



el PARTO es NUESTRO



**OBSERVATORIO DE
LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

Comunicado del Observatorio de la violencia obstétrica

Asociación El parto es nuestro

25 de noviembre de 2015



“La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente –aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto”. (Laura F. Belli, 2013)



A) Antecedentes

Desde la creación de la asociación El parto es nuestro hemos venido observando una constante manifestación de mala praxis, de abuso de poder y de violencia obstétrica en relatos enviados por las usuarias, sus familias y por los y las profesionales de la salud, tanto en los foros de intercambio como vía correo electrónico.

Ello quedó evidenciado en diferentes campañas de nuestra asociación:

-**Nuestra crítica al Informe Doulas (2014)**, creada por el equipo de comunicación de El Parto es Nuestro junto con DONA LLUM (Associació Catalana per un Part Respectat). Recordemos que ese informe niega la violencia obstétrica, considerándola una invención de las doulas.

-**Campaña "STOP Kristeller: Cuestión de gravedad"**. (2013) Aún hoy la maniobra de Kristeller se usa con frecuencia en los hospitales españoles con el fin de acelerar la fase del expulsivo del parto: según la encuesta realizada directamente a las mujeres para la revisión de 2010 de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en un 26,1% de los partos vaginales atendidos en hospitales públicos se había realizado esta maniobra, a pesar de encontrarse desaconsejada tanto por la OMS como por el Ministerio de Sanidad.

-**Campaña "Unidos en Neonatos"** (2012). A pesar de que las recomendaciones nacionales e internacionales indican que no se debe separar a los bebés de sus madres y que son muy pocos los casos en los que la separación se contempla necesaria, detectamos que a menudo los hospitales no cumplen con ellas y se producen separaciones. Esta situación nos ha animado a elaborar los Informes sobre la Accesibilidad de las Madres y Padres en Unidades Neonatales y el Cumplimiento de los Derechos de los Bebés Ingresados, uno por Comunidad Autónoma.

He aquí un resumen de los datos nacionales, donde se ha analizado un total de 256 Unidades Neonatales, 172 en centros públicos y 84 en centros privados:

- Porcentaje de centros con Unidades Neonatales abiertas 24 horas: 48%
- Porcentaje de centros con Unidades Neonatales con lactancia materna sin restricción horaria: 39%
- Porcentaje de centros con Unidades Neonatales con cuidado canguro implementado: 60%
- Porcentaje de centros con Unidades Neonatales cumpliendo las tres recomendaciones: 31%



-**Campaña "Que no os separen"** (2008), que pretende difundir información sobre la importancia del vínculo entre madre y bebé, la no separación rutinaria al nacer, y los derechos de los niños hospitalizados. El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y Unicef nos han prestado su apoyo para la realización de este proyecto.

-**Campaña por la Transparencia en la Obstetricia** (2007), que denuncia la ausencia de datos y estadísticas en torno a la atención al parto y la falta de rigurosidad de los escasos datos disponibles. Hemos solicitado la colaboración de todos los hospitales españoles, públicos y privados, para poder ofrecer datos fiables que sirvan de herramienta de decisión a las mujeres. Dentro de la campaña se propone incluir como marcadores de calidad índices como el porcentaje de bebés que no son separados de sus madres al nacer, el porcentaje de episiotomías, de inducciones, de corte tardío del cordón... mas nos consta la dificultad de conseguir estos datos.

-**Campaña contra la Episiotomía de rutina**, que denuncia que las episiotomías rutinarias no aportan ningún beneficio y que producen dolor y generan graves secuelas para la mujer. Ofrecemos información y apoyo a través de www.episiotomia.info

Por su parte, el **Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema nacional de salud de diciembre del 2012 del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad** recoge las siguientes estadísticas:

- . 46.6% de amniotomías o amniorrexis realizadas
- . 53.3% de partos de inicio espontáneo con administración de oxitocina durante la dilatación
- . 19.4% de partos inducidos
- . 52.1% de partos con hoja de partograma cumplimentadas totalmente
- . 87.4% de partos en Litotomía
- . 26.1% con maniobra de kristeller
- . 41.9% con episiotomía
- . 4.7% de desgarros tipo III y IV grado con episiotomía
- . 1% de desgarros tipo III y IV grado sin episiotomía
- . 19.5% de partos instrumentales (10.2 % ventosa, 6.1% fórceps, 3.2% espátulas)
- . 22.02% de cesáreas (tasa muy variable según Comunidades Autónomas)
- . 44.2% de partos vaginales tras cesárea



