

NOSOTRAS PARIMOS ¿NOSOTRAS DECIDIMOS?

EL CONSENTIMIENTO DE LA MUJER Y OTROS ASPECTOS LEGALES DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

La Asociación El Parto es Nuestro nació hace dos años para prestar apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos. A raíz de los testimonios que fuimos recogiendo, la mayoría relativos a cesáreas innecesarias y malos tratos durante el parto, nos decidimos a iniciar acciones para reivindicar un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños, modernizar el sistema de atención obstétrica español y difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención al parto.

España es uno de los países con más retraso en la implantación de las recomendaciones de la OMS para atención al parto (unos veinte años de retraso), y esto tiene como consecuencia un incremento incesante del número de cesáreas y partos instrumentales.

Sólo unos cuantos hospitales han tomado medidas para modernizar sus protocolos y adaptarlos a las normas de la OMS, como por ejemplo el Hospital de Huércal – Overa de Almería. Hay esfuerzos por la humanización del nacimiento plasmados en lo que se conoce como red de “Hospitales Amigos de los Niños”, pero nos parece que ningún hospital puede ser amigo del niño si no es a la vez amigo de la madre que le da a luz.

Prácticas desaconsejadas por la OMS

No voy a profundizar en la iatrogenia médica, ya que otros conferenciantes más autorizados trataron la cuestión, pero sí enumeraré brevemente aquellas prácticas que pueden causar daño y cuyo uso rutinario ha sido desaconsejado por la OMS:

- obligarnos a parir tumbadas;
- inducir los partos por conveniencia;
- romper prematuramente la bolsa amniótica;
- administrar oxitocina sintética para acelerar el parto;
- cortar prematuramente el cordón umbilical;
- afeitar el pubis y poner enemas de forma rutinaria;
- separarnos de nuestros hijos al nacer;

- aceptar ciegamente el uso de la tecnología;
- crear un ambiente falto de intimidad entorno a la mujer que está de parto; y
- practicar la episiotomía de forma rutinaria.

La episiotomía

Hace años que la ciencia ha constatado que la episiotomía no ayuda al bebé ni evita desgarros. Según **Mardsen Wagner**, Ex Director del Departamento de Salud Materno-infantil de la OMS "la episiotomía nunca es necesaria en más del 20 % de los partos. La ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer. El índice de episiotomías del 89 % en España constituye un escándalo y una tragedia".

El modelo de atención que tenemos hoy en día en España produce un aumento incesante de la tasa de cesáreas, de la prematuridad iatrogénica y de la morbilidad maternoinfantil. Se estima que en nuestro país se realizan unas 36.000 cesáreas innecesarias cada año. El 40 % de las españolas no dan a luz a sus hijos, sino que les son extraídos por este medio o con fórceps. Tanto las cesáreas como los partos instrumentales ponen en peligro la salud de la madre, del niño, o de ambos, y dejan secuelas físicas o psicológicas perdurables, de distinta gravedad, que pueden afectar también al establecimiento del vínculo madre-hijo, las relaciones sexuales de la mujer y hasta sus relaciones familiares.

EL PAPEL DE LA MUJER

Se ha demostrado que muchas complicaciones obstétricas se deben no sólo a estas prácticas y procedimientos sino a la instrumentalización y posición de inferioridad en que el sistema de atención actual coloca a las mujeres física, psicológica, y jurídicamente. Es por eso que hoy hemos dedicado esta charla a los derechos de las mujeres.

Tan importante es el papel de la mujer, que de todas sus recomendaciones, la OMS cita en primer lugar una que es de orden ético, legal y sociológico, y es la de que la mujer ha de ser protagonista del parto y participar en la toma de todas las decisiones que le afecten.

Dice la OMS

"Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada".

El respeto a la autonomía y protagonismo de la mujer es pues un índice básico a la hora de juzgar la calidad de la atención.

Participación

¿Cómo puede participar la mujer en la planificación y ejecución de la atención? En muchos países europeos las mujeres elaboran previamente, junto con la matrona, lo que se conoce como "plan de parto", un documento en el que se pronuncian sobre prácticas como la episiotomía, monitorización, lugar de la dilatación y el expulsivo, corte del cordón, presencia de acompañante, vacunas y atención del bebé, tipo de anestesia en caso de ser necesaria una cesárea, etc.

En nuestra legislación, la reciente Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de noviembre de 2002 (en adelante "LBRAP"), dice en su artículo 2 que:

"Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada"; y que "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles."

Aunque en España no se ha articulado ninguna fórmula particular que permita a la mujer pronunciarse por adelantado, enviar este plan de parto al hospital pidiendo que sea incorporado al historial es perfectamente factible y tiene la misma validez que cualquier otra forma de manifestación de la voluntad, con la ventaja adicional de permitir la constancia documental. En la página principal de nuestro foro de internet www.elistas.net/lista/apoyocesareas pueden descargarse modelos de plan de parto y cartas dirigidas a los hospitales consultando cuáles son las prácticas habituales.

Por ahora, el denominador común de los testimonios que hemos recogido es que las mujeres no decidieron ningún aspecto de su parto. Su situación no es la que la ley les otorgó, la de sujeto de derecho, sino más bien la de "objetos sin derechos". Voy a leer un testimonio que

expresa, creo, la falta total de participación y consentimiento de la mujer (y del padre) en el proceso del parto:

“Me llamo Ana María y tengo una niña preciosa de 17 meses. Aún me resulta bastante duro recordar el día en que “me nacieron” a mi hija. Porque yo siempre digo que no di a luz, aunque todo el mundo me mira con cara rara.

La ginecóloga llegó con muy buena cara a decirme que firmara el consentimiento informado, que no informaba de nada, y que “el fracaso de la inducción era un motivo de cesárea”. Mi marido y yo nos miramos, porque nos olió muy mal. Nadie nos había hablado de ningún riesgo de la inducción.

Yo tenía al menos la ilusión de ver a la niña nada más nacer, pero me pusieron anestesia total sin avisarme ni pedirme permiso. Cuando me desperté todo lo que la ginecóloga me dijo fue que me había hecho una cicatriz de bikini. No vi nacer a mi hija. Después vi fotos en la incubadora y me moría de pena. Durante la noche le dieron dos biberones sin permiso.”

El artículo 4 de la ley, titulado “Derecho a la información asistencial”, dice que:

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

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, **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.**

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica (por ejemplo la episiotomía o los fórceps) o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

Sin embargo, nadie habló a Ana María ni a su marido de los riesgos de la inducción para ella y para su bebé ni le pidieron permiso para dormirla por completo. La cesárea puede practicarse con anestesia epidural, para permitir que la madre vea el nacimiento y la

operación resulte menos traumática psicológicamente. Pero alguien decidió por ella, un anestesista, cómo sería el primer encuentro con su hijo.

Como se denunciaba en un artículo de EL PAÍS publicado el pasado 25 de mayo, a la mujer no se le dan explicaciones ni se le pide permiso para realizarle tactos innumerables, sean éstos realizados por el personal médico asignado a su cuidado o por simples estudiantes o residentes en prácticas. No se pide su consentimiento para acelerar el parto con drogas como la oxitocina sintética, que aumenta el dolor de la mujer y puede ocasionar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo. A ninguna de las mujeres que nos prestaron su testimonio se les ofrecieron alternativas a la inducción con oxitocina, a la episiotomía o al uso de fórceps. Por no decidir, no se les permitió decidir ni siquiera la postura que deseaban para parir.

¿Qué papel juega en todo esto la figura legal del consentimiento informado?

El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo. La finalidad de esta figura, creada para proteger los derechos de los usuarios, ha sido pervertida por la práctica, convirtiéndose en un formalismo que pretende una exención total de responsabilidad en las actuaciones médicas.

Por otro lado, resulta ridículo pensar que los derechos de una mujer han quedado salvaguardados por el hecho de que se le pida que firme una hoja de consentimiento para practicar una cesárea cuando la necesidad de hacerla es consecuencia directa de prácticas sobre las que no ha tenido ninguna oportunidad de decidir.

¿Cuál es el origen de esta situación?

Nuestro sistema es heredero de un modelo profundamente misógino y autoritario. Existe un proceso de amaestramiento, despersonalización, infantilización y cosificación de la mujer que comienza durante las visitas prenatales, continúa durante la preparación al parto, y culmina en el momento del parto. Al final de este proceso la parturienta queda reducida, con la excusa de la obtención de un feto vivo, a un cuerpo sin alma, un campo quirúrgico.

La mayoría de las embarazadas, en caso de atreverse a expresar preferencias, hablan de ello utilizando expresiones del tipo "si mi médico me deja", "no sé si me dejarán", "si puedo..." "si mi médico quiere".

Autoritarismo

Javier Sánchez Caro, director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Consejería de Salud de Madrid justifica que no se pida el consentimiento de las mujeres para que los estudiantes puedan hacerles tactos vaginales en que "de ser así casi nadie aceptaría". Desde el punto de vista ético, me parece inadmisibile que, ante la sospecha de una negativa, la actitud sea la de imponer la conducta, pero es que además es completamente contraria a la ley, ya que vulnera los derechos a la intimidad, la dignidad y la autonomía del paciente consagrados constitucionalmente. La necesidad de advertir al paciente y pedir su consentimiento está claramente recogida en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (en adelante "LGS"), que dice en su artículo 10:

"Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

4. A ser **advertido** de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un **proyecto docente** o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario."

En opinión de Sánchez Caro la esfera de la intimidad es "de menor valor que el interés científico-cultural". Por eso está convencido de que "no se debe preguntar a los pacientes como norma general".

La Constitución española incluye el derecho a la libertad y la intimidad personal entre los derechos fundamentales. Así, el artículo 18 dice que "se garantiza el derecho al honor y a la intimidad personal". Sin embargo, el "interés científico-cultural" no tiene este rango, por lo que no goza de las mismas garantías jurisdiccionales, ni de la reserva de ley orgánica para su modificación, ni por supuesto puede ponerse por encima de un derecho fundamental.

Asimismo, el artículo 2 de la LBRAP dice que:

"La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica".

Y es que el principio de la dignidad humana consiste en que cada ser humano es un fin en sí mismo, y nadie debe ser utilizado como instrumento para los fines de otra persona o de un estado, por muy apetecibles que puedan parecer esos objetivos. Por todo ello, estamos de acuerdo con la presidenta de ADEPA, Carmen Flores, cuando opina que hacer tactos vaginales a una mujer sin su consentimiento es "una violación intolerable del derecho a la intimidad". Siendo importante la necesidad de hacer prácticas, no debe satisfacerse a costa de la dignidad ni la salud de los usuarios. Por otro lado, estoy segura de que muchas, muchísimas sufridas usuarias aceptarían ser examinadas "en favor de la ciencia" por algún estudiante. Pero hacerlo en contra de su voluntad es una ilegalidad y una inmoralidad.

Algunas mujeres describen así su situación durante el parto (leo literalmente):

"Me trataron como a una vaca", "me sentí como un trozo de carne listo para cortar", "me trataron muy bien, con mucha delicadeza afeitaron mi vagina con las puertas abiertas, a la vista de todo el mundo", "eran amables conmigo, el médico utilizaba el diminutivo de mi nombre para llamarme y todo lo acababa en "ito". Las enfermeras no se presentaron ni me preguntaron mi nombre, pero me llamaban "cariño" y "cielo". Cuando yo preguntaba por alguna intervención o por el progreso del parto el médico me decía "tranquila, yo sé lo que hago", y no me respondía. Me infantilizaron, me empequeñecieron. Me sentí como una disminuida psíquica y no como una mujer de 36 años, hecha y derecha".

Me gustaría conocer la reacción del experto de antes si le sometieran a un tacto rectal en circunstancias parecidas a las que sufren algunas mujeres en los paritorios: con las puertas abiertas, siendo completamente ignorado mientras el médico describe lo que va encontrando, con la mirada fija únicamente en sus genitales a, digamos, seis o siete estudiantes (o los que el urólogo considerase oportunos, ya que no parece adecuado poner límites al "interés científico-cultural"). Y soy buena: a este experto no le añadiría yo el dolor ni el miedo de una parturienta.

Lex artis

Informar al usuario y obtener su consentimiento es considerado por la jurisprudencia como parte de la lex artis. Nosotras creemos que todas estas prácticas y circunstancias, tanto si desembocan en una cesárea o parto instrumental como si no, constituyen formas de violencia contra la mujer además de mala praxis médica y socio sanitaria. Existe un número cada vez mayor de profesionales de la

salud que trabajan en la humanización del parto y de los procedimientos obstétricos. Hay que aplaudir y apoyar firmemente esa labor, ya que muchas veces esos profesionales son censurados y excluidos por sus propios compañeros.

“Por protocolo”

En algunos testimonios y conversaciones con estas mujeres me dijeron que la única explicación que habían recibido era que esto o aquello se les hacía “por protocolo”. ¿Es eso una indicación médica válida? ¿Qué tipo de normas son los protocolos? ¿Quién los hace y quienes están obligados a acatarlos? Me pregunté.

Cuando yo estudiaba Derecho nos repetían hasta la saciedad que los derechos fundamentales reconocidos en la constitución (la libertad y la dignidad individuales lo son) están en la cumbre de la jerarquía normativa, y que ninguna norma de rango inferior, como la Ley General de Sanidad, y mucho menos un protocolo médico, podían situarse por encima de estos derechos. Tras leer tantos testimonios de mujeres, desempolvé mis libros para comprobar si todo lo que yo había estudiado seguía igual, o una nueva norma derogatoria había colocado a los protocolos médicos por encima de la Constitución y de las leyes. Quise averiguar si algún artículo que se me pasó entonces privaba a los usuarios de la sanidad en general, y a las mujeres de parto en particular, de su derecho a decidir libremente.

Indagué en la legislación y me llevé la alegría de comprobar cómo los tratados internacionales, y también la ley española, se habían ocupado de estos derechos en el ámbito sanitario. Encontré los siguientes textos que hacían hincapié en la necesidad de informar y respetar la voluntad del paciente:

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, del año 1948;
- DECLARACIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA, de 1994, de la Organización Mundial de la Salud;
- CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO RESPECTO DE LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA, del Consejo de Europa, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000, vinculante para los países que lo suscriben. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas;
- LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. Destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el

máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual;

- LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

Casi me chocó la abundancia de textos legales dedicados a este tema. Me pareció que la práctica de la medicina, por su gran contenido filantrópico, sería un campo menos proclive a la violación de los Derechos Humanos. Y realmente la voluntad de humanización está presente en muchos profesionales, pero desgraciadamente hay circunstancias que tienen un efecto muy deshumanizador, como por ejemplo:

- el estrés laboral,
- la despersonalización del ambiente hospitalario,
- una formación centrada en la patología y no en la salud, de corte misógino, o
- la abundancia de demandas en ginecología y obstetricia, que crea enemistad entre médicos y usuarias.

La misoginia

El problema de la misoginia dentro de la ginecología y la obstetricia es una cuestión que nos planteamos constantemente en nuestra asociación. Es raro que una mujer no haya sentido alguna vez, en el curso de alguna visita al ginecólogo, actitudes como poco paternalistas, y en muchos casos de franca superioridad por parte del médico.

Se ha dado el caso de mujeres cesareadas que han demandado por haberse pedido el consentimiento para esterilizarlas al marido, estando ellas bajo el efecto de una anestesia general. Esto ha motivado una condena al ginecólogo responsable por el Tribunal Supremo. Otro caso es el de las mujeres jóvenes a las que se ha negado la anticoncepción por parte del médico o el farmacéutico alegando que no estaban capacitadas para decidir.

Y en fin, que desgraciadamente la violencia se produce en todos los ámbitos de la vida, y sólo hacen falta dos requisitos: que se de una situación de poder y que se disfrute de impunidad. Ambas circunstancias son frecuentes en el ámbito de la ginecología y la obstetricia por la especial vulnerabilidad de la mujer y la falta de información.

La nueva 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

Dice la ley que:

“2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”

Razones por las que el respeto a estos derechos ha de ser especialmente escrupuloso en el caso de las mujeres embarazadas:

1º Porque la mujer embarazada no es una paciente. El parto no es una enfermedad, es un acto fisiológico en el que la necesidad de intervenir ha de ser valorada cuidadosamente. Cualquier intervención en un proceso de salud requiere más justificación que cuando se realiza ante una patología.

2º Porque las parturientas se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y puede tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades. Por tanto, el equipo médico debería facilitar la expresión de estas necesidades, lo que exige mayor honradez a la hora de informar y recabar el consentimiento.

3º Porque están en juego dos vidas, y por ello han de respetarse también los derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad. Los padres tienen el derecho y la obligación de velar por la salud de sus hijos. Por ello, es su derecho y su deber estar informados en todo momento de las consecuencias que determinadas prácticas pueden tener en la salud del feto o del neonato. La toma de decisiones no debe ser usurpada por los asistentes al parto, ya que la responsabilidad es de los padres, y son ellos quienes van a afrontar la eventualidad de un resultado adverso.

4º Porque el parto es un acontecimiento de la vida sexual. Las intervenciones practicadas a una mujer que está de parto tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales y son muy intrusivas, por lo que su intimidad y su dignidad están más expuestas que en otros ámbitos de la medicina.

Pero el sistema de atención al parto no es más que el reflejo de nuestra sociedad, una sociedad violenta y misógina, que trata los cuerpos de las mujeres como objetos de uso público.

No escuchar ni preguntar a las mujeres puede tener consecuencias graves sobre la salud psíquica, como en el caso de la mujer esterilizada con permiso del marido, que quedó sumida en una profunda depresión, u otras que recaen directamente sobre el desarrollo del propio parto como en éste testimonio de P.R., cuyo bebé murió en el Hospital de La Paz:

"Bueno, creo que siempre que das a luz eres maltratada. Sentía cómo me desgarraba por dentro, eso no era un parto normal (lo sé porque he tenido cuatro hijos y ya sé de qué va la cosa). Pero como estaban haciendo el cambio de turno era imposible llamar a nadie. A las enfermeras, que lo saben todo, les daba igual. Me fui al servicio, me caí y me dejaron ahí hasta que entró otra. Mareada no podía respirar, y la única que me ayudo fue una señora de la limpieza que estaba por allí, diciéndome que las enfermeras estaban cambiando el turno, que esperara ¡Como si eso pudiera esperar!

Me tuvo que bajar mi marido al paritorio ya a las 12 de la noche porque nadie se acordó de mí. Se habían olvidado de mi parto. Llegó la comadrona ¡Oh! Llegó Dios. Me dijo "ponte boca arriba". Yo con dolores de muerte lo intentaba, pero no podía, era más fuerte el dolor. "que te pongas boca arriba, joder" dijo, pero esto ya gritándome.

El resultado es que mi hijo murió por asfixia y a mí me operaron a vida o muerte porque estaba desgarrada por dentro."

Veamos un testimonio a propósito del derecho a la autonomía y respeto a la propia voluntad:

E.R. Hospital de La Paz

“Volvieron a intentar la monitorización interna en contra de mi voluntad, volviendo a someterme nuevamente a tortura. Ante la imposibilidad de realizar esta "técnica" y mis gritos de dolor intentaron convencerme de que debía dejarme hacer por el bien de mi hijo. Definieron mi conducta como escandalosa y no producto del dolor.

Intentaron la monitorización por tercera vez, volviendo a someterme a intensos sufrimientos, hasta que mi esposo saltó las medidas de seguridad, entró en la sala y paralizó la operación preguntando si tenían sentimientos. La anestesista opinó que no había ningún impedimento en administrar la anestesia epidural y posteriormente proceder a la monitorización, pero la comadrona siguió insistiendo en monitorizar sin anestesia a toda costa. Me negué, entre gritos y presa de una gran excitación.

Dije que necesitaba tranquilidad para facilitar el parto. A esto la médica replicó "Pues no haberte quedado embarazada" y "Haber parido en tu casa". Por fin me aplicaron la anestesia epidural y consiguieron monitorizar, con gran esfuerzo, en el cuarto intento. El aparato no funcionaba correctamente, pero como ya se había conseguido el objetivo que era monitorizar, no le dieron importancia.”

NUESTRA EXPERIENCIA

En los dos años de vida de nuestra asociación hemos recogido testimonios de malos tratos infligidos a embarazadas durante el parto consistentes en:

- la realización de las prácticas que referí al principio (suministrar oxitocina sintética, practicar la episiotomía o los fórceps, romper artificialmente las membranas, etc.) **sin el consentimiento** de la mujer y **sin ofrecerle ninguna alternativa** (tal y como prevé la ley), o en contra de su expresa voluntad:

F. G. Hospital de Móstoles

“Yo me había negado a que me pusieran oxitocina, porque sabía que era una intervención peligrosa. Me engañaron, dijeron que sólo me pondrían “un suero glucosado”. Para que no me diese cuenta, me pusieron la oxitocina sin bomba, a mano, lo cual aumenta el riesgo de sobredosis, lo que efectivamente ocurrió. Sufrí hipertensión y un anillo en el cuello del útero. Fue muy doloroso y lo peor es que cuando me retorció y pedí la epidural la ginecóloga se burló de mí “¿No querías un parto natural? Me dijo, pues aguántate”. Tuve que mendigar la anestesia y me sentí profundamente humillada. Esta ginecóloga hablaba de parto “natural” cuando estaba sufriendo los

efectos de las drogas que me habían puesto, mi hija tenía un electrodo en la cabeza, yo estaba monitorizada y obligada a permanecer tumbada, con gotero y rodeada de cables...”

- Sufrir las intervenciones o presencia de estudiantes (tactos, ser filmadas sin permiso de la mujer) o ser sometidas a prácticas quirúrgicas con el único objetivo de enseñar a los estudiantes. Un manual de obstetricia y ginecología con el que topé hace poco citaba, entre las indicaciones para practicar un fórceps, la que denominaba “indicación didáctica”. Es decir, que autorizaba esta intervención, que puede causar lesiones graves en el niño y dejar los genitales de una mujer hechos picadillo, con la única finalidad de enseñar a unos estudiantes el procedimiento.
- Por si todo esto fuera poco, la mayoría de los testimonios están salpicados de palabras o actos vejatorios:

Del mismo testimonio anterior:

“...Yo lloraba y lloraba pensando que mi hija iba a nacer en aquel ambiente. La ginecóloga me dijo “si quieres te pintamos la habitación de rosa”. Cuando alcancé los diez centímetros de dilatación me dijeron que iban a hacerme una cesárea sin más explicación. Me agarré a la camilla y pregunté por qué y entonces se miraron la comadrona y la ginecóloga y una le dijo a la otra “¿Tu crees que ésta pare por abajo?” Ese “esta” se refería a mí. Yo estaba allí, era “mi” parto y mi hija. Me dolió y humilló que hablasen de mí como si no existiese. Pero conseguí librarme de la cesárea, me llevaban al paritorio. Me pusieron un trapo en las rodillas para que no viera lo que me estaban haciendo, con la epidural yo no sabía lo que ocurría. Oí hablar de “anillas” y pregunté qué estaba pasando. Nadie me contestó, mi hermana me dijo que estaban metiendo los fórceps. Me sentí profundamente sola, vejada, me sentí como un mueble, como un trozo de carne sobre el que cortar sin ninguna preocupación.”

- Falta de intimidad, como ser sus genitales afeitados, o incluso realizar una cesárea, con las puertas abiertas y delante de personal no médico, como cuenta este testimonio de Lucía:

“Una recién parida, rodeada por 4 ó 5 personas con bata gritaba de dolor, mientras las otras la reprendían y la amenazaban con contarle lo mal que se había portado a su hijo de 9 años mientras le curaban las heridas. Yo estaba vuelta contra la ventana, que si hubiera querido podría haber visto todo el espectáculo sin problemas... y cualquiera que entrase por la puerta. Eso es consideración.”

Ana nos contó su experiencia en el Hospital Clínico de Madrid:

“Yo tengo dos hijos, ambos por cesárea sin remedio (ya lo sabía antes de quedarme embarazada, tengo una malformación que obliga a ello). No me quejo de la cesárea en sí, pero sí de algunas cosas que ocurren en los hospitales:

- que te lleven a paritorio (junto al quirófano) para monitorizar y en la sala de enfrente estén haciendo una cesárea con las puertas abiertas, y tú viéndolo todo;

- que oigas decir "esa, como siga gritando, se va a ganar una cesárea" ¡y tú esperando la tuya! ¡así dicho parece un castigo divino!;

- que no me pudieran sondar y les molestara que les llamase cada media hora en la UCI para hacer pis;

- Otra queja común es recibir frases despreciativas:

Mónica. Hospital Materno Infantil de La Coruña

“Tuve un embarazo perfecto, yo tenía 19 años. Todo iba muy bien, ya tenía 7 cm dilatados, pero me pusieron oxitocina para acelerar el proceso y a las 6 de la tarde la fiebre hizo que me reventaran los labios y sangrara, las contracciones no eran rítmicas: Me llevaron al paritorio y se me subieron dos señoras encima a tratar de bajar al bebe (los cardenales posteriores fueron de libro). Entonces una enfermera detectó sufrimiento fetal, a lo que la doctora respondió: **“como no va a sufrir el feto con la madre que tiene que ni sabe empujar”**. Me llevaron al quirófano y mi bebe nació por cesárea. Tenía neumonía y estaba muy grave, por lo que lo llevaron a la UCI.”

- Ser separadas de los hijos por rutina:

M. P. Clínica privada

“Yo tuve un parto de lo que se llama “normalito”: oxitocina, epidural, episiotomía... En ese momento todo me pareció normal. No me sentí protagonista, desde luego, pero tampoco fue tan traumático como para otras mujeres. Hay una cosa, sin embargo, que me ha dejado mal, y es que yo quería quedarme con mi hija. Pero vino una enfermera y se la llevó “para observarla”, porque era “el protocolo”. Yo estaba recién parida y no me sentí con fuerzas para discutir. Luego he pensado mucho en que mi hija estuvo muchas horas solita, que buscaría mi pecho y yo no estaba allí con ella”. La próxima vez diré “No, gracias, mi bebé se queda conmigo”.

- Es común recibir amenazas (principalmente la de muerte del hijo), cuando los padres muestran oposición a esta o aquella práctica. Esta situación es tan común que hasta tiene nombre: se llama "la carta del bebé muerto". Los profesionales saben que, cuando se saca esta carta, se anula la capacidad de los padres para decidir.

El entorno social y familiar

El entorno social y familiar contribuye decisivamente a menguar la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres, pues la mayoría de la gente piensa que el parto es muy peligroso, el hospital es el lugar más seguro para dar a luz y "el médico sabe lo que hace". En un reportaje reciente del diario "EL PAÍS", el Dr. Sánchez Luna afirmaba, no puedo decir si con alivio o nostalgia, que la mujer de hoy en día "ya no es tan sufrida ni tan sumisa".

Yo pienso que las mujeres seguimos siendo tremendamente sufridas y sumisas; de otro modo no se explica que puedan practicarse 36.000 operaciones de cirugía mayor innecesarias cada año y esto se silencie. ¿Se imaginan lo que ocurriría si 36.000 hombres fueran obligados cada año a pasar por un quirófano o se les mutilaran los genitales sólo para realizar una función fisiológica? El escándalo social y mediático sería fenomenal.

Acceso a la información

En un estudio reciente titulado "Factibilidad de parto vaginal en pacientes con antecedentes de dos o más cesáreas" se registraba que el 40 % de las pacientes desconocían la causa por la que les habían practicado la cesárea. Creo que estos datos son muy significativos para hacerse una idea de lo que las mujeres llegan a conocer sobre su propio proceso y, por tanto, de si pueden o no prestar su consentimiento.

Las mujeres y sus acompañantes deberían entrar en los hospitales conociendo de antemano los protocolos hospitalarios, el índice de cesáreas y fórceps de ese hospital, y por supuesto al personal que va a atenderles. Desafortunadamente, los hospitales son reacios a facilitar información, a pesar de ser un derecho reconocido legalmente. ¡Pero si a veces hay que recurrir a una demanda judicial para conseguir una copia del propio historial!

La información que permitiría a las embarazadas formarse una opinión con tiempo suficiente para tomar decisiones vendría idealmente de las clases de preparación al parto, pero en la mayoría de éstas clases se evita hablar de las circunstancias que rodean la práctica de

una cesárea o un fórceps, y de cuáles son los derechos de las mujeres y la familia frente al sistema hospitalario y en situaciones de emergencia. La excusa para no tratar asuntos de tanta importancia (el 40 % de las mujeres sufrirá un parto quirúrgico o instrumental) es la de "no causar preocupación a las embarazadas". Una actitud paternalista que infantiliza a las mujeres y las deja ignorantes y por lo tanto indefensas ante estas situaciones.

Si alguna vez se tratan estos asuntos el principio general es el de "no se preocupe, su médico sabrá lo que hay que hacer", dando por sentado que los intereses de los médicos y los de los padres coinciden, lo que no siempre es así