



EL PARTO ES NUESTRO VALORA EL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA

Nota de prensa
Enero 2019

El Parto Es Nuestro lamenta que se desaproveche la oportunidad de recoger medidas encaminadas a prevenir y erradicar la violencia ejercida en torno al nacimiento mediante el uso de prácticas sin justificación médica.

El Parto es Nuestro lamenta profundamente que un Anteproyecto de Ley que tiene por objeto *«el respeto de la dignidad, la libertad e igualdad de los niños, niñas y adolescentes y la protección de sus derechos fundamentales garantizando el libre desarrollo de su personalidad en un entorno libre de violencia»*, que concibe a los niños, niñas y adolescentes *«en todo momento como titulares de derechos subjetivos»* y que *«responde a la imperiosa necesidad de introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos asumidos por España en la protección integral de la infancia y adolescencia frente a la violencia en sus distintas vertientes y supone una apuesta decidida por un modelo social que sitúa a los niños, niñas y adolescentes como titulares de derechos subjetivos y en el centro de las políticas de los poderes públicos»*, sin embargo **no contemple ni una sola medida destinada a prevenir y erradicar el maltrato que muchos niños y niñas sufren en un momento de máxima vulnerabilidad y crucial para su desarrollo: el nacimiento y el proceso de hospitalización que en ocasiones sigue a éste.**

El Capítulo IV (“Ámbito Sanitario”) del Título III (“Concienciación, Prevención y Detección”) contiene medidas relativas a los protocolos de actuación a establecer para los casos en que en el ámbito sanitario se atiende a niños, niñas y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencia, pero nada se incluye respecto a la concienciación y prevención de la violencia que sufren los niños y las niñas recién nacidos en el propio ámbito sanitario.

En concreto, es relativamente frecuente en nuestro país la práctica de cesáreas e inducciones al parto innecesarias, la ausencia de contacto piel con piel precoz en el recién nacido; y negativa al acceso libre y acompañamiento de los padres del recién nacido hospitalizado. Estas prácticas no son en absoluto inocuas para el recién nacido y la decisión sobre si realizarlas o no en cada caso debería ser una decisión libre e informada de los padres, respondiendo a criterios médicos y ponderando adecuadamente los riesgos y beneficios de cada caso. Algo que en nuestro país, hoy en día, lamentablemente no sucede en muchas ocasiones.

En este sentido, *El Parto es Nuestro* propuso, en el trámite de consulta pública previo a la redacción del Anteproyecto, y reitera ahora, la inclusión en la Ley de



una serie de medidas que no suponen gran coste en su implementación y que sin embargo supondrían un gran avance para la concienciación, detección y prevención de este tipo de maltrato.

1. En relación con la práctica de inducciones al parto y cesáreas:

- La obligación de todos los centros, públicos y privados, de hacer públicas sus estadísticas de inducciones y cesáreas (diferenciando las programadas o electivas).
- La obligación de todos los centros que superen las tasas recomendadas en un porcentaje determinado de realizar una auditoría para analizar las causas de tal desviación, con obligación de implementar las medidas que resulten necesarias para disminuir tales porcentajes.

2. En relación con la separación de madre y recién nacido. Ausencia de contacto piel con piel:

- Establecer la obligación de todos los centros, públicos y privados, de informar adecuada y fehacientemente a las madres y los padres de los beneficios de realizar un contacto precoz piel con piel.
- Establecer la obligación de que todos los centros, públicos y privados, deban incluir en sus protocolos y llevar a la práctica las medidas propuestas en este sentido en la Estrategia de Atención al Parto Normal del año 2007 y en la iniciativa IHAN, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas.
- Establecer medidas de formación específica y obligatoria para profesionales relacionados con la atención al parto y a las cesáreas (anestesiólogos, ginecólogos, matronas, enfermeras, pediatras, etc.) en relación con la importancia del contacto precoz piel con piel y la forma segura de llevarlo a la práctica tanto en partos vaginales como en cesáreas.
- Establecer la realización de auditorías periódicas aleatorias a fin de comprobar el grado de cumplimiento de las medidas acordadas.