. 21.4% de alumbramientos con manejo activo en partos normales

En cuanto a los protocolos hospitalarios, el mismo documento recoge los siguientes datos (teniendo en cuenta que según la Estrategia de atención al parto normal del Sistema nacional de salud todos deberían contener en un 100% las siguientes prácticas):

- . 84.5% protocolos que indican no rasurar o que no mencionan esta práctica
- . 78.6% protocolos que indican no administrar enema o que no mencionan esta práctica
- . 84.5% protocolos que indican permitir el acompañamiento ininterrumpido
- . 87.4% protocolos que permiten elegir libremente a la persona acompañante
- . 72.8% protocolos que indican facilitar deambular y elegir posición
- . 71.8% protocolos que indican permitir la ingestión de líquidos y alimentos
- . 31.1% protocolos que indiquen no colocar vía venosa periférica profiláctica de rutina
- . 67% protocolos que mencionan las alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor
- . 63.1% protocolos que indican no pinzar el cordón con latido
- . Solo un 15.5% protocolos que incluyen todas las recomendaciones de atención al parto normal

Mas el antecedente directo de nuestro Observatorio de la violencia obstétrica es la **Declaración de la Organización mundial de la salud de 30.09.2014 "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto"**, que insta a los Estados miembros a lo siguiente:

1. Mayor respaldo en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto;
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad;
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto;
4. Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso;
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.



Debemos asimismo tener en cuenta que:

. Según un estudio de 2008 de Childbirth connection (New mothers speak out study), de las mujeres encuestadas 18% presentaba síntomas de estrés postraumático a raíz del parto y 9% reunían todos los criterios;

. Según un artículo muy reciente (Beck, Driscoll y Watson, 2013), que analiza varios estudios, entre el 33 y el 45% de las mujeres perciben sus partos como traumáticos;

. Un parto traumático conlleva en el posparto (Beck, 2004) lo siguiente:

- culpa y vergüenza de los propios sentimientos
- falta de apoyo y comprensión por el entorno
- aislamiento (que podría desembocar en ansiedad o depresión)
- falta de apoyo por el sistema sanitario
- problemas de pareja
- dificultades en la instauración de la lactancia y del vínculo, especialmente si hubo separación del bebé
- evitación del sistema sanitario
- evitación de las relaciones sexuales
- disociación emocional
- alteración de la visión del mundo (la mujer deja de considerar el mundo como un lugar seguro)

Todas ellas consecuencias muy graves para la salud de las mujeres, que alteran notablemente su proyecto de vida y de familia.

Por todo ello se ha considerado urgente y necesario la creación de un Observatorio multidisciplinar y experto que pueda trabajar exclusivamente para la erradicación de la violencia obstétrica, grave problema de salud pública que nos atañe a todas las personas.



B) Plan de trabajo

El Observatorio de la violencia obstétrica es un organismo multidisciplinar, creado por y dependiente de la asociación El parto es nuestro, cuya finalidad es denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no sólo son víctimas las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y a la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad.

En este órgano colaboran cinco profesionales de diferentes campos relativos a la maternidad y la salud y se rige por los principios de imparcialidad, diálogo con otras instituciones y confidencialidad de los testimonios recibidos.

El Observatorio de la violencia obstétrica persigue los siguientes objetivos:

. **Servir de canal de comunicación** entre instituciones sanitarias, colectivos profesionales y asociaciones de usuarias y promover la colaboración entre estos tres sectores para lograr la erradicación de la violencia obstétrica.

A tal fin se ha remitido carta de presentación del mismo a asociaciones profesionales y civiles, con muy buena acogida.

. **Actuar como órgano de recogida, análisis y difusión de información** relativa a la violencia obstétrica, al tiempo que como órgano evaluador de las medidas adoptadas para erradicarla.

A tal fin se han venido recibiendo testimonios de mujeres que han vivido la violencia obstétrica.

Mas el Observatorio ofrece asimismo:

- a las madres: la posibilidad de cubrir un cuestionario online, cuya finalidad será el análisis estadístico en el informe de 2016



- a los y las profesionales sanitarios: la opción de compartir sus experiencias trabajando en entornos de violencia obstétrica, así como sus propuestas para prevenirla y/o eliminarla

. Mantener relaciones con instituciones internacionales similares.

A tal fin el Observatorio de la violencia obstétrica se ha puesto en contacto con sus homónimos de Chile, Argentina y Francia para trabajar en red y compartir recursos.

La primera reunión de esta Federación tendrá lugar en primavera del 2016.

. Formular recomendaciones a las instituciones sanitarias, siempre respaldadas tanto por la evidencia científica como por la legislación sobre derechos humanos.

El Observatorio, debido a la gravedad de los hechos relatados en los casos recibidos, se encuentra actualmente trabajando en esta dirección.

Cabe asimismo citar otras de nuestras acciones:

-contestación a entrevistas

-presentación del Observatorio en el próximo encuentro ENCA, de asociaciones europeas de parto respetado (Berlín, abril 2016)

Hemos creado, en definitiva, este Observatorio para todas las usuarias, familias y profesionales que necesiten apoyo en lo relacionado con la violencia obstétrica, confiando en que la crítica, la investigación, la cooperación y la información sobre la misma puedan evitar su perpetuación.



C) Reflexiones finales

Lo que de verdad importa (Jesusa Ricoy)

Lo que de verdad importa, a menudo se dice a la mujer tras el parto, es que el bebé y ella estén bien.

En ese bien se censura todo aquello que de verdad importa para resumirlo, implícitamente, en que ambos están vivos. El sufrimiento de ambos queda silenciado. En el bebé por no poder comunicar verbalmente y en la mujer porque de ella se demanda el sacrificio materno. Estas ideas se sostienen y mantienen en la ignorancia social y profesional sobre lo que de verdad importa en un parto.

Un parto es una experiencia vital y trascendental de la vida sexual de la mujer. Una experiencia a la que la mujer debería haber llegado a través de una decisión consciente desde un acto sexual consensuado y en igualdad de condiciones con su pareja. Una experiencia para la que debería haber crecido en salud, conociendo su cuerpo y entendiendo sus ciclos como parte de su naturaleza fisiológicamente cíclica. Disfrutando de conocerse en libertad, desde la experiencia propia y de manera autónoma. Una experiencia a la que debería llegar tras años de tomar decisiones propias, meditadas y respetadas. Y con la confianza de que tener un hijo no le supondrá que sus derechos dejen de importar o que su sexualidad y decisiones pasen a ser redundantes.

Aún a día de hoy, lo que aquí sugiero no es lo común, las mujeres crecen con todo tipo de mensajes sobre lo que su cuerpo debe ser, puede sentir o hasta dónde puede llegar. Las mujeres siguen siendo acalladas a menudo en sus entornos, invalidadas en sus opiniones o suplantadas por figuras masculinas en la toma de decisiones.

Aún a día de hoy hay una falta de conocimiento sobre la sexualidad propia de las mujeres para disfrute de sí mismas.

Y culmina este proceso con que todavía a demasiadas mujeres se les ignora, maltrata y daña durante el parto.



En actos en los que las víctimas somos todos, las mujeres y sus bebés porque tienen heridas físicas y emocionales que les durarán mientras vivan y los profesionales porque son víctimas de una maquinaria ciega y deshumanizante que les ha hecho olvidar quiénes son las mujeres y madres, y contra quienes atentan en este despropósito.

Lo que realmente importa en un parto es la salud de sus integrantes.

La salud en el 2015 y con todo lo investigado y documentado debería estar claro que es un cúmulo de factores, tanto físicos como psicosexuales. La salud es la de todos también de quienes observan un parto y quienes trabajan en ello.

Que deberían entender que ambos, madre y bebé, importan, y que sus bienestar con todo lo que ello conlleva son fundamentales para el otro. Lo que importa es la complejidad de ese sistema indivisible de amor, vínculo y vida que no hemos inventado nosotros y al que por tanto tan sólo podemos intentar proteger con el mimo, respeto y dedicación, que la admiración por su complejidad y eficiencia nos deberían inspirar.

El respeto por la autonomía, libertad y sexualidad de las mujeres en el parto es el respeto por la autonomía, libertad y sexualidad de las mujeres en el mundo.

El respeto por los recién nacidos en el parto, y dentro de su ecosistema primal que es su madre, es el respeto por la humanidad y su futuro.



Impacto de la violencia obstétrica en el bebé (Ibone Olza)

¿Qué siente un bebé al nacer en un ambiente demasiado frío, iluminado, ruidoso y con olores que le impiden reconocer el de su madre?

¿Qué siente al ser sostenido en el aire, cuando se encontraba tan sujeto en el útero, para ser medido y manipulado?

¿Qué siente cuando le colocamos un electrodo en la calota fetal no siendo necesario?

¿Qué siente cuando lo vacunamos sin estar en brazos de su madre ni amamantado?

Y cuando en el expulsivo se le aplica fórceps o ventosa, ¿pensamos en cómo compensarlo?

Dice el neonatólogo Nils Bergman que lo peor que le puede pasar a un recién nacido es que lo separen de su madre (Bergman, 2005). Yo creo que, aunque es terrible, por desgracia no es lo peor. Si nos preguntamos cómo afectan las rutinas asistenciales y aún más la violencia obstétrica al bebé, nos echamos a temblar. Tanto que preferimos no pensar en ello, esconderlo. Nos decimos que los bebés no sienten o que no recuerdan, o que las secuelas como las heridas o los hematomas se resuelven enseguida.

Nada más lejos de la realidad: lo que sucede en el parto queda indeleblemente grabado en el cuerpo del bebé, en su cerebro y en todo su cuerpo, incluso de por vida (Olza-Fernandez, Marin Gabriel, Gil-Sanchez, Garcia-Segura, & Arevalo, 2014). La memoria del bebé es principalmente corporal: sensaciones e incluso posturas que tenemos de adultos son a veces reflejo precisamente de esas memorias tempranas que no sabemos nombrar (Rustin, 2013).

La pregunta de qué huella dejan una atención al parto y al nacimiento inadecuada y la violencia obstétrica en el bebé es de difícil respuesta, pero algo podemos decir.

Por un lado, podemos mirar al plano físico, es decir, las secuelas de, por ejemplo, provocar el parto sin que haya una causa médica (a algunas madres se les engaña dándoles razones falsas para la inducción o la cesárea). Así, sabemos que esas prácticas aumentan las posibilidades de que el bebé tenga problemas respiratorios o de otro tipo (Kapellou, 2011), que tenga que ser ingresado al nacer, o que tenga más riesgo de tener problemas de aprendizaje o (esto se está estudiando) trastornos del espectro autista a largo plazo (Gregory, Anthopolos, Osgood,



Grotegut, & Miranda, 2013). Igualmente todas las secuelas derivadas de la separación madre-bebé al nacer, que han sido muy estudiadas y que tan bien explica Nils Bergman.

Por otro lado, siguiendo en ese plano físico, podemos ver las consecuencias que tiene para el bebé, además de sus propias heridas, tener una madre convaleciente las primeras semanas de vida. Es decir, si la madre está en cama por las complicaciones de una cesárea innecesaria, o si no se puede sentar por que tiene el periné destrozado, o si por culpa de la separación al nacer y de otras malas prácticas tiene unas grietas enormes que hacen que dar de mamar sea un martirio...El bebé se va a encontrar con que su madre no puede cuidarle de la misma manera ni con la misma calidad que si hubiera salido ilesa del parto, ni mucho menos disfrutar de él como ambos merecen.

Incluso se puede encontrar con que la madre está traumatizada, con que no puede mirarle sin evitar recordar el miedo que pasó en el parto, que no puede amamantarlo o que cada cumpleaños es para la madre el aniversario de una violación (Beck, 2006; Beck & Watson, 2008).

Aún puede ser más grave: la violencia obstétrica mata mujeres y niños y deja huérfanos y viudos en todo el mundo. En EEUU se calcula que el 72 % de muertes perinatales o lesiones neurológicas severas en recién nacidos tienen su origen en mala comunicación entre profesionales sanitarios.

Y recordemos que el intervencionismo excesivo, por ejemplo el uso indiscriminado de oxitocina, aumenta el riesgo de hemorragia materna grave, hipertensión, rotura uterina, parto precipitado... (Belghiti et al., 2011).

En realidad es difícil estimar la dimensión del problema. Se da por sentado que el parto es en sí mismo algo muy peligroso, que las mujeres y los bebés mueren con facilidad sin una atención correcta... Yo me pregunto hasta qué punto es así, hasta qué punto es cierto que la naturaleza haya previsto que el parto sea tan peligroso o que nuestros cuerpos sean tan imperfectos: me resisto a creerlo.

Más bien creo que gran parte de ese riesgo que se considera inherente al parto es por el contrario reflejo de la violencia obstétrica: desde mujeres que se desangran en los partos por prácticas inadecuadas o bebés cuya muerte temprana se hubiera podido evitar, por ejemplo,



dejando latir el cordón umbilical en vez de cortarlo nada más nacer. La OMS denuncia el maltrato a mujeres y bebés en los partos como un problema global en su Declaración de 30 de septiembre de 2014, pero todavía falta revisar las cifras de la mortalidad neonatal con las gafas de la violencia obstétrica.

Si sabemos poco sobre las huellas que deja la violencia obstétrica en el bebé, aún es más difícil pensar en cómo tratar esas secuelas. Probablemente el reconocer la violencia sea la mejor manera de poderlo tratar: con delicadeza y sensibilidad, facilitando la reparación y el duelo y potenciando la fisiología del vínculo a lo largo de toda la crianza, que, no olvidemos, en nuestra especie puede durar hasta casi veinte años.

Referencias

Beck, C. T. (2006). The anniversary of birth trauma: Failure to rescue. *Nursing Research*, 55(6), 381-390.

Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. doi:10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90

Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R. C., Bouvier-Colle, M. H., & Deneux-Tharaux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*, 1(2), e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514

Bergman, N. (2005). Restoring the original paradigm for infant care and breastfeeding. <http://www.kangaroomothercare.com/prevtalk01.htm>.

Gregory, S. G., Anthopolos, R., Osgood, C. E., Grotegut, C. A., & Miranda, M. L. (2013). Association of autism with induced or augmented childbirth in north carolina birth record (1990-1998) and education research (1997-2007) databases. *JAMA Pediatrics*, doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2904; 10.1001/jamapediatrics.2013.2904

Kapellou, O. (2011). Effect of caesarean section on brain maturation. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 100(11), 1416-1422. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02427.x; 10.1111/j.1651-2227.2011.02427.x

Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., Gil-Sánchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arévalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, doi:S0091-3022(14)00041-7 [pii]

Rustin, J. (2013). *Infant research and neuroscience at work in psychotherapy: Expanding the clinical repertoire*. New York: WW Norton.



Impacto de la violencia obstétrica en profesionales sanitarios (Lola Berdún)

La palabra violencia tiene unas connotaciones claramente negativas. Probablemente, muy pocas personas se reconocerían a sí mismas como violentas. Y, sin embargo, todo el mundo tiene un potencial violento que puede salir a la superficie en determinados momentos. No hay más que fijarse en las personas cuando conducen. Vivimos en una sociedad violenta, nadie puede negar esto, y toda actividad humana es susceptible de convertirse en violenta.

Ser capaz de identificar una situación como violenta depende de muchos factores, entre ellos el imaginario personal sobre la palabra y la sensibilización que se tenga sobre el tema. Con la violencia pasa lo mismo que sucede en Estados Unidos con los asesinatos indiscriminados en los centros de enseñanza o en los supermercados. Según Obama, este tipo de acciones se han vuelto tan cotidianas que la población estadounidense se está insensibilizando ante este tipo de noticias: http://www.nytimes.com/2015/10/05/universal/es/charles-m-blow-on-guns-fear-is-winning.html?_r=0

Podemos extrapolar lo que sucede con la violencia general a otros tipos más específicos como la violencia obstétrica. Si somos capaces de insensibilizarnos ante muestras de violencia palpables como son los asesinatos, ¿qué no pasará ante otro tipo de comportamientos mucho más sutiles?

Si nadie pone en duda que existen muchos tipos diferentes de violencia, ¿por qué existe tanta polémica sobre el concepto de violencia obstétrica? Tal vez la explicación esté en el hecho de que las definiciones sobre el concepto sitúan a las y los profesionales sanitarios como sus ejecutores. Si reconozco como profesional que la violencia obstétrica existe también estoy poniéndome en una posición de sospechosa o sospechoso potencial de haberla ejercido o hacerlo en un futuro. Esto, como ya se ha comentado, puede resultar inconcebible para muchas personas cuyo imaginario o sensibilización hacia la violencia puede ser muy variado.

Y, sin embargo, los y las profesionales sanitarios pueden ser, y de hecho lo son en muchas ocasiones, víctimas de violencia obstétrica. Si eres un profesional que trabaja en la atención al embarazo, parto o puerperio, piensa que puedes estar siendo víctima de la violencia obstétrica si:



- No puedes desarrollar las funciones para las que tienes cualificación profesional con completa libertad, a pesar de que tu práctica esté avalada por la evidencia científica.
- Cuando vas de camino a tu puesto de trabajo piensas en cómo se desarrollará la jornada laboral dependiendo de las compañeras o compañeros con quienes coincidas en el turno.
- Te ves cuestionada o cuestionado en las decisiones que tomas conjuntamente con la mujer, y en su caso su pareja, en cuanto a la evolución de su embarazo, parto o puerperio.
- En tu centro de trabajo estás etiquetada o etiquetado como una persona especial, que «hace demasiado caso a las mujeres». Incluso puede que te hayan adjudicado algún mote relacionado: la naturalista, el integrista, la talibana, el flower-power...
- Cuando acompañar en un parto normal en el que todo ha discurrido placenteramente se convierte en la excepción y no en la norma.
- Cuando sales de tu centro de trabajo sintiéndote culpable o triste por lo que has sido testigo o, en ocasiones, cómplice forzoso.
- Cuando sufres acoso de cualquier tipo en tu centro de trabajo e incluso te han intentado o conseguido someter a expediente disciplinario por defender los derechos de las mujeres a decidir en su propio parto.
- Cuando a pesar de que te encante tu trabajo estás pensando en abandonar la profesión o, como mínimo, cambiar de centro.

Para terminar, y recurriendo a La estructura de las revoluciones científicas de Thomas S. Kuhn, **creo que estamos asistiendo a un cambio de paradigma en la atención al embarazo, parto y puerperio. Y claramente estamos en una fase inicial de esta revolución, en la que la tenacidad científica se resiste al cambio del paradigma científico dominante hasta ahora.**

Si queremos eliminar la violencia de nuestras vidas tenemos que eliminar cualquier tipo de violencia... Y como dice Michel Odent, «Para cambiar el mundo hay que cambiar la forma en que nacen los bebés».



¿Legislar contra la violencia obstétrica? (Francisca Fernández Guillén)

Recientemente he leído algunas sentencias que avalan la idea de que las mujeres embarazadas no pueden adoptar decisiones informadas respecto al cuidado de su embarazo, parto y lactancia. Por ejemplo, la de 7 de octubre de 2014, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 8 de Sevilla, firmada por Dña. María Salud Ostos Moreno.

Afirma la juzgadora que *“en cuanto a la no constancia de consentimiento informado, carece en este caso concreto de relevancia para el nacimiento de responsabilidad patrimonial”, para referirse posteriormente al derecho de las mujeres a tomar decisiones libres e informadas como un derecho a “mostrar ciertas preferencias”* (pág. 13), pero sin decidir. La sentencia ha sido recurrida por inaplicar los artículos 8 y 10 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 (Ley de Autonomía del Paciente) conforme a la interpretación que resulta de las resoluciones dictadas por el Tribunal Constitucional.

Por su parte, la del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Andalucía en Málaga, nº 1666/2013 de 14 de junio de 2013 que tuvo como ponente a D. Santiago Macho Macho, llega al absurdo de dar por incluido el consentimiento para la episiotomía en una Hoja de Consentimiento Informado que era para la epidural.

Y la sentencia 749/2015 de 18 de septiembre de 2015 del TSJ de la Región de Murcia, de la que fue ponente Dña. M^a Consuelo Uris Lloret, dice, a propósito de una episiotomía (corte de tijera en los músculos, piel, nervios y fascias que rodean la vagina) que dejó graves secuelas físicas – incontinencia urinaria y fecal y psicológicas a la víctima que *“debiendo ser esta una intervención a realizar con carácter selectivo y solo cuando este indicada, indicación que corresponde al obstetra durante el parto, no parece que exista alternativa de no llevarla a cabo en caso de que la parturienta se negara.”*

Estas resoluciones excluyen a las gestantes de las normas sobre consentimiento informado recogidas en la legislación nacional y en los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos en relación a las aplicaciones de la medicina. Sus valoraciones no se compadecen con la consideración que, como derecho fundamental de la persona ligado a la protección de su integridad física y moral tiene la figura del Consentimiento Informado para el Tribunal (Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, de la Sala Segunda):



“... el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal”.

Afortunadamente, otras sentencias, como la de 20 de octubre de 2009 del TSJ de Madrid, reconocen el derecho de las gestantes, como cualquier otro usuario, a aceptar o rechazar las intervenciones que se le propongan en base a una información adecuada y veraz. Y también la muy reciente Sentencia del TSJ del Principado de Asturias nº 442/2015, de 8 de junio, se pronuncia en este sentido al establecer que:

“no consta en el historial médico el documento del Consentimiento Informativo relativo a la posibilidad de tener que practicar una episiotomía que es un procedimiento invasivo con previsible riesgo de repercusión negativa, y tal ausencia documental invierte la carga probatoria correspondiendo a la Administración acreditar que, a pesar de tal ausencia documental, la paciente fue debidamente informada de los riesgos inherentes al citado procedimiento invasivo, exigencia ésta que no ha sido cumplida por lo que ha de considerarse infringida, en tal aspecto, la lex artis y la causación consiguiente en un daño moral susceptible de indemnización autónoma”.

Y es que el Derecho positivo español no exime del derecho a rechazar tratamientos médicos a las embarazadas, ni el Código penal contempla como eximente en el delito de vejaciones o lesiones que el sujeto pasivo de una actuación médico-quirúrgica realizada por la fuerza sea una mujer gestante. Sin embargo, algunos jueces se niegan a tratar por igual a hombres y mujeres, al no reconocer a estas últimas su autonomía personal y su condición de sujeto moral durante el embarazo y el parto y al ponerlas bajo la tutela y la autoridad del médico obstetra.



Descrito someramente el panorama jurisprudencial español, en países como Argentina, Venezuela y algunos estados de México el legislador se ha pronunciado expresamente sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre su salud y su cuerpo mediante leyes que prohíben la violencia obstétrica, es decir, cualesquiera actos de fuerza física o moral sobre la mujer que da a luz.

Creo que los Derechos Humanos no son sólo “humanos de los hombres”, sino también “de las humanas”, y por eso pienso que debemos acogernos a la legislación ya existente, que debe aplicarse a todos por igual sin discriminación por razón de género. Pero, como pasó con la violencia en el ámbito doméstico, algunos jueces se resisten a hacerlo cuando las víctimas somos mujeres; y hay que hacernos trajes legislativos a medida.

Soy reacia a este tipo de soluciones porque de alguna forma ratifican la exclusión de las normas “iguales para todos y todas”, pero desde el punto de vista práctico, **viendo que a tantos médicos y a algunos jueces se les olvida que las leyes también son para nosotras, será mejor crear leyes específicas. Quizás sea menos malo, hasta que logremos por fin una “humanidad con humanas”, estar excluidas de lo general pero con un asidero particular.**



¿Cómo erradicar la violencia obstétrica? (Charo Quintana)

Conocer en qué razones hunde sus raíces la violencia obstétrica sería importante para abordarla... Este conocimiento excede el ámbito de mi formación, pero se me ocurren algunas:

- El nacimiento (como la muerte) son actos de singular importancia y simbolismo sobre los que social y culturalmente se ha querido tener un control.

- La capacidad de dar vida de las mujeres es una fuente de poder que siempre ha querido ser dominada por el patriarcado.

- La consideración de las mujeres como inferiores ha hecho que el ejercicio de la Medicina esté lleno de sesgos de género y de paternalismo, que se intensifican durante el embarazo y el parto con motivo de dos creencias muy arraigadas: que las mujeres son menos capaces de tomar decisiones (infantilización) y que existe un tercero, el bebé, del que los profesionales deben erigirse en defensores.

- Acompañar a mujeres en trabajo de parto fisiológico es duro. Es una situación que pone de manifiesto muchas de las limitaciones y también de las grandezas de los seres humanos, en este caso de las mujeres.

Los profesionales se ven involucrados en situaciones de gran intensidad emocional para las que no están preparados.

Muchas veces la respuesta es de rechazo, de reproche o de valoración enjuiciadora.

- El que un proceso fisiológico (como lo es la mayoría de los partos) se atienda en un medio hospitalario, cuya razón de ser es la atención a la enfermedad, es fuente de muchos problemas y origen de su medicalización.

- El modelo de atención tecnificado del parto es el único modelo que se enseña y que se ve practicar... Por tanto, es el que se reproduce.



Os propongo, finalmente, algunas medidas para algún día erradicar la violencia obstétrica:

- Mejorar la consideración social de las mujeres y caminar hacia la igualdad entre mujeres y hombres.
- Fomentar en la sociedad la consideración de la atención sanitaria como un servicio centrado en las personas y respetuoso con el principio de autonomía y con las necesidades y preferencias de los pacientes.
- Aumentar la sensibilidad social hacia la importancia de la atención al embarazo, parto, nacimiento, puerperio y lactancia desde un punto de vista holístico y no medicalizado.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios de pre y postgrado sobre la atención a estos procesos fisiológicos. Dar a conocer la violencia obstétrica como una lacra de nuestros modelos asistenciales derivada de concepciones patriarcales y de un paradigma asistencial medicalizador y paternalista que despersonaliza la atención, no incorpora nuevas evidencias científicas, mantiene rutinas erróneas y está plenamente contaminado de Medicina defensiva.
- Introducir en los temarios y currículos de Medicina, Matronería y Obstetricia la atención al parto fisiológico, al puerperio y a la lactancia, con formación teórica y práctica que permita a los profesionales disponer de conocimientos actualizados y adquirir competencias y habilidades para favorecer la dilatación y el progreso del expulsivo sin recurrir a oxitócicos, aliviar el dolor sin recurrir a epidural u opiáceos, atender un expulsivo en la posición que adopte la mujer, ayudar en el contacto piel con piel , en la primera toma y en las dificultades en la lactancia.
- Dedicar recursos económicos suficientes en los Servicios de salud para introducir las reformas estructurales y la dotación de plantilla necesarias en paritorios, plantas de maternidad y unidades neonatales que faciliten la implementación de los nuevos modelos de atención: habitaciones de atención al trabajo de parto, parto y recuperación individuales, mobiliario que permita parto sentada y en posiciones verticales, acompañamiento y contacto piel con piel en cesáreas, disponibilidad de métodos de alivio del dolor (inmersión en agua caliente, óxido



nitroso, epidurales con control motor), habitaciones individuales en el puerperio, unidades neonatales centradas en el desarrollo y en la familia, fomento de la lactancia materna, bancos de leche...

- Desarrollar una formación continuada que permita a matronas, pediatras y obstetras abandonar el paradigma del parto medicalizado y alcanzar competencias y habilidades para atender partos, puerperios y lactancias con los nuevos criterios científicos, respetando siempre las preferencias y la autonomía de las pacientes.

- Desarrollar y aplicar la Estrategia de Atención al parto Normal y la Estrategia de Salud Reproductiva.

- Continuar elaborando Guías de Práctica Clínica sobre aspectos de salud reproductiva.

- Instar al Ministerio a que elabore un documento sobre violencia obstétrica.

- Desarrollar un trabajo de sensibilización sobre el problema de la violencia obstétrica con: sociedades científicas y profesionales, medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la salud, del nacimiento y del puerperio.

- Implicar a las organizaciones feministas en la problemática de la violencia obstétrica y conseguir que este tema sea tratado en asociaciones de mujeres de cualquier índole.

- Conseguir que esta cuestión, que afecta a miles de mujeres, a sus parejas y a sus hijos, entre en las agendas políticas. Implicar a partidos y Parlamentos, introduciendo proposiciones no de ley, preguntas parlamentarias, interpelaciones...

(Por ejemplo, de cara a las elecciones del 20D: escribir a todos los partidos pidiéndoles que se pronuncien y se comprometan con impulsar las mejoras necesarias en los centros hospitalarios para erradicar la violencia obstétrica).

- Conseguir que la violencia obstétrica se contemple en las leyes integrales contra la violencia de género o que se elabore una nueva ley como las existentes en algunos países.

- **Intentar que todos los 25 de noviembre se hable también de violencia obstétrica.**