultad alguna su derecho de defensa.

Por último, los hechos declarados probados se cuestionaron a través del recurso extraordinario por infracción procesal, y entre ellos se estima el primero relativo a que no concurría una situación de urgencia vital, que permitiese prescindir del consentimiento informado de la demandante en virtud de los razonamientos antes expuestos.

3.- Examen conjunto de los motivos primero y segundo.

La íntima conexión existente entre los precitados motivos de casación, al hallarse fundados en la vulneración del principio del consentimiento informado, que implica que no queda llevar a efecto ninguna injerencia física en el cuerpo de una persona sin su conformidad debidamente ilustrada con los datos precisos para adoptar una decisión autónoma, en el que entra en juego la afectación del núcleo tuitivo de distintos derechos fundamentales de la persona, manifestación del valor constitucional de la dignidad humana, permiten su tratamiento conjunto.

SÉPTIMO.- Decisión de los motivos primero y segundo del recurso de casación

A los efectos de una mayor claridad expositiva sistematizamos la decisión de este tribunal en los apartados siguientes:

1.- La base normativa

En el recurso se consideran infringidos los siguientes preceptos de la LBRAP:

En primer término, el art. 4.1, cuando norma que:

«Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

En segundo lugar, el art. 8, en cuyos tres primeros apartados se señala:

«1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

»2. El consentimiento será verbal por regla general.

»Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

»3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos».

También, el art. 9.2 b), en cuanto dispone:

«2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:



»b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

Por último, el art. 10, que establece:

«1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

»a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

»b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

»c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

»d) Las contraindicaciones.

»2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente».

2.- *Significado del consentimiento informado*

Durante muchos años, el ejercicio de la medicina respondió a una concepción paternalista conforme a la cual era el médico quien, por su experiencia, conocimientos y su condición de tercero ajeno a la enfermedad, tomaba las decisiones que, según su criterio profesional, más le convenían al estado de salud y al grado de evolución de la enfermedad de sus pacientes con la unilateral instauración de tratamientos y práctica de intervenciones quirúrgicas.

No obstante, frente a dicho paternalismo, a través de un imparable proceso evolutivo, se ha consagrado normativamente el principio de la autonomía de la voluntad, concebido como el derecho que le corresponde exclusivamente a cada paciente para adoptar las decisiones más trascendentales en el curso de su enfermedad, en tanto en cuanto afectan a su vida e integridad física, que constituyen derechos fundamentales de raigambre constitucional (art. 15 de la Constitución, en adelante CE).

Desde esta perspectiva, se produce un cambio radical en las relaciones médico - paciente, limitándose el facultativo a informar del diagnóstico y pronóstico de las enfermedades, de las distintas alternativas terapéuticas que brinda la ciencia médica, de los riesgos que su práctica encierra, de las consecuencias de no someterse a las indicaciones pautadas, ayudándole el médico, en definitiva, a tomar una decisión, pero sin que ninguna injerencia quepa en la integridad física de cualquier persona sin su consentimiento expreso e informado, salvo situaciones límites de urgencia vital en las que no es posible obtener un consentimiento de tal clase o situaciones de necesidad terapéutica en los términos de los arts. 5.4 y 9.2 b) de la Ley 41/2002.

Como explica la STS 101/2011, de 4 de marzo:

«La actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud y como tal no es quien le informa sino él quien a través de la información que recibe, adopta la solución más favorable a sus intereses».

Especial importancia adquiere en el contexto europeo el 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, hecho en Oviedo, el 4 de abril de 1997, que entró en vigor en España el uno de enero de 2000, que pretende armonizar las distintas legislaciones europeas sobre la materia, y que se asienta en tres pilares fundamentales: a) el derecho de información del paciente, b) el consentimiento informado y c) la intimidad de la información.

Pues bien, en su artículo 5, bajo el epígrafe de regla general, dispone:

«Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento».

El artículo 6, intitulado protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, norma que:

«[s]ólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo».

En definitiva, únicamente cuando el paciente, con una información suficiente y una capacidad de comprensión adecuada, adopta libremente una decisión con respecto a una actuación médica, se puede concluir que quiere el tratamiento que se le va a dispensar.



En este sentido, la STS 784/2003, de 23 de julio, señala que:

«[I]a información pretende iluminar al enfermo para que pueda escoger con libertad dentro de las opciones posibles, incluso la de no someterse a ningún tratamiento o intervención quirúrgica».

Este consentimiento informado se encuentra íntimamente ligado al núcleo tuitivo del derecho fundamental a la integridad física y moral proclamado por el art. 15 CE, y, en este sentido, el Tribunal Constitucional ha establecido, por ejemplo, en su sentencia 37/2011, FJ 4, que:

«[e]l art. 15 CE no contiene una referencia expresa al consentimiento informado, lo que no implica que este instituto quede al margen de la previsión constitucional de protección de la integridad física y moral. [...] Evidentemente, las actuaciones médicas llevan implícita una posibilidad de afección a la integridad personal protegida por el art. 15 CE, en la medida en que este tutela la inviolabilidad de la persona contra toda intervención en su cuerpo, de manera que es preciso arbitrar los mecanismos necesarios para garantizar la efectividad del derecho dentro de ese ámbito, cohonestándolo con la función y finalidad propias de la actividad médica [...] «cualquier actuación que afecte a la integridad personal, para resultar acorde con dicho derecho, según la delimitación que antes efectuamos del mismo, se ha de encontrar consentida por el sujeto titular del derecho o debe encontrarse constitucionalmente justificada. De ahí que el legislador deba establecer [...] los mecanismos adecuados para la prestación del consentimiento del sujeto que se ha de ver sometido a una intervención médica, así como los supuestos que, desde una perspectiva constitucional permitirían prescindir del mismo, teniendo siempre presente, de una parte "que solo ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga al definir cada derecho o ante los que de manera mediata o indirecta de la misma se infieran al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos constitucionalmente protegidos, puedan ceder los derechos fundamentales (STC 11/1981, fundamento jurídico 7; 2/1982, fundamento jurídico 5; 110/1984, fundamento jurídico 5)...».

En cualquier caso, sigue explicando la STC 37/2011, en esta ocasión, en su FJ 5, que:

«Para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues solo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación».

En la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante STEDH), de 8 de marzo de 2022, caso Reyes Jiménez contra España, se señala que:

«29. El Tribunal ya ha puesto de relieve no sólo la importancia del consentimiento de los pacientes, destacando en particular en la sentencia Pretty c. Reino Unido (nº 2346/02, § 63, CEDH 2002 III) que "la imposición de un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente (...) supondría una violación de la integridad física de la persona afectada que podría poner en tela de juicio los derechos protegidos por el artículo 8.1", sino también que las personas expuestas a un riesgo para su salud deben poder acceder a aquella información que les permita evaluar dicho riesgo (véase, en particular, la sentencia Guerra y otros c. Italia, § 60, de 19 de febrero de 1998, Recopilación de sentencias y decisiones 1998 I, y Codarcea c. Rumanía, nº 31675/04, § 104, de 2 de junio de 2009).

»30. [...] Como conclusión, si un riesgo previsible de esta naturaleza se produce sin que el paciente haya sido debidamente informado de antemano por sus médicos, el Estado Parte implicado puede ser directamente responsable de dicha omisión de información con arreglo al artículo 8 (Trococellier c. Francia (déc.), nº 75725/01, § 4, TEDH 2006-XIV, Codarcea, citado anteriormente, § 105, y Csoma c. Rumanía, nº 8759/05, § 42, de 15 de enero de 2013). Con el fin de determinar la forma de dicho consentimiento informado, se podrán tener en cuenta los requisitos del derecho interno (M.A.K. y R.K. c. Reino Unido, citada anteriormente, § 80, y G.H. c. Hungría (dec.), nº 54041/14, de 9 de junio de 2015).

Por su parte, en la STEDH de 17 de septiembre de 2024, Pindo Mulla c. España, en el caso de una testigo de Jehová, que recibió transfusiones de sangre en contra de su voluntad, durante una intervención médica de urgencia realizada mediando autorización judicial tras un traslado hospitalario, reitera su doctrina concerniente a que un adulto competente tiene derecho a rechazar, de manera libre y consciente, tras ser informado, un tratamiento, incluso cuando pueda suponer consecuencias graves o fatales, ya que en tales circunstancias su autonomía se impone a la protección de la propia vida, y, por ello, concluye que se produjo la vulneración



del derecho a la intimidad personal y familiar de la paciente, puesto en relación con su libertad de conciencia y religión.

Otra cosa, como luego veremos, resulta en los casos en los que se pueda ver afectado directamente un tercero como un menor o incluso la viabilidad de un feto.

En este mismo sentido, como no podía ser de otra forma, se ha expresado esta sala al sostener que la legislación sanitaria ha consagrado normativamente el principio de autonomía de la voluntad del paciente, concebido como el derecho que le corresponde para determinar los tratamientos en los que se encuentran comprometidos su vida e integridad física, que constituyen decisiones personales que exclusivamente le pertenecen, una vez reciban la información suficiente (SSTS 828/2021, de 30 de noviembre; 908/2024, de 24 de junio, 1310/2025, de 25 de septiembre, entre otras muchas), así como que el consentimiento informado es presupuesto y elemento integrante de la lex artis ad hoc (SSTS 948/2011, de 16 de enero de 2012; 206/2016, de 5 de abril; 227/2016, de 8 de abril; 828/2021, de 30 de noviembre; 680/2023, de 8 de mayo; 1322/2023, de 27 de septiembre y 908/2024, de 24 de junio).

3.- *El consentimiento informado de la mujer gestante.*

La gestación y la maternidad impactan directamente sobre la mujer con incidencia en el marco de sus derechos fundamentales y en el libre desarrollo de su personalidad, sin que, en tales circunstancias, se vea expropiada de la facultad de autodeterminación que deriva de la dignidad humana, concebida esta como «valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás» (SSTC 53/1985, de 11 de abril, FFJJ 3 y 8 y 66/2022, de 2 de junio, FJ 4), de manera que constituye «la base de nuestro sistema de derechos fundamentales» (por todas, SSTC 212/2005, de 21 de julio, FJ 4; 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 8, y más recientemente, la STC 81/2020, de 15 de julio, FJ 11).

Desde luego, tales derechos se encuentran plenamente vigentes en el ámbito de la asistencia y control médico del seguimiento del embarazo y asistencia al parto, contexto en que la mujer goza de los derechos reconocidos en la Ley 41/2002, en cuanto se encuentra sometida a intervenciones sobre su cuerpo invasivas, dolorosas y no exentas de riesgos con sus efectos secundarios.

En consecuencia, no son admisibles comportamientos que sustraigan a la mujer de su derecho a ser informada con fundamento en que el parto es un proceso natural, puesto que ello supondría la reducción de su persona a la categoría de un simple ente sin voluntad sobre el que cabe libremente disponer, prescindiendo de su autonomía a la hora de gestionar el proceso del parto. No cabe sostener que, en tales casos, su consentimiento no deba ser obtenido, que pueda ser ignorado o que deba soportar pasivamente cualquier intervención sobre su cuerpo mediante la cosificación de su persona.

En este sentido, alcanza especial importancia el denominado «plan de parto», documento que goza de mayor tradición en los países anglosajones, pero que comienza a generalizarse en el nuestro, y que es presentado a la mujer gestante, por el centro hospitalario en el que va a ser atendida, para expresar sus expectativas y preferencias, por lo que adquiere notoria importancia para evaluar la compatibilidad de las actuaciones médicas realizadas con la voluntad de la gestante, relevancia que igualmente alcanzan las anotaciones efectuadas en la historia clínica sobre la información dispensada en el proceso de la asistencia médica recibida, en los términos del art. 4.1 de la Ley 41/2002, que, aunque sea verbal, deberá dejarse constancia de ella en tan fundamental documento clínico, sin perjuicio de su obtención por escrito cuando sea procedente.

La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2014, relativa a la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud señala que:

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

»[...] En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva».

En esta línea, el preámbulo de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, señala que:

«El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar».



Pues bien, en su art. 2, referido a las definiciones, en su apartado 5, se establece que son:

«Intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas: Aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias».

Y, por su parte, el art. 3 dispone que:

«1. A efectos de esta ley orgánica, serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos los siguientes:

»a) Respeto, protección y garantía de los derechos humanos y fundamentales. La actuación institucional y profesional llevada a cabo en el marco de esta ley orgánica se orientará a respetar, proteger y garantizar los derechos humanos previstos en los tratados internacionales de derechos humanos.

»Dentro de tales derechos, los poderes públicos reconocen especialmente:

»1.º Que todas las personas, en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad, la salud y autonomía personal, pueden adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las leyes».

Por su parte, el TEDH reconoce que el derecho a la vida privada incorpora el derecho a decidir ser o no ser madre o padre, que, a su vez, incluye el derecho a elegir las circunstancias en que se desea dar a luz (STEDH de 14 de diciembre de 2010, asunto Ternovszky c. Hungría, § 22).

Las SSTC 66/2022, de 2 de junio, y 11/2023, de 23 de febrero, abordaron el mismo supuesto, desde perspectivas distintas, la relativa al internamiento forzoso acordado judicialmente de una mujer gestante en el que concurrían graves riesgos para la vida del feto (hipoxia fetal y muerte intrauterina), que pretendía dar a luz en su casa asistida de una comadrona, y la concerniente a la asistencia médica prestada a la gestante en el centro hospitalario en donde fue ingresada contra su voluntad.

A ambos supuestos, tratados jurídicamente como recursos separados, se refiere la STC 11/2023, con cita de la STC 66/2022, en los términos siguientes:

«[e]l primero de los presupuestos de hecho que dio lugar a una de las iniciativas de la parte recurrente tiene que ver con la cuestión relativa al ingreso obligado de doña Margarita ., en un centro hospitalario para ser atendida en su último período de gestación, previo al parto, como consecuencia de la valoración clínica, efectuada por los servicios sanitarios del establecimiento hospitalario de Oviedo, 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. Y el segundo de los presupuestos, que se corresponde con la siguiente de las iniciativas viene referido a las actuaciones médicas que siguieron a aquel ingreso, realizadas durante su estancia hospitalaria».

En el caso que ahora nos ocupa, es la doctrina de la STC 11/2023, de 23 de febrero, la que nos interesa como fundamento resolutorio del presente recurso; pues bien, dicha sentencia determina cuáles son los derechos fundamentales que protegen a la mujer durante su embarazo y posterior parto, lo que hace en los términos siguientes:

«Como ha afirmado recientemente este tribunal en la citada STC 66/2022, FJ 3 A) c) ii), con cita de la STC 93/2013, de 23 de abril, FJ 9, "todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1 CE), así como a su derecho a la integridad física (art. 15 CE)". Asimismo, en la citada sentencia el Tribunal afirmó que "[t]ambién en conexión con esa autodeterminación opera el derecho consagrado en el art. 15 CE, que protege 'la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular' (SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). Su finalidad es proteger la 'incolumidad corporal' (STC 207/1996, de 16 de diciembre, FJ 2), habiendo adquirido también una dimensión positiva en relación con el libre desarrollo de la personalidad, orientada a su plena efectividad (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5)"».

Continua la STC 11/2023, de 23 de febrero, con el análisis de las exigencias que impone 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, que actualiza y completa la regulación contenida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, con observancia de las previsiones del 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



hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (instrumento de ratificación BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999), con fecha de entrada en vigor de 1 de enero de 2000, pues bien, explica dicha resolución que:

«La citada Ley, como también expusimos en la citada STC 37/2011, FJ 5, establece la exigencia, con carácter general, del previo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, "que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada" y que "se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley" (art. 2.2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (art. 2.3), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (art. 2.4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que "[t]oda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso", y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito. Como excepción, se permite llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin necesidad de su consentimiento en supuestos tasados (art. 9.2)».

Ahora bien, respetar las decisiones adoptadas por la gestante obliga a ponderar también la viabilidad del nasciturus, lo que, como señala la STC 66/2022, FJ 4 C) y refrenda la STC 11/2023, FJ 3 D) exige: «identificar la vida y salud del feto que albergaba en su seno la gestante, como bien susceptible de protección, que ha de ser tenido en cuenta en nuestro enjuiciamiento constitucional, en su confrontación con los derechos fundamentales cuya lesión alega la parte recurrente». En la STC 53/1985, FJ 5, se precisó que el nasciturus constituye «un bien jurídico cuya protección encuentra fundamento constitucional en el art. 15 CE, en cuanto encarna el valor fundamental de la vida humana, garantizado en dicho precepto constitucional». También, la STEDH de 15 de noviembre de 2016 (Dubská y Krejzová contra República Checa) que establece que la ponderación entre el derecho de la gestante a elegir las circunstancias y el método de parto y el incremento del riesgo para la salud del feto, constituye una limitación de los derechos de aquella que no es contraria al art. 8 CEDH (Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950).

En definitiva, se desestimó el recurso de amparo, puesto que se constató se había respetado el plan del parto, y la recurrente había sido debidamente informada en el proceso del parto por los médicos que la atendieron y que había prestado su consentimiento con respecto a la asistencia dispensada por orden judicial.

El Comité de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979, instrumento de ratificación por España de 16 de diciembre de 1983 (BOE de 21 de marzo de 1984), conocido por sus siglas en inglés CEDAW, en su decisión adoptada con el n.º 138/2018, en el caso S.F.M. contra España, de fecha 20 de febrero de 2020, consideró que se habían vulnerado los derechos de la autora (reclamante) en un caso en que se habían practicado 10 tactos vaginales, provocado el parto con suministro de oxitocina sin explicación de sus efectos adversos y practicado una episiotomía, todo ello sin consentimiento de la parturienta, en virtud de lo dispuesto en los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención, al tiempo que formuló al estado español las recomendaciones siguientes:

«a) En relación con la autora: proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos por la autora; adoptó las siguientes recomendaciones dirigidas a España como estado parte.

»En general

»(i) [...] en particular, proporcionar a la mujer información adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva [...].».

La misma decisión se adoptó por el referido Comité en el caso N.A.E contra España en comunicación 149/2019, de fecha 27 de junio de 2022 (CEDAW/C/84/D/149/2019), en un supuesto en que la autora, de 25 años, cuyo embarazo había sido controlado con un plan de parto en el que ella y su pareja expresaban no querer que se administrasen medicamentos para provocar o acelerar el parto, que las decisiones que el personal médico tenga que tomar sean consensuadas, que, si fuera necesaria la cesárea, el bebé esté con su madre en cuanto nazca o con su padre si la autora tuviera que permanecer en el quirófano, y que no se alimente al bebé con



biberones, se produjo una inducción al parto mediante inyección de oxitocina, sin que sus repetidas solicitudes de información sobre los riesgos y sus alternativas fueran atendidas, comunicando la matrona que pasaría a cesárea que se practicó sin consentimiento informado.

Pues bien, en este dictamen, se cita el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (A/74/137, párrafos. 4, 12 y 15) cuando señala que:

«También es particularmente pertinente su afirmación según la cual el consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas, por lo que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo».

De nuevo el CEDAW, en el caso M.D.C.P. contra España comunicación 154/2020, de 24 de febrero de 2023, adoptó recomendaciones como las expuestas y la necesidad de obtener el consentimiento informado de la mujer gestante en cualquier tratamiento invasivo durante el parto respetando, por ende, su autonomía y su capacidad para tomar decisiones informadas en relación a su salud reproductiva.

No obstante, es necesario tener en cuenta, en relación con los dictámenes de los comités de Naciones Unidas, y específicamente, del CEDAW, que contienen recomendaciones para el Estado parte, pero no tienen funciones jurisdiccionales [STC 11/2023, de 23 de febrero, FJ 3 C) en sentido similar, STC 46/2022, de 24 de marzo, FJ 6)].

El CEDAW emitió, en el año 1999, la recomendación núm. 24, que es expresamente citada por la STC 11/2023, de 23 de febrero, en la que se pone de manifiesto que:

«[I]as mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles», señalando, además, que son aceptables los servicios de atención médica de calidad que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Asimismo, que "[e]n sus informes, los Estados partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto" y que los Estados deberán "exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa"».

4.- Las circunstancias concurrentes en el caso objeto del presente recurso de casación.

La parte recurrente se queja de no haber recibido información, en el curso del parto instrumental que le fue practicado (ventosa, fórceps y episiotomía), sobre su procedencia, beneficios, riesgos y alternativas, de manera que se llevó a efecto por decisión médica unilateral con ausencia de su consentimiento informado, sin que concurriera ninguna circunstancia de urgencia vital que legitimase la actuación de las facultativas que atendieron al parto, pese a hallarse la recurrente perfectamente consciente bajo anestesia epidural, y sin que a tal efecto valga la advertencia de la hoja de consentimiento informado circunscrita a la práctica de dicha anestesia, en el que consta que:

«Algunos estudios indican que los partos con epidural, se utilizan con mayor frecuencia técnicas (ventosa o fórceps), para guiar el bebé por el canal vaginal en el último momento del parto. Los motivos son diversos entre ellos que la epidural se utiliza más en partos difíciles y que el uso de dosis elevadas de anestésico epidural puede relajar los músculos necesarios para el parto. Si usted precisa dichas técnicas se ajustará la dosis epidural para que sienta las mínimas dolencias.

»En el caso de que sea necesario hacer un corte para ampliar el paso del bebé en la salida por el canal del parto (episiotomía), la analgesia epidural suele ser suficiente para que el obstetra o la comadrona pueda realizarlos sin molestias para usted. En caso contrario le reforzaremos la zona con anestesia local».

Pues bien, en el presente caso, concurren las circunstancias siguientes:

1) No figura en el historial clínico aportado ningún plan de parto, ni ningún documento escrito de explicación de la asistencia al parto y sus riesgos inherentes, con la salvedad de la anestesia epidural. Tampoco consta ningún asiento relativo a que la actora se le hubiese suministrado, durante el proceso del parto, información verbal relativa a que era necesario practicar un parto instrumental, y bajo qué concretas técnicas de extracción y sus riesgos. No se le explicó la posibilidad de proseguir con un parto natural, al no haber transcurrido los plazos recomendados por la SEGO para las nulíparas con anestesia epidural.



2) Desde luego, pese a lo establecido en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, no se dejó constancia en la historia clínica de la información dada sobre tales extremos, información que la demandante niega recibida, y que no demostraron haberla suministrado las facultativas que practicaron el parto, a pesar de que eran ellas las obligadas a prestarla. El art. 4.3 de la precitada disposición general impone dicha obligación, no solo al médico responsable sino también a «todos los profesionales que atiendan durante el proceso asistencial o apliquen una técnica o un procedimiento concreto».

En este sentido, la STS 511/1997, de 29 de mayo, señala que:

«[a]unque se permita su práctica en forma verbal, al menos debe quedar constancia de la misma en la historia clínica del paciente y documentación hospitalaria que le afecte, como exige la Ley de 14 de noviembre de 2002, lo que aquí se ha omitido y acrecienta la presunción de que no se practicó información alguna».

Es cierto que, en la STS 414/2004, de 27 de mayo, esta sala ha indicado que «el hecho de que no quedara constancia escrita de la información no quiere decir que la misma no se haya facilitado», en el mismo sentido la STS 330/2015, de 17 de junio; pero lo cierto es que constituye una sólida presunción de que tal información no fue suministrada. En este caso, no constan otras pruebas y el tribunal provincial se funda al respecto en una inexistente situación de urgencia vital. El cualquier caso, las dudas perjudican a las demandadas al corresponderles la carga de la prueba (art. 217 LEC).

De igual forma, la STS 1197/2007, de 23 de noviembre, establece que:

«La jurisprudencia es unánime en considerar que es al médico a quien corresponde la carga de la prueba de haber obtenido el consentimiento informado previo del paciente y ello basándose no sólo en las disposiciones legales, sino también en el criterio de la primacía y así se declara en las sentencias de 25 abril 1994, 31 julio 1996, 16 octubre, 10 noviembre y 28 diciembre 1998, 19 abril 1999, 26 septiembre 2000, 12 enero y 27 abril 2001, 29 mayo y 8 septiembre 2003, 7 abril y 29 octubre 2004, 29 septiembre 2005, 15 mayo y 26 junio 2006, 6, 19 y 29 junio 2007, 19 julio 2007, etc.».

Y, por su parte, la STS 828/2003, de 8 de septiembre, nos ilustra sobre las consecuencias de la falta de prueba sobre si se dio o no la información correspondiente, incertidumbre que perjudica al médico y no al paciente, y así declara:

«En efecto, las dudas o incertidumbres que haya generado la insuficiencia de prueba del consentimiento no pueden perjudicar a la parte que no tiene la carga de la prueba, sino justamente a la contraria, no otra que el demandado. Como explica la sentencia del Tribunal Supremo de dos de enero de 2001, desde la sentencia del Tribunal Supremo de 16 de octubre de 1998, esta Sala mantiene que la obligación de informar corresponde a los profesionales que practicaron la intervención y al Centro hospitalario. En el mismo sentido, la de 28 de diciembre de 1998, hace recaer la carga sobre el profesional de la medicina, por ser quien se halla en situación más favorable para conseguir su prueba. Igualmente, la sentencia de 19 de abril de 1999, repite tal criterio».

3) Tampoco concurría ninguna situación de riesgo vital ni estado de necesidad terapéutico, que permitiera excepcionar el deber de informar a la gestante sobre la posibilidad de espera para llevar a efecto un parto natural. Todos los informes periciales, antes examinados, están de acuerdo en que no existía ningún signo de sufrimiento fetal, ni peligro para la vida de la madre, desde luego no lo es una fiebre de 37,5.º, ni por supuesto concurría indicación para la práctica de cesárea.

No nos encontramos, por consiguiente, ante un caso similar al contemplado en la STS 1068/2025, de 7 de julio, en el que existía un consentimiento informado con respecto a los riesgos del parto vaginal en caso de cesárea previa, y en el que se había acreditado que la intervención se llevó a cabo en un contexto de urgencia vital, con una evolución clínica súbita y crítica que impedía razonablemente la obtención del consentimiento, y, por lo tanto, no podía exigirse al cirujano que saliese a informar a los familiares y obtener de estos dicho consentimiento, sin perjuicio de que, al finalizar la intervención, fueron debidamente informados. Así mismo, una vez remitida a UCI, se recabó consentimiento informado del marido, respecto a los riesgos de tal actuación médica.

4) La demandante se encontraba con plena capacidad para recibir información y emitir un consentimiento libre y consciente. Tampoco hay constancia de que se le informase de que se le iba a practicar un parto instrumental, nada al respecto consta en el historial clínico de la demandante y sus riesgos. En definitiva, se incidió directamente sobre la integridad física de la gestante por unilateral decisión médica sin información previa suministrada y sin que valga como justificación la búsqueda del beneficio de la parturienta.

5) No podemos considerar cubierto el deber de información a través del consentimiento informado obrante en la hoja de la anestesia epidural, en la que se explica en qué consiste ésta y los riesgos inherentes a su práctica, pero que no cubre la información precisa para extenderla al parto instrumental, objeto del presente



proceso, en cuanto a la necesidad de su práctica y con respecto a cuáles eran sus riesgos típicos, decisión que fue adoptada por las especialistas que atendieron a la gestante que no probaron, en modo alguno, haber informado al respecto a la demandante.

6) Es cierto que el parto, una vez iniciado, no permite una vuelta atrás, pero, en el proceso desencadenado hasta el alumbramiento, se encuentran vigentes los deberes de información y toma de decisiones que sean posibles cuando persista la conciencia de la gestante y con respecto a la protección que merece de la vida y salud del feto, sin que pueda prescindirse de la dignidad de la mujer y sus derechos fundamentales.

Por todo ello, el recurso debe ser estimado.

OCTAVO.- Asunción de la instancia: determinación de la relación causal y el daño resarcible

La asunción de la instancia implica resolver estas tres cuestiones que abordaremos a continuación: 1) la existencia de nexo causal; 2) la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad y 3) la concreta determinación de la indemnización procedente.

1.- La relación de causalidad

Hemos de señalar, en primer lugar, que cabe apreciar la existencia de una relación de causalidad entre el parto instrumental practicado y los daños personales sufridos por la demandante como consecuencia del empleo de la ventosa y especialmente del fórceps al empujar el feto por el canal del parto.

El perito Sr. Romulo advierte de los riesgos de la utilización del fórceps, al informar que para su empleo el obstetra debe tener un amplio conocimiento de la anatomía de la cabeza fetal y contar con su propia experiencia. Explica además que, dentro de sus riesgos, se encuentran las lesiones en el canal del parto y desgarros de grado III y IV. También, indica que los partos instrumentales vienen generalmente acompañados de episiotomía, que constituye una nueva causa de lesión del suelo pélvico.

Por su parte, el perito Sr. Aureliano informa que los mecanismos fisiológicos de la gestación y del parto pueden provocar lesiones en el suelo pélvico por compresión y estiramiento, pero que desaparecen en la práctica totalidad (90% de los casos) durante el primer año del postparto, lo que no es caso que nos ocupa. El riesgo de lesión es mayor en el supuesto de partos instrumentales y práctica de episiotomía.

El motivo por el cual el fórceps causa más lesiones del suelo pélvico, explica dicho especialista, es una causa puramente mecánica, puesto que si la cabeza del feto comprime las estructuras musculares y el trayecto del nervio pudendo, al colocar las palas del fórceps aumentamos la ocupación en el canal del parto con lo cual la presión y elongación serán mayores y, por lo tanto, superiores las posibilidades de lesión pélvica que, tras los estudios neurológicos realizados, se diagnosticó como síndrome miofascial por causa obstétrica.

Desde luego, no resulta indiferente para la lesión pélvica sufrida la utilización de dicho instrumento médico.

Como consta en los informes aportados por la actora, tras el parto, la demandante, en reiteradas ocasiones, se quejó y fue atendida por dolor pélvico. El 2 de abril de 2015, acude al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario DIRECCION001, por dolor localizado en la cicatriz de la episiotomía, y se especifica que el mismo se sufre, desde hace un año, es decir desde 2014, y es valorada por dolor pelvi-perineal, presentando un score de sensibilización pelviana de 6/10.

El 18 de septiembre de 2015, se le realiza infiltración del nervio pudendo derecho en la Clínica de las DIRECCION002 de Madrid. Se le trata en la Unidad de Dolor, con diagnóstico de neuralgia pudenda; y el 20 de abril de 2016 se le realizó bloqueo de dicho nervio sin resultado efectivo. Se practicaron dos bloqueos más, también sin eficacia, por lo que se decide radiofrecuencia pulsada de las tres ramas del nervio pudendo derecho e infiltración del músculo piramidal del mismo lado.

El 11 de julio de 2016, el Dr. Luis Angel realiza a D.^a Modesta un estudio neurofisiológico del suelo pélvico, que no muestra datos de neuropatía en los nervios pudendos, pero sí una actividad muscular aumentada en suelo pélvico compatible con síndrome miofascial, con unos umbrales para el dolor ante estimulación eléctrica descendidos.

Desde septiembre de 2016, acude a consulta de fisioterapia especializada en rehabilitación del suelo pélvico.

El 8 de octubre de 2016, el Dr. Plácido, experto en tratamiento del dolor, emitió el siguiente juicio clínico: síndrome del elevador del ano grado moderado; síndrome del oblicuo abdominal grado moderado; síndrome del piramidal derecho; episiotomía derecha dolorosa, restrictiva e hipertrófica; y síndrome del glúteo derecho. Criterios de Nantes para neuralgia del pudendo: no. considera índice de discapacidad del 42%. Solicitada administrativamente y con resultado no obrante en autos.



En definitiva, la relación entre parto y la lesión sufrida responde a los criterios topográfico, de intensidad, cronológico, evolutivo y de plausibilidad biológica a los efectos de establecer un nexo de causalidad cierto. Tampoco existe una hipótesis alternativa sobre el origen del daño sufrido y los criterios de probabilidad cualificada se han visto más que satisfechos.

En efecto, esta Sala ha declarado, que se puede dar por acreditada la relación causal con base en la apreciación de perspectivas de verosimilitud o una mayor probabilidad cualificada (sentencia 606/2000, de 19 de junio), grado de probabilidad cualificada suficiente (sentencias de 5 de enero de 2007, en recurso 161/2000; 1242/2007, de 4 de diciembre) o alta probabilidad (sentencia 772/2008, de 21 de julio), o como dice la sentencia 944/2004, de 7 de octubre, aunque no haya certeza absoluta, difícilmente predictable de los juicios humanos con sus consustanciales limitaciones cognitivas, la relación causal aparece como probable en un juicio de probabilidad cualificada, sin que se proporcione una hipótesis alternativa de similar intensidad. En el mismo sentido, más recientemente SSTS 141/2021, 15 de marzo y 870/2024, de 18 de junio.

2.- *La doctrina de la pérdida de oportunidad.*

En cuanto a la ponderación del daño sufrido, es necesario partir de la base de que la presente es una demanda de responsabilidad civil y presupuesto de su determinación es la existencia de un daño.

Hemos señalado, en las SSTS 105/2019, de 19 de febrero, 204/2024, de 19 de febrero, 334/2024, de 6 de marzo y 1692/2025, de 25 de noviembre, que se aplica la doctrina de la pérdida de la oportunidad en supuestos en los que se les privó al paciente de su derecho a decidir por insuficiencia o ausencia de información de los riesgos materializados.

En el presente caso, no nos hallamos ante un supuesto en el que resulte acreditado que, si se hubiera dado la información pertinente sobre la posibilidad de continuar con el parto natural -no habían transcurrido los plazos orientativos del expulsivo de la SEGO, ni existía riesgo vital-, la demandante hubiera accedido a que se le practicase un parto instrumental con los riesgos inherentes al mismo siempre que además le hubieran sido informados. Tampoco, albergamos la seguridad de que su decisión fuera la de optar por la primera de las alternativas descritas (parto natural). Ahora bien, lo que sí parece plausible es que, de haberle suministrado la información oportuna, su decisión podría ser otra distinta a la adoptada unilateralmente por las facultativas interviniéntes, y de esta posibilidad, que era seria, real y avalada científicamente por la autoridad de la SEGO, y no meramente remota o improbable, se le privó de ella, prescindiendo de su consentimiento, incluso con respecto a la injerencia corporal.

En definitiva, perdió una evidente oportunidad real y fundada de haber tomado otra decisión, que pudiera haber evitado el daño sufrido, cual era retrasar el parto y esperar cómo evolucionaba al no concurrir una situación de riesgo para el feto, ni para la gestante, ni cumplirse las indicaciones de espera del expulsivo según la SEGO, aunque obviamente el rechazo a continuar con el parto ya no era posible al haberse desencadenado el proceso del expulsivo. En cualquier caso, se le privó de la información procedente de los riesgos del parto instrumental.

3.- *Cuantificación de la indemnización procedente.*

La demandante solicita, en concepto de lesiones físicas y periodo de curación, la cantidad de 38.686,90 euros, con sujeción al baremo del RDL 8/2004, de 29 de octubre; y por daño moral, en esferas como la vida sexual y actividades esenciales de la vida, la cantidad adicional de 60.000 euros, así como por daño patrimonial derivado de gastos de tratamiento del dolor y fisioterapia especializada, hasta cumplir los 85 años de esperanza de vida, respectivamente 44.260 euros y 118.037 euros, así como gastos de transporte a los centros hospitalarios para recibir dichos tratamientos.

La demandante solicita por lesiones permanentes: 20 puntos, a razón de 1.258,60 euros, por analogía con lesiones vulvares y vaginales que dificulten o imposibiliten las relaciones sexuales. La perito de la parte demandada, especialista en daño corporal, utiliza como criterio analógico la neuralgia del nervio femoral y entiende aplicables 15 puntos. Aceptamos la tesis de la demandante por mayor proximidad entre las dolencias sufridas y la secuela tabular, además de que las padecidas abarcan mayores disfunciones y consecuencias lesivas, con lo que estimamos procedentes los 25.172 euros por secuelas y 13.514,90 euros por días no impeditivos, estos últimos no cuestionados, lo que hace un total de 38.686,90 euros.

La demandante postula 60.000 euros por daño moral derivado de las limitaciones que sufre para realizar actividades esenciales de la vida y lesión del consentimiento informado. Por este concepto consideramos procedentes 30.000 euros, por la afectación que le producen las secuelas padecidas en su vida diaria. En este caso, el máximo tabular no alcanza los 20.000 euros (hasta 19.172,54 euros), en cuanto a lesiones permanentes que constituyan una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima, y dentro de estas la categoría de permanente parcial, con secuelas permanentes que limiten parcialmente la ocupación o actividad habitual, sin impedir la realización de las tareas fundamentales de la misma.



No aplicamos la Ley 35/2015, por no haber sido solicitado (STS pleno 951/2015, de 17 de junio), aunque sí cabe aplicar criterios correctores al alza para garantizar el principio de indemnidad del daño en ponderación a las circunstancias concurrentes (SSTS 901/2021, de 21 de diciembre; 963/2023, de 14 de junio o 562/2025, de 9 de abril entre otras). En este caso, se prescindió del consentimiento informado con afectación directa a un derecho fundamental como la integridad física de la persona, pues se optó por el parto instrumental sin advertencia a la demandante, sin explicación de la alternativa existente del parto natural mediante un aplazamiento temporal del expulsivo, y sin explicación de los mayores riesgos que implica la aplicación de la ventosa y fórceps.

No se ha practicado prueba pericial por la demandante sobre la necesidad, durante toda su vida (hasta los 85 años), de que se le deban practicar bloqueos anestésicos y fisioterapia especializada del suelo pélvico, así como de su eficacia, con las correlativas necesidades de transporte a los centros asistenciales correspondientes para la dispensa de estos tratamientos. La ausencia de una prueba pericial al respecto es determinante. Es, por ello, que esta reclamación no pueda ser atendida, aunque sí incluimos gastos devengados y acreditados de 580 y 725 euros respectivamente.

Ahora bien, para continuar con la labor de individualizar la cuantificación del daño, es necesario partir de la base de que la sentencia recurrida descartó la existencia de una mala praxis en la ejecución del parto instrumental generadora del daño, y que el recurso de casación no se basa en tal motivo, sino en la lesión del derecho al consentimiento informado.

Es doctrina de esta sala indemnizar, en estos casos, la pérdida de la oportunidad provocada por la omisión o insuficiencia informativa sufrida y no la reparación íntegra o completa del daño físico materializado constitutivo del riesgo típico no revelado. Se opta, en definitiva, por una responsabilidad proporcional o fraccionada, en cuanto la reparación íntegra se reserva para la negligencia concurrente en el acto o intervención practicada, que no es el caso.

En definitiva, como señala la STS 488/2006, de 10 de mayo:

«[e]l daño que se debe poner a cargo del facultativo no es el que resulta de una intervención defectuosa, puesto que los hechos probados de la sentencia descartan una negligencia médica en la práctica de la intervención. El daño que fundamenta la responsabilidad resulta de haber haberse omitido la información previa al consentimiento, que si lo hubo para realizarla, así como de la posterior materialización del riesgo previsible de la intervención, puesto que con ello se impidió a la madre del menor poder tener debido conocimiento del mismo y actuar en consecuencia antes de dar su autorización».

De igual forma, se expresa la STS 478/2009, de 30 de junio, cuando sostiene:

«Conforme a la jurisprudencia más especializada de esta Sala (p. ej. SSTS 10-5 y 21-12-06), la indemnización no tiene que coincidir necesariamente con la que correspondería al daño o lesión causado por la intervención, es decir, a la materialización o cristalización del riesgo típico; desde esta perspectiva tiene razón la sentencia de primera instancia al moderar la suma indemnizatoria aplicando el art. 1103 CC por no deber equipararse la intensidad de la culpa derivada de una mala praxis en la intervención a la que comporta la omisión o insuficiencia de información sobre un riesgo típico».

En la STS 948/2011, de 16 de enero de 2012, se establece, en lo que ahora nos interesa:

«En este caso, la sentencia hace coincidir el daño que indemniza con las graves secuelas que resultaron de la intervención a que fue sometido el demandante, como si las hubiera causado directamente el médico por una deficiente actuación médico-quirúrgica. Es cierto que existió una intervención quirúrgica y que en términos de causalidad física esta es la causa del daño sufrido, porque las secuelas se generaron como consecuencia de la misma y sin ésta no se habría producido. Ahora bien, el daño que se debe poner a cargo del facultativo no es el que resulta de una intervención defectuosa, puesto que los hechos probados de la sentencia descartan una negligencia en este aspecto...».

» [...] En definitiva, existe una evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber sido informado el paciente, en base a lo cual y dentro del ámbito de la causalidad material o física que resulta de la sentencia, es posible hacer efectivo un régimen especial de imputación probabilística que permite reparar en parte el daño, como es la pérdida de oportunidad, que toma como referencia, de un lado, el daño a la salud sufrido a resultas de la intervención y, de otro, la capacidad de decisión de un paciente razonable que valora su situación personal y decide libremente sustraerse o no a la intervención quirúrgica sin el beneficio de conocer las consecuencias para su salud una vez que estas ya se han producido».

En el mismo sentido, STS 227/2016, de 8 de abril.



Para ello, partimos de la base de que es compatible un parto natural con la existencia de lesiones del suelo pélvico, pero estas desaparecen, en el 90% de los casos, al año del posparto. Sabemos, también, que la práctica del parto instrumental, mediante la utilización del fórceps, incidió en la lesión padecida, al aumentar la presión sobre el canal del parto y la práctica de la episiotomía que resulta hipertrófica y dolorosa.

La indemnización total sería de 69.991,9 euros, que reducimos a un 50% por pérdida de oportunidad en atención a que no existía alternativa a la interrupción del parto, que el feto era grande de 4.050 gramos, lo que dificultaba, pero no impedía el parto natural, que éste era factible en cuyo caso disminuían notoriamente los riesgos materializados, que estos no son de alta frecuencia, y que caben lesiones en el suelo pélvico en partos naturales, ponderando la entidad de las lesiones sufridas que afectan a la vida cotidiana de la demandante, así como que no se apreció mala praxis en pronunciamiento firme.

Por todo ello, se fija la indemnización en 34.995,95 euros, a la que procede condenar solidariamente a las demandadas, con los intereses fijados en la sentencia de primera instancia.

NOVENO.- Costas y depósito

La estimación parcial de los recursos extraordinarios por infracción procesal y casación, así como de la demanda y recurso de apelación, conlleva a que no se haga especial pronunciamiento sobre costas (arts. 394 y 398 LEC).

Al estimarse en parte los recursos interpuestos procede la devolución de los depósitos constituidos para recurrir (disposición adicional 15.^a apartado 8 de la LOPJ).

F A L L O

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

1.º-Estimar en parte el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por la demandante, D.^a Modesta , contra la sentencia dictada el 14 de octubre de 2020 por la Sección Decimonovena de la Audiencia Provincial de Madrid en el recurso de apelación n.^º 780/2019.

2.º-Estimar parcialmente el recurso de casación interpuesto por la demandante D.^a Modesta contra la misma sentencia.

3.º-Casar en parte la sentencia recurrida para, en funciones de instancia, estimar parcialmente el recurso de apelación interpuesto en su día por las demandadas y revocar la sentencia 163/2019, de 18 de septiembre, dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.^º 38 de Madrid, en los autos de juicio ordinario 381/2017, con la condena de las demandadas D.^a Remedios y D.^a Eva a indemnizar solidariamente a la demandante, D.^a Modesta , en la cantidad de 34.995,95 euros, con los intereses fijados en la sentencia del juzgado.

4.º-No imponer a ninguna de las partes las costas de la primera, segunda instancia y recursos extraordinarios por infracción procesal y casación.

5.º-Y devolver a las partes recurrentes los depósitos constituidos para recurrir

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.