3. En relación con el acceso libre y acompañamiento de los padres del recién nacido hospitalizado:

- Formación de los profesionales relacionados con la hospitalización de los niños respecto de los beneficios del libre acceso de los padres a la Unidad Neonatal y de su participación activa en el cuidado del recién nacido, así como sobre el hecho de que esta práctica es un derecho del niño que debe ser respetado y garantizado.
- Establecer la obligatoriedad de todos los centros con Unidades Neonatales de adaptar sus protocolos, sus instalaciones y su práctica diaria para fomentar el libre acceso de los padres a la Unidad Neonatal, su participación activa en el cuidado del recién nacido y la práctica del método madre/padre canguro el mayor tiempo diario posible.
- Establecer la obligatoriedad de todos los centros con Unidades Neonatales de informar adecuada y fehacientemente a los padres sobre los derechos del recién nacido en este sentido y sobre los beneficios que



le aportará el libre acceso de los padres, su participación activa en su cuidado y la realización del método madre/padre canguro.

- Establecer la realización de auditorías periódicas aleatorias a fin de comprobar el grado de cumplimiento de las medidas acordadas.

Por todo ello instamos a los diferentes grupos parlamentarios, agentes sociales y asociaciones implicadas a revisar y estudiar nuevamente la inclusión de las propuestas aportadas a fin de que la futura Ley proteja de manera efectiva a todos los menores de todas las violencias posibles.

Para más información y argumentación consultar el dossier adjunto a continuación.

El Parto es Nuestro

El Parto es Nuestro es una asociación sin ánimo de lucro, formada por usuarios, usuarias y profesionales que pretende mejorar las condiciones de atención a madres, hijos e hijas durante el embarazo, parto y posparto en España.

Más información:

Web: El Parto es nuestro www.elpartoesnuestro.es
prensa@elpartoesnuestro.es

Móvil: 634 56 76 58

Elena Gil Rodríguez

Coordinadora de Comunicación y Prensa

El Parto es Nuestro

COMENTARIOS DE LA ASOCIACION *EL PARTO ES NUESTRO* AL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA

PROPUESTA DE MEDIDAS ENCAMINADAS A PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA EJERCIDA EN TORNO AL NACIMIENTO MEDIANTE EL USO DE PRÁCTICAS SIN JUSTIFICACIÓN MÉDICA

El Parto es Nuestro lamenta profundamente que un Anteproyecto de Ley que tiene por objeto «*el respeto de la dignidad, la libertad e igualdad de los niños, niñas y adolescentes y la protección de sus derechos fundamentales garantizando el libre desarrollo de su personalidad en un entorno libre de violencia*», que concibe a los niños, niñas y adolescentes «*en todo momento como titulares de derechos subjetivos*» y que «*responde a la imperiosa necesidad de introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos asumidos por España en la protección integral de la infancia y adolescencia frente a la violencia en sus distintas vertientes y supone una apuesta decidida por un modelo social que sitúa a los niños, niñas y adolescentes como titulares de derechos subjetivos y en el centro de las políticas de los poderes públicos*», sin embargo no contemple ni una sola medida destinada a prevenir y erradicar el maltrato que muchos niños y niñas sufren en un momento de máxima vulnerabilidad y crucial para su desarrollo: el nacimiento y el proceso de hospitalización que en ocasiones sigue a éste.

El Capítulo IV (“Ámbito Sanitario”) del Título III (“Concienciación, Prevención y Detección”) contiene medidas relativas a los protocolos de actuación a establecer para los casos en que en el ámbito sanitario se atienda a niños, niñas y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencia, pero nada se incluye respecto a la concienciación y prevención de la violencia que sufren los niños y las niñas recién nacidos en el propio ámbito sanitario.

En concreto, es relativamente frecuente en nuestro país la práctica de cesáreas e inducciones al parto innecesarias, la ausencia de contacto piel con piel precoz en el recién nacido; y negativa al acceso libre y acompañamiento de los padres del recién nacido hospitalizado. Estas prácticas no son en absoluto inocuas para el recién nacido y la decisión sobre si realizarlas o no en cada caso debería ser una decisión libre e informada de los padres, respondiendo a criterios médicos y ponderando adecuadamente los riesgos y beneficios de cada caso. Algo que en nuestro país, hoy en día, lamentablemente no sucede en muchas ocasiones.

En este sentido, *El Parto es Nuestro* propuso, en el trámite de consulta pública previo a la redacción del Anteproyecto, y reitera ahora, la inclusión en la Ley de una serie de medidas que no suponen gran coste en su implementación y que sin embargo supondrían un gran avance para la concienciación, detección y prevención de este tipo de maltrato.

Propuestas:

Así, *El Parto es Nuestro* propone que en el Título III, Capítulo IV de la Ley se incluyan nuevos artículos que prevean las siguientes medidas:

1. En relación con la práctica de inducciones al parto y cesáreas:

- La obligación de todos los centros, públicos y privados, de hacer públicas sus estadísticas de inducciones y cesáreas (diferenciando las programadas o electivas).
- La obligación de todos los centros que superen las tasas recomendadas en un porcentaje determinado de realizar una auditoría para analizar las causas de tal

desviación, con obligación de implementar las medidas que resulten necesarias para disminuir tales porcentajes.

2. En relación con la separación de madre y recién nacido. Ausencia de contacto piel con piel:

- Establecer la obligación de todos los centros, públicos y privados, de informar adecuada y fehacientemente a las madres y los padres de los beneficios de realizar un contacto precoz piel con piel.
- Establecer la obligación de que todos los centros, públicos y privados, deban incluir en sus protocolos y llevar a la práctica las medidas propuestas en este sentido en la Estrategia de Atención al Parto Normal del año 2007 y en la iniciativa IHAN, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas.
- Establecer medidas de formación específica y obligatoria para profesionales relacionados con la atención al parto y a las cesáreas (anestesiólogos, ginecólogos, matronas, enfermeras, pediatras, etc.) en relación con la importancia del contacto precoz piel con piel y la forma segura de llevarlo a la práctica tanto en partos vaginales como en cesáreas.
- Establecer la realización de auditorías periódicas aleatorias a fin de comprobar el grado de cumplimiento de las medidas acordadas.

3. En relación con el acceso libre y acompañamiento de los padres del recién nacido hospitalizado:

- Formación de los profesionales relacionados con la hospitalización de los niños respecto de los beneficios del libre acceso de los padres a la Unidad Neonatal y de su participación activa en el cuidado del recién nacido, así como sobre el hecho de que esta práctica es un derecho del niño que debe ser respetado y garantizado.
- Establecer la obligatoriedad de todos los centros con Unidades Neonatales de adaptar sus protocolos, sus instalaciones y su práctica diaria para fomentar el libre acceso de los padres a la Unidad Neonatal, su participación activa en el cuidado del recién nacido y la práctica del método madre/padre canguro el mayor tiempo diario posible.
- Establecer la obligatoriedad de todos los centros con Unidades Neonatales de informar adecuada y fehacientemente a los padres sobre los derechos del recién nacido en este sentido y sobre los beneficios que le aportará el libre acceso de los padres, su participación activa en su cuidado y la realización del método madre/padre canguro.
- Establecer la realización de auditorías periódicas aleatorias a fin de comprobar el grado de cumplimiento de las medidas acordadas.

DESARROLLO: JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTAS MEDIDAS

• **Inducciones y cesáreas realizados sin justificación médica.**

Ya en la conocida *Declaración Fortaleza* del año 1985¹ la OMS indicaba que la tasa de inducciones al parto no debía superar el 10%. Sin embargo, España supera con creces el

¹ Organización Mundial de la Salud. Appropriate Technology for Birth. Lancet, 1985;2:436-437

porcentaje indicado. En este sentido, el propio Ministerio de Sanidad declaró en el año 2010:

«La realización de inducciones se sitúa en un 19,4%, siendo superior al estándar de referencia de la OMS (menos del 10%). Este excesivo número de inducciones indica la necesidad de investigar sus causas para poder valorar este dato en su conjunto y el cumplimiento de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en los equipos de obstetricia». Sin que a la fecha de hoy conste que se hayan investigado tales causas ni se haya reducido la tasa indicada.

En cuanto a las cesáreas, desde el año 1985 la OMS venía declarando que no debían superar una tasa de entre el 10 y el 15% y en el año 2015² ha declarado que una tasa superior al 10% de cesáreas no se justifica en un mayor descenso de la mortalidad materna o neonatal. Sin embargo, los (escasos) datos conocidos sitúan las tasas de cesárea en España en niveles muy superiores: en 2014, un 22% en hospitales públicos y un 36% en los privados³.

La falta de transparencia hace difícil un análisis riguroso respecto de las causas de estas elevadas tasas de inducciones y cesáreas (sin poder determinar cuántas de éstas últimas son programadas o cuantas debidas al propio manejo hospitalario del proceso de parto). Pero la reiterada superación de las tasas recomendadas, la reticencia de hospitales públicos y privados a hacer públicos sus datos y realizar auditorias en este sentido, los datos incluidos en informes tales como el publicado por El Parto es Nuestro en 2016, *‘Nacer en horario laboral’* (respecto de la enorme diferencia entre nacimientos producidos en horario laboral y los producidos fuera de éste), apuntan a la conclusión de que gran parte de estas inducciones y cesáreas no responden exclusivamente a motivos médicos y podrían -y deberían- ser evitadas.

Es conocido que las inducciones y las cesáreas programadas distan mucho de ser inocuas para el recién nacido. Un bebé que nace cuando aún no está preparado para ello puede tener problemas de termorregulación, problemas para iniciar la lactancia materna, problemas respiratorios, etc. Como muestra: *«En una cesárea programada la transición neurohormonal es absolutamente brusca, de forma muy diferente a como sucede en un parto fisiológico o vaginal. Así en el recién nacido los niveles de catecolaminas y de cortisol son relativamente bajos tras una cesárea programada. Se ha comprobado cómo esta ausencia de catecolaminas se relaciona con una complicación relativamente frecuente y conocida en las cesáreas programadas: el distrés respiratorio. Además estos bebés de cesárea programada que no han tenido esa descarga de adrenalina a menudo tienen hipoglucemia e hipotermia.*

Así mismo, la falta de activación catecolaminérgica en el bulbo olfatorio de los recién nacidos tras cesáreas sin trabajo de parto, dificulta la orientación olfatoria para el inicio de la lactancia en los recién nacidos. Así, en un estudio realizado por Varendi y colaboradores, observaron cómo los recién nacidos tras cesáreas en las que habían tenido lugar contracciones previamente, la localización de olores familiares por parte de los recién nacidos era más frecuente que en aquellos obtenidos mediante cesáreas electivas (sin trabajo de parto) (Varendi et al., 2002)»⁴.

2 Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre tasas de cesáreas. WHO/RHR/15.02

3 Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, citada en el informe “Nacer en horario laboral” de la asociación El Parto es Nuestro

4 Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.

Por su parte, la Asociación Española de Pediatría, ha afirmado en el año 2017: «El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, estando en ocasiones muy por encima del 10-15% de los partos recomendado por instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además de los costes sanitarios de una cesárea (personal, quirófano, reanimación, etc), se han estudiado los gastos colaterales de la misma en cuanto a morbimortalidad materna y fetal. Así, las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer

- En el niño se interrumpe la transición normal del recién nacido, con ausencia de compresión torácica (menor eliminación del líquido intrapulmonar) y menor secreción de hormonas. A esto se suman los efectos de la separación de la madre.

- En la madre hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación como una peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales.

- Sobre la lactancia materna: Debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia..) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia y presentan un alto índice de cese precoz de la misma.

Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes si bien la repercusión es de mayor magnitud en caso de las primeras». ⁵

La práctica de inducciones o cesáreas programadas que no encuentren su justificación en criterios exclusivamente médicos y basados en evidencia científica, son supuestos de maltrato contra el recién nacido, incidiendo negativamente en su bienestar físico y psíquico y en su desarrollo.

Como se ha dicho, estas prácticas siguen manteniendo en nuestro país tasas muy por encima de los estándares recomendados, a pesar de que ya en el año 2007, en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, se estableciera como objetivo reducir los porcentajes y analizar las causas de lo elevado de los mismos. Ello evidencia el fracaso de la Estrategia en este objetivo y hace necesario que se adopten nuevas medidas a través de esta nueva Ley.

- **Separación de madre y recién nacido. Ausencia de contacto piel con piel**

Como bien afirma la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad del año 2007: «las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida (RN) está en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal.

Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores y alcanzando el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda y succiona correctamente. Este proceso no debe forzarse, debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos. La separación M-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas con éxito.

El contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura recién nacida (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre (disminución del tamaño uterino por secreción

⁵ https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf

de oxitocina). También para el vínculo M-RN, aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas».

Por su parte, la Asociación Española de Pediatría afirma que: «La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados:

- Permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético.
- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo.

Organizaciones de salud nacionales e internacionales recomiendan la realización del CPP precoz tras los partos vaginales, y también en las cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan. Esta recomendación también está recogida en las Guías Práctica Clínica sobre atención del parto normal y de lactancia materna del Ministerio de sanidad»⁶.

Sin embargo, el informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud⁷ pone de manifiesto que solo el 67% de los protocolos hospitalarios prevén el contacto precoz piel con piel en partos vaginales y solo el 47% lo prevén para nacimientos por cesáreas. Además, solo el 50% de las madres entrevistadas para la elaboración del informe refirieron haber realizado este contacto precoz.

Adicionalmente, solo el 62% de los protocolos prevén el contacto piel con piel con el padre en caso de que el estado de salud de la madre le impida hacerlo.

En este sentido, en el informe elaborado por la Plataforma de la Infancia, complementario al informe V y VI de España respecto del cumplimiento de la Convención de Derechos del Niño, se destaca la falta de avances significativos en este aspecto y se recomienda la implementación en la totalidad de hospitales de la estrategia de humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia (IHAN) lanzada por la OMS y UNICEF.

La Asociación Española de Pediatría en su citado documento '*Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha*'⁸ analiza la problemática de realizar el contacto piel con piel en las cesáreas, proponiendo una serie de medidas o actuaciones para facilitar su realización en la mayoría de los casos. Sin embargo, la mayoría de los centros de nuestro país son reacios a poner en práctica protocolos de contacto piel con piel en cesáreas.

Por último, en relación con esta cuestión, es interesante tener en consideración el precedente existente en nuestro ordenamiento, en concreto en el artículo 59 bis de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, en su reciente redacción dada por la Ley 8/2018 de la Generalitat Valenciana, que reconoce como un

6 https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf

7 Observatorio de Salud de la Mujeres. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Informe sobre Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Diciembre 2012. Revisión de marzo de 2015.

8 Véase nota al pie nº 7

derecho de la madre *que se le facilite en el momento del nacimiento de su hijo o hija el contacto físico temprano con la madre, tanto si el nacimiento se produce mediante parto natural como si se produce mediante cesárea*. En la Ley de erradicación de la Violencia contra la Infancia debería reconocerse éste como un derecho del recién nacido y no sólo de su madre.

Conocidos los efectos beneficiosos para el recién nacido del contacto precoz piel con piel⁹, no cabe duda de que su realización es un derecho del bebé y su omisión injustificada debe ser considerada una forma de violencia o maltrato contra la infancia, en el sentido de que interfiere negativamente en el bienestar y en el desarrollo del bebé. En consecuencia, la nueva Ley debe reconocerlo así y establecer medidas para erradicar las prácticas de separación injustificadas.

- **Ausencia de acceso libre y acompañamiento continuo de los recién nacidos hospitalizados**

La Carta Europea de Derechos del Niño Hospitalizado proclama el derecho del niño a *«estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales»*.

La Guía de Cuidados desde el Nacimiento del Ministerio de Sanidad¹⁰ enumera los beneficios (para la familia, para el establecimiento del vínculo, para el establecimiento de la lactancia materna y para la mejor evolución física del recién nacido) de permitir el acceso libre de los progenitores en las Unidades Neonatales, llegando a afirmar que: *«en ningún metanálisis, revisión ni ensayo clínico se han puesto de manifiesto efectos no deseables de la entrada libre de los padres a las Unidades Neonatales. No se ha demostrado ningún incremento en la infección nosocomial, como se pensaba tradicionalmente sino por el contrario una disminución, puesto que al facilitar el paso libre de los padres y el contacto físico con el niño se favorece el método canguro y se alarga la lactancia»*.

En esta misma Guía se establece la recomendación de que se permita en dichas unidades el contacto piel con piel y el método madre canguro el máximo tiempo posible. En el mismo sentido, la OMS recomienda la realización del método de la madre canguro para todos los bebés prematuros o que pesen menos de 2000 gr.¹¹

A pesar de lo anterior, y de que la literatura científica reitera y ratifica los beneficios para el desarrollo del recién nacido hospitalizado (prematuro o no) de la participación activa de los padres en los cuidados del bebé en la Unidad Neonatal¹², a día de hoy sigue muy extendida la práctica hospitalaria de restringir el acceso de los padres a las Unidades Neonatales,

9 Para completar lo ya dicho, véase la argumentación y documentación recopilada por la Asociación El Parto es Nuestro en su campaña ¡Qué no os separen! www.quenoosseparen.info

10 Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*.

11 Organización Mundial de la Salud. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. 2011. *Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*.

12 Véase, por ejemplo, Journal of Perinatology (2015) 35, S5–S8; doi:10.1038/jp.2015.142. JW Craig, C Glick, R Phillips, SL Hall, J Smith and J Browne. *Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby*

limitar las visitas a unos periodos determinados a lo largo del día y/o limitando el contacto físico entre los padres y el recién nacido sin causas médicas que verdaderamente lo justifiquen.

Conocidos los beneficios del libre acceso de los padres y de la realización del método madre (o padre) canguro y siendo éste un derecho ya reconocido de todo niño o niña hospitalizado, el hecho de que institucionalmente no se pongan los medios adecuados para poder realizarlo en el mayor número de casos incide negativamente en el bienestar y en el desarrollo del niño o niña y es, por tanto, un caso de maltrato frente a la infancia, que debe ser así reconocido en la Ley, impulsándose las medidas adecuadas para la erradicación de estas malas prácticas, entre otras: