

Crítica al *Informe Doulas*



el PARTO es NUESTRO

donallum

Associació Catalana per un Part Respectat

Índice

0.	Introducción	3
1.	Sobre la metodología de recogida de información y presentación de los resultados	4
2.	Sobre la Violencia Obstétrica	5
3.	Sobre la placentofagia y el canibalismo	7
4.	Sobre el Plan de Parto	9
5.	Sobre la presencia del padre	11
6.	Sobre la lactancia materna y el contacto precoz	13
7.	Anexos	15
8.	Referencias bibliográficas	18

Nuestra crítica al Informe Doulas a la luz de la evidencia científica y de los derechos de las usuarias

Las asociaciones **El Parto es Nuestro** y **DONA LLUM (Associació Catalana per un Part Respectat)** nos vemos en la necesidad de hacer público este documento con motivo del llamado *Informe Doulas*¹, presentado con fecha 16 de febrero de 2015 por el Consejo General de Enfermería.

En primer lugar, los colectivos abajo firmantes queremos aclarar que **no somos representantes de doulas, ni asociaciones de doulas**, ni vamos a explicar aquí la validez o no del acompañamiento de una doula a una mujer durante su proceso de maternidad.

Queremos expresarnos como mujeres, pues creemos que **nosotras somos las verdaderamente afectadas por el informe al cercenarse nuestra libertad** para obtener información y nuestra capacidad para tomar decisiones en consecuencia.

Las mujeres tenemos derecho no sólo a estar acompañadas (no atendidas, conocemos la diferencia existente entre acompañamiento y asistencia) por la persona o personas de nuestra elección durante los momentos clave de nuestra vida sexual y reproductiva, **sino que además somos capaces de informarnos** a través de múltiples vías, comprender la información y tomar decisiones a partir de ella.

En este informe **se nos presenta poco menos que como seres incapaces de pensar por sí mismas**, a quien cualquiera puede manipular a su antojo, haciéndonos tomar decisiones dañinas para nosotras y nuestros hijos, perjudiciales para nuestra familia o para nuestra relación de pareja.

Del Consejo de Enfermería esperamos que, en adelante, nos tenga en cuenta como personas adultas, con capacidad de discernimiento y comprensión de la realidad.

Así, a continuación, **pasamos a rebatir algunos de los puntos del informe que nos parecen más importantes**, bien por la gravedad del asunto tratado, o bien por la poca profesionalidad con la que se presentan.

1. Sobre la metodología de recogida de información y presentación de los resultados.

Si buscamos la palabra informe en un diccionario, podremos observar que se recogen dos acepciones distintas para precisar dicho término.

En su primera vertiente, los significados propuestos derivan del verbo informar. Esta es la referencia que comúnmente se puede esperar de un documento emitido por el Consejo General de Enfermería. Sin embargo, y como consecuencia directa de la metodología y referencias bibliográficas recogidas en dicho escrito, junto a una simple revisión comparativa entre lo expuesto en el informe y lo hallado en las fuentes originales, creemos más adecuado concluir que el documento que ha presentado el Consejo General de Enfermería concuerda, en mayor medida, con la segunda acepción, donde la definición del concepto provendría de la palabra latina *informis*. Es decir, que no tiene la forma y perfección que se espera, o incluso, que es de forma vaga o indeterminada.

Nos parece inaceptable admitir que el trabajo realizado por el Consejo General de Enfermería atiende a una labor seria de estudio nacida de la voluntad de informar objetivamente, pues hemos percibido, por nombrar solo algunas cuestiones, que:

- a) No se formula una propuesta de hipótesis.
- b) La metodología de su investigación se fundamenta en la revisión y recogida aleatoria de información disponible únicamente en Internet.
- c) Se comparan las competencias establecidas para las matronas con los servicios y actividades que ofrecen las doulas a través de la realización de un cuestionario que únicamente es contestado y validado por su propio comité de expertos.
- d) Según se desprende de este informe -aunque podría no corresponderse con la realidad pues en ningún momento se detalla el número concreto- entendemos que la muestra total de sujetos que han realizado dicha encuesta son nueve personas (los integrantes del comité de expertos), de las cuales, sólo se especifica que dos de ellas son matronas. En ningún caso se ha consultado a la otra parte afectada en el estudio, las doulas.
- e) Existe una clara manipulación de la información -o una absoluta incompetencia en cuanto a trabajos de investigación se refiere- cuando se presentan pantallazos de páginas web que pertenecen a matronas colegiadas, asociaciones de usuarias u otro tipo de profesionales, como si la autoría de lo que se muestra correspondiera a doulas. Más grave aún es que los textos que se ofrecen en dichos pantallazos son sesgados y tergiversados en contra de la evidencia científica y las recomendaciones de la estrategia de atención al parto normal.

En definitiva, y por no extendernos más con aspectos tan grotescos como la cantidad de erratas y faltas ortográficas del que gozan los escritos, hacemos constar la evidente invalidez que para nosotras tiene este estudio.

2. Sobre la Violencia Obstétrica.

En la página 14 del dossier de prensa² del informe del Consejo General de Enfermería encontramos las siguientes "Recomendaciones de doulas":

a) Bajo la rúbrica *¡No os bajéis las bragas!:*

"Yo recomiendo a las mujeres que acompaño en el embarazo y el parto que cuando vayan a la consulta no se bajen las bragas, y les advierto que aprovechan la realización de los cultivos de tercer trimestre para meter la mano sin avisar. Algo así no se debe hacer jamás sin el consentimiento de la mujer. Realizado sin él equivale a un abuso sexual."

b) Bajo la rúbrica *Violencia obstétrica en los hospitales:*

"Cada vez que se le hace una episiotomía a una mujer, la estamos violentando. Si se hace sin pedirle permiso estamos mutilándola salvajemente."

Pues bien, ambos fragmentos pertenecen a textos escritos por matronas.

El primero fue publicado por Inma Marcos en el blog de la asociación El Parto es Nuestro: [No os bajéis las bragas](#)³.

El segundo fue publicado por Ascensión Gómez en el blog del Centro Hebamme en el que ella y otros profesionales (ninguno de ellos doulas) ejercen su trabajo: [Violencia invisible](#)⁴.

Creemos que este dato es significativo de la ínfima calidad del *Informe Doulas*.

No obstante, **lo que más nos preocupa es que el órgano representativo de la Enfermería española considere tales consejos erróneos**, mostrando tan abiertamente su desconocimiento sobre lo que es la violencia obstétrica y sobre los derechos de las usuarias.

Porque **la violencia obstétrica no es una invención de las doulas**, sino un hecho extendido en la atención perinatal española.

Este tipo de violencia de género puede definirse como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres". Así lo ha hecho el artículo 51 de la Ley orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 19 de marzo de 2007. Desde entonces, también se han penalizado estas conductas en Argentina y México. Actualmente se encuentra en tramitación parlamentaria su regulación en la legislación chilena.

Aunque España aún no ha tipificado penalmente estos hechos, las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país, ya que suponen la vulneración de derechos fundamentales reconocidos en nuestra Constitución⁵: a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18).

Así pues, la realización de una maniobra de Hamilton o de un tacto vaginal con vulneración del consentimiento informado de la mujer, suponen una violación del derecho a su libertad sexual y del artículo 8 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente⁶ y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Tales actos no consentidos y constitutivos de violencia obstétrica se recogen como lo correcto en el Informe Doulas, siendo esta una infracción muy grave sobre la que esperamos el Consejo General de Enfermería reflexione y rectifique a la mayor brevedad.

Para más información sobre violencia obstétrica ver Anexo I.

3. Sobre la placentofagia y el canibalismo.

El Consejo General de Enfermería en el *Informe Doulas* relaciona ciertas prácticas controvertidas, como la denuncia antropofágica de consumir partes o la totalidad de la placenta, con el papel de la doula en España y afirma que por esa razón, entre otras, las doulas pueden ser un riesgo para la salud pública y que presionan a las madres para realizar esas prácticas.

¿Lo hace por informar o por crear una alarma social? ¿Estaría justificada esa alarma?

Nos hemos planteado una serie de preguntas que deberían ser básicas antes de lanzar públicamente ideas sensacionalistas.

a) ¿Hay relación en España entre el hecho de contratar los servicios de una doula y el consumo de placenta?

Y, en el caso de que así fuera:

b) ¿El consumo ha sido alentado, aconsejado o promovido por la doula?, ¿quién tomó la decisión de que se llevara a cabo la práctica?, ¿escogió la madre libremente?

No hay nada en el informe que pruebe este hecho. No hay encuestas ni a doulas, ni a madres y familiares ni a otros testigos, como profesionales sanitarios. No hay ningún tipo de recogida de datos referentes al consumo de placenta, ni con el acompañamiento de una doula ni sin ella.

El Consejo General de Enfermería aporta como prueba diferentes citas de páginas web que hablan sobre diferentes formas de consumo de la placenta. **Sólo una de ellas corresponde a una doula que ejerza en España**, lo cual evidencia que como mínimo una persona que se ofrece como doula ha escrito sobre este tema en su sitio web. Nada más. No se ha investigado si las mujeres que acompaña efectivamente han sido alentadas a esa práctica, o si la han llevado a cabo y por qué motivos o con qué información.

A su vez, hay muchas otras páginas en la red que tratan el tema, algunas de ellas de profesionales sanitarios, otras de madres con interés en temas relacionados con la maternidad y que no son doulas ni han hecho ninguna formación ni práctica como tales, pero cuya página inexplicablemente aparece en las "referencias" finales del informe, sumándose a la lista de errores del grupo que lo ha redactado.

Por tanto no hay respuesta alguna para la primera de las preguntas, ni en consecuencia para la segunda.

c) ¿Cómo se lleva a cabo ese consumo?

Por lo visto, el Consejo General de Enfermería ha pretendido responder a esta pregunta. Afirma que cada vez abundan más recetas por la red, poniendo como ejemplo las que se pueden encontrar en Wikipedia si buscamos "placentofagia".

Que abunden recetas para consumir placenta por Internet está lejos de demostrar que las doulas inciten a ello, ni que esas recetas se estén preparando en España.

Es realmente preocupante que un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios presente hallazgos de Google y Wikipedia y "lo que abunda por internet" como investigación de 3 años, sin seleccionar siquiera si corresponde a la figura investigada o al ámbito territorial de investigación.

d) ¿Supone el consumo de placenta un riesgo para la madre y/o el bebé? ¿Y para la salud pública?

Para responder a esta pregunta se precisa de una respuesta válida para la anterior. En todo caso, **cualquier afirmación sobre los riesgos de una práctica debería incluir estudios publicados acerca del tema investigado.**

En el caso de la placentofagia, hay escasos trabajos que indaguen sobre sus beneficios y todavía menos estudios que investiguen sus riesgos, y los que existen no son concluyentes.

Citamos varios ejemplos:

Algunos asocian la práctica a satisfacción materna ^{7,8}. Otros lanzan la hipótesis de que la práctica se extinguió en la especie humana por posibles consecuencias negativas ^{9,10}. El nutricionista Julio Basulto, en su artículo *Placentofagia (comerse la placenta): no lo haga* ¹¹, plantea que pueda contener tóxicos acumulados durante el embarazo ante los cuales la placenta realiza la función de filtro, aunque también habla de la falta de estudios suficientemente significativos relacionados con sus beneficios o riesgos. La mayoría reconoce que se precisa más investigación ^{7,8,12}.

Ante la escasa evidencia científica actual acerca de la placentofagia, la información que cabe dar es que a día de hoy **no hay estudios suficientemente contundentes para recomendar o rechazar el consumo de placenta, y menos para afirmar que supone un peligro**, y así se debería transmitir a las mujeres y a la sociedad. En todo caso, como recomienda la OMS, se debe respetar el destino que la mujer decida dar a su placenta ¹³.

Recordamos que según la ley y los códigos deontológicos a los que se deben los profesionales sanitarios, es su obligación ofrecer información veraz y actualizada y no imponer sus creencias.

Salta a la vista que el comité redactor del dossier sobre las doulas y el Consejo General de Enfermería han volcado sus prejuicios en el documento y han pretendido justificarlos con cuatro capturas de pantalla poco acertadas, con la intención de causar una alarma social más propia de una caza de brujas al estilo de la Inquisición que de un trabajo de información veraz, que brilla por su ausencia.

4. Sobre el Plan de Parto.

Las páginas 46 y 67-68 del *Informe Doulas* concluyen que el apoyo a la madre por parte de la doula en la elaboración del plan de parto supone "un riesgo grave de salud para la madre y su hijo", debido a "los intereses personales de la doula" y a su "falta de formación".

Asimismo se afirma que el personal sanitario es el competente "para tomar las decisiones pertinentes e informar a la mujer y pareja de aquello que más beneficios proporciona a la madre y al hijo."

En estas afirmaciones se trasluce una confusión en cuanto al modelo de toma de decisiones en materia de salud. Si bien tradicionalmente en España se ha seguido un modelo paternalista, en el que el profesional sanitario toma "las decisiones pertinentes", la *Ley General de Sanidad de 1986*¹⁴ optó, en consonancia con la legislación internacional en materia de derechos humanos, por un modelo autonomista, en el que el personal médico informa, basándose exclusivamente en la evidencia científica actualizada, y ofrece alternativas, que el o la paciente valora con la finalidad de tomar una decisión libre.

Aun en situaciones urgentes en que la usuaria no pueda decidir con conciencia (que representan un ínfimo porcentaje de los partos), prestarán consentimiento su representante legal o sus familiares cercanos, previamente informados (artículo 9.3 de la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁶, en adelante LBRAP).

Solo se prescinde del consentimiento en casos de "riesgo para la salud pública" o de "riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica" de la usuaria (artículo 9.2 LBRAP).

Y aun en este caso, **"no todo vale": las órdenes médicas en situaciones de urgencia deben ser acordes a la evidencia científica, estar indicadas y respetar los derechos de las usuarias.**

En cuanto a la elaboración del plan de parto, procede realizar las siguientes puntualizaciones:

Un plan de parto es un documento en el que la usuaria plasma su derecho a prestar (o no) consentimiento informado a las intervenciones sanitarias que se practiquen durante el parto (contenido esencial), si bien también suele contener otras menciones, como la relativa al acompañamiento, entre otras (contenido accesorio).

La elaboración de tal documento corresponde exclusivamente a la gestante. Y si decide que la acompañe una doula, está en su derecho.

Las mujeres son perfectamente capaces de tomar decisiones sobre las circunstancias de su parto (decisiones que solo a ellas competen, ya que, según la sentencia del Tribunal europeo de derechos humanos Caso Ternovszky vs Hungría de 2010¹⁵, ello pertenece a la esfera de su derecho a la intimidad), así como las relativas al cuidado del bebé y al destino de su placenta.

El consentimiento informado es, según la LBRAP, "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud" (artículo 3).

Recordemos que la [hoja de consentimiento informado de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia \(SEGO\)](#)¹⁶, que aún prolifera en nuestros hospitales, fue declarada contraria a Derecho por Sentencia del Tribunal de Justicia de Madrid de 20 de octubre de 2009.

La información sanitaria debe prestarla a la mujer "todo profesional que interviene en la actividad asistencial" (artículo 2.6 LBRAP) de la siguiente forma (artículo 4 LBRAP):

"[...] se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias [...]"

"[...] será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad."

Que el profesional sanitario deba ofrecer esta información a la usuaria (obligación, por cierto, que en España [se incumple con frecuencia](#)¹⁷) no excluye que la usuaria supla o complemente esa información con las fuentes que, una vez más, libremente elija, en función de sus expectativas, valores y creencias personales.

Finalmente y en la línea de lo ya expuesto, deseamos recordar que la [Mother-friendly childbirth initiative](#)¹⁸, que es el modelo hacia el que debería dirigirse algún día nuestra atención perinatal, bajo la rúbrica "Autonomía", dispone lo siguiente:

"Toda mujer debe tener la oportunidad de:

- Tener una sana y placentera experiencia de parto, tanto para ella misma como para su familia, sin importar su edad o sus circunstancias.*
- Dar a luz de la forma en que ella lo desee y en un entorno en el que ella se sienta protegida, segura; en donde se respete su bienestar emocional, privacidad y preferencias personales.*
- Tener acceso a la gama entera de opciones para el embarazo, el parto y la crianza de su bebé así como a información precisa sobre todos los sitios en donde se pueda efectuar el nacimiento, los diversos proveedores de cuidados para la salud y las prácticas de atención y cuidados disponibles.*
- Recibir información correcta y actualizada sobre los riesgos y beneficios de todos los procedimientos, medicamentos y exámenes sugeridos para utilizarse durante el embarazo, el parto y el período de postparto, así como el derecho al consentimiento y al rechazo informado.*
- Recibir apoyo para tomar decisiones de manera informada acerca de lo que es mejor para ella y su bebé con base en sus valores y creencias individuales."*

5. Sobre la presencia del padre.

En la página 17 del dossier de prensa del *Informe Doulas* se refleja como uno de los riesgos de esta figura la privación al padre de sus derechos.

Queremos señalar que nadie, ni doula, ni ninguna otra persona, puede privar al padre de sus derechos, excepto la mujer, en virtud de su propio derecho a decidir quién la va a acompañar en el momento del parto.

El único límite que hoy en día vulnera el derecho de las mujeres a decidir quién acompaña su parto, es el protocolo de la mayoría de los hospitales de España donde se limita el número de personas que acompañan a la mujer a solamente una, y muchas veces incluso se ve privada de ese derecho de acompañamiento, como por ejemplo [en el caso de cesáreas](#)¹⁹.

Es obvio que los paritorios de nuestro país son amplios, ya que deben dar cabida a un equipo multidisciplinar cuando es necesario: matronas/as, ginecólogo/s, anestesista, neonatólogo/s, incluso **frecuentemente y de forma innecesaria, se da cabida a personal no sanitario como celadores o estudiantes, la mayoría de la veces sin el consentimiento expreso de la mujer como exige la Ley (artículo 8.4 de la LBRAP).**

Por todo esto, ya que no es un problema de espacio, y **debido a que un nacimiento es un acontecimiento familiar, la mujer debería poder estar acompañada durante el parto por todas las personas que ella escoja, evidentemente siempre que no interfieran en las tareas del personal sanitario.**

Cada mujer tiene unas circunstancias sociales y emocionales particulares, a veces no hay padre, o el padre no quiere o no puede estar, o en ocasiones es la propia mujer la que decide no ser acompañada por el padre. En cualquier caso, una pareja que contrata a una doula y que acude a un hospital donde se limita el número de acompañantes a una persona, es plenamente consciente de que el padre no podrá estar presente en el parto, y **el Consejo de Enfermería no debe emitir juicios sobre las decisiones libres de la mujer y su familia.**

Algunas mujeres optan por elegir el acompañamiento de una doula en sus partos ya que la evidencia científica refleja que el acompañamiento continuo de una mujer entrenada para ofrecer apoyo físico y emocional durante todo lo que dure el trabajo de parto ha mostrado múltiples beneficios: reducción en la duración del trabajo de parto; disminución en más del 50% de la necesidad de cesárea; disminución del uso de fórceps; disminución del uso de oxitocina; minimización de episiotomías, y disminución del uso de fármacos destinados al alivio del dolor; una mejor comprensión de la información que se les facilita y un aumento de la sensación de control de la situación durante el trabajo de parto, entre otros muchos beneficios. En el posparto se refleja una disminución de la depresión, una mejora en la tasa y duración de la lactancia materna exclusiva, y mejora de la capacidad de las madres de responder correctamente a las necesidades de sus bebés el primer mes de vida.

Para más información sobre estudios relacionados ver anexo II.

En estudios realizados a los nuevos padres²⁰ se refleja que ellos refieren sentir angustia y se sienten molestos con el personal sanitario cuando los dejan solos, y que habitualmente se encuentran en un estado de estrés e implicación emocional demasiado elevados, como para dar el soporte adecuado a sus parejas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Oficina Regional para Europa y sus Estados Miembros nombra en sus principios de cuidado perinatal y en sus materiales técnicos, respecto al apoyo psicosocial:

- *“Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola”.*
- *“Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer acompañantes entrenados en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera. Notar que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado”.*

Cuando se explica el proceso de parto, se acompaña a la pareja y se ayuda a la mujer, el efecto calmante a ambos miembros de la pareja es visible, lo que contribuye a una experiencia mucho más positiva del nacimiento.

En la mayoría de los hospitales la presión asistencial provoca que no haya disponible una matrona para cada parto, lo que dificulta enormemente el acompañamiento continuo necesario a los padres. Es aquí donde surge la necesidad de las mujeres de buscar acompañamiento continuo profesional. Nos preguntamos si hay que replantearse nuestro modelo obstétrico actual: ¿Es capaz el sistema de proporcionar a las mujeres, a las parejas, esa atención continuada tan beneficiosa?

En España existen hospitales que permiten el acompañamiento de una persona a elección de la mujer y un segundo acompañante siempre que sea doula, que trabajará complementándose con la matrona. **Ejemplo de ellos son dos hospitales reconocidos por el Ministerio de Sanidad por sus buenas prácticas a nivel obstétrico, como pueden ser el Hospital Comarcal do Salnés, en Galicia, o el Hospital Universitario de Torrejón, en Madrid.**

6. Sobre la lactancia materna y el contacto precoz.

En las páginas 70 y 71 del *Informe Doulas*, puntos CR3.6 y CR3.7, se dice que las doulas invaden las competencias: favorecer el contacto precoz madre-hijo y favorecer y apoyar la lactancia materna.

Ni favorecer ni apoyar tanto el contacto precoz como la lactancia materna implican riesgo alguno para nadie, ni para la madre ni para el bebé. Antes bien, se trata de factores de prevención, y así lo recomiendan múltiples organismos nacionales e internacionales, como por ejemplo el Ministerio de Sanidad en la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)²¹ en sus puntos 11 y 12, o la propia [Asociación Española de Pediatría](#)²².

El fomento y apoyo del contacto precoz madre-hijo y de la lactancia materna favorece la salud de madre y bebé, tanto a nivel físico como psicológico y emocional, favorece el correcto apego entre madre y bebé y ahorra muchísimos recursos tanto a las familias como al sistema sanitario, y a la sociedad en su conjunto.

Esta competencia no tiene que ver con imponer el contacto precoz y la lactancia materna, ni siquiera con asesorar ante dificultades o enfermedades o reconocer dificultades que puedan suponer problemas en el binomio madre-bebé, como se da a entender en el informe. La promoción del contacto precoz y la lactancia materna no puede ser, jamás, una competencia exclusiva de los profesionales sanitarios, sino una preocupación de los gobiernos, el sistema sanitario en su conjunto y de la sociedad a nivel general.

Respecto al contacto precoz, la evidencia científica disponible revela que está asociado a efectos beneficiosos en el vínculo madre-hijo, en la lactancia materna y su duración, en la reducción de la duración del llanto del recién nacido y en la estabilidad cardiorrespiratoria.

Son muchos los hospitales españoles que a día de hoy no fomentan, ni favorecen, incluso dificultan, el contacto precoz.

Para consultar recursos sobre contacto precoz ver anexo III.

Respecto a la lactancia materna, la bibliografía y evidencia disponible sobre los beneficios para la salud de madres y bebés es extensísima, un simple vistazo nos muestra que es un asunto prioritario de salud pública que nos implica a todos.

Para consultar recursos sobre lactancia materna ver anexo IV.

Queremos señalar y denunciar que el fomento y el apoyo a la lactancia materna se está incumpliendo sistemáticamente en muchos hospitales españoles.

Si nos fijamos en las recomendaciones de la Dra. Pallás recogidas por la Asociación Española de Pediatría, en el [punto 5](#)²³ (págs. 9 y 10), en seguida nos damos cuenta de su incumplimiento sistemático en la mayor parte de los hospitales.

*La declaración de Innocenti*²⁴ (Florencia, 1990) solamente la están cumpliendo 16 hospitales españoles.

Existen también estudios²⁵ de los escasos conocimientos del personal sanitario español en lactancia materna.

Por último, y a modo de conclusión, queremos hacer hincapié en que ninguna de las competencias de las matronas en nuestro país es "acompañar" a la mujer. Sí encontramos referencias a educar, ayudar, apoyar, asistir, controlar, etc., pero ninguna que haga referencia al acompañamiento en sí, y mucho menos al acompañamiento emocional.

Y repetimos lo que ya hemos dicho: **las mujeres somos lo suficientemente inteligentes como para diferenciar asistencia de acompañamiento.** E igual que tenemos derecho a elegir al profesional sanitario que queremos que nos asista, cambiarnos cuando no nos satisface, solicitar información más detallada o adecuada a nuestro caso cuando lo necesitamos, **tenemos también derecho a elegir a la persona o personas que queremos que nos ofrezcan acompañamiento emocional, sean de nuestra familia o no, nos cobren o no por ello.**

7. Anexos.

Anexo I: Recursos sobre violencia obstétrica.

Declaración de la OMS:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1

Artículo publicado en el International Journal of Gynecology and Obstetrics:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729210004261>

Tesis doctoral de Silvia Bellón Sánchez:

http://media.wix.com/ugd/4b4064_ec540efcd41a4ef6b239831cae22955e.pdf

Observatorio de la Violencia Obstétrica de El Parto es Nuestro:

<http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/11/25/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-violencia-obstetrica>

Entrevista a la *matriactivista* Jesusa Ricoy:

<https://vimeo.com/116371080>

Conferencia de la Dra. Ibone Olza sobre profesionales sanitarios españoles que han presenciado violencia obstétrica:

<http://es.slideshare.net/mobile/iboneolza/fame-2014def>

Conferencia de la Dra. Amali Loukamage sobre violencia obstétrica y derechos humanos:

<https://www.youtube.com/watch?v=Ziy5kSFm7U8>

Spot Las Casildas:

<https://www.youtube.com/watch?v=BzkvugKCSHl>

Spot Amnistía internacional:

<https://www.youtube.com/watch?v=fOxpbyhYRC8>

Posts del blog de la Dra. Ibone Olza:

<https://iboneolza.wordpress.com/category/violencia-obstetrica/>

Posts del blog de El Parto es Nuestro:

<https://www.elpartoesnuestro.es/search/node/violencia%20obst%C3%A9trica>

Web de la campanya Stop Kristeller:

<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>

Movimiento global contra la violencia obstétrica:

<http://www.rosesrevolution.com>

<https://www.facebook.com/RevoluciondelasRosasSpain>

Red de escucha a mujeres que sufrieron un parto traumático:

<http://jesusaricoy.wix.com/escuchando>

<https://www.facebook.com/EscuchandoCorazon>

Anexo II: Estudios obtenidos de la base de datos de estudios médicos Pubmed.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013951>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9350877>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2798949>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9681909>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3192877>

Anexo III: Recursos sobre contacto precoz.

Campaña y web de El Parto es Nuestro "Que no os separen"

<http://www.quenoosseparen.info/>

Campaña de El Parto es Nuestro "Unidos en Neonatos"

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/unidos-en-neonatos-no-nos-separen-es-una-cuestion-de-salud>

Anexo IV: Recursos sobre lactancia materna.

Web del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEPED)

<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>

Web de la Asociación para la Promoción e Investigación Científica y Cultural de la Lactancia Materna (APILAM)

<http://apilam.org/>

Encuesta nacional sobre hábitos de lactancia materna en España (julio de 2013)

http://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013_0.pdf

8. Referencias bibliográficas.

1. Consejo General de Enfermería. *Informe sobre Competencias de Matronas y tareas que realizan las doulas* [en línea]. 2015. Disponible en: <http://www.informedoulas.com/documents/informe-competencias-de-matronas-2015.pdf>
2. Consejo General de Enfermería. *Dossier de prensa. La verdad sobre las doulas* [en línea]. 2015. Disponible en: <http://www.informedoulas.com/documents/dossier-prensa-informe-doulas-2015.pdf>
3. Marcos, Inma. *No os bajéis las bragas* [en línea]. El Parto es Nuestro blog, 2010. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/06/19/no-os-bajeis-las-bragas>
4. Gómez, Ascensión. *Violencia invisible* [en línea]. Centro Hebamme blogspot, 2012. Disponible en: <http://centrohebamme.blogspot.com.es/2012/07/violencia-invisible.html>
5. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).
6. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 374 pp 40126-40132.
7. Selander, J., Cantor, A., Young, S.M. Y Benyshek D.C. *Human maternal placentophagy: a survey of self-reported motivations and experiences associated with placenta consumption*. 2013. *Ecology of food and nutrition*, 52:2, 93-115.
8. Velo Higuera, M., Campos López M.R. y Ramos García I. *Placentofagia, ¿una opción más?*. [comunicación oral] II Congreso de ANAMA y XII Congreso de la FAME, Pamplona, 2013.
9. Young, S.M., Benyshek, D. C., y Lienard, P. *The conspicuous absence of placenta consumption in human postpartum females: The fire hypothesis*. 2012. *Ecology of Food and Nutrition*, 51:3, 198-217.
10. Kristal, M.B., DiPirro, J.M., y Thompson, A.C. *Placentophagia in humans and nonhuman mammals: Causes and consequences*. 2012. *Ecology of Food and Nutrition*, 51:3, 177-197.
11. Basulto, Julio. *Placentofagia (comerse la placenta): no lo haga* [en línea]. 2014. Disponible en: <http://comeronocomer.es/muy-real/placentofagia-comerse-la-placenta-no-lo-haga>
12. Cremers, Gwendolyn E. y Graff Low, Kathrin. *Attitudes toward placentophagy: a brief report*. 2013. *Health Care for Women International* 35:2, 113-119.
13. Organización Mundial de la Salud, oficina regional europea. *Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth*. 1985. *The Lancet*, 326:8452, 436-437.
14. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102 pp 15207-15224.
15. Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 2ª). Caso Ternovszky contra Hungría. Sentencia de 14 de diciembre de 2010.

16. Fernández, Francisca. *Comentarios a una Hoja de Consentimiento Informado editada por la S.E.G.O.* [en línea] El Parto es Nuestro blog, 2013. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/comentarios-una-hoja-de-consentimiento-informado-editada-por-la-sego>
17. Larrañeta, A. [en línea] *Denuncian que el 96% de las maniobras Kristeller se hacen sin el consentimiento de la madre.* 20 minutos edición online, 2014. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2176293/0/campana/stop-maniobra-kristeller/el-parto-es-nuestro/>
18. Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CMSM). [en línea] *La iniciativa de parto amigable para la madre.* Motherfriendly.org, 1996. Disponible en: <http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/MFCI%20Spanish.pdf>
19. [en línea] *Respetar el derecho de acompañamiento de la mujer en el parto: también en caso de cesárea.* El Parto es Nuestro blog, 2014. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/08/13/respetar-el-derecho-de-acompanamiento-de-la-mujer-en-el-parto-tambien-en-caso-de-cesarea%20>
20. Berry, L. M. *Realistic Expectations of the Labor Coach.* 1988. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 17: 354–355.
21. Ministerio de Sanidad y consumo. [en línea] *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.* Página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
22. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. [en línea] *Lactancia materna a demanda. Recomendaciones.* Pagina web de la Asociación Española de Pediatría, 2013. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda>
23. Pallás, Carmen R. [en línea] *Promoción de la lactancia materna.* Pagina web Asociación Española de Pediatría, 2006. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion-de-lactancia-previnfad.pdf>
24. UNICEF. *Inocenti Declaration, On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding.* 1990. Disponible en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
25. Palomares Gimeno, M.J., Labordena Barceló, C., Sanantonio Valdearcos, F., Agramunt Soler, G., Nácher Fernández, A. y Palau Fuster, G. [en línea] *Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario.* 2001. Revista Pediatría Atención Primaria, 3:11 393-402. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-176-pdf/183.pdf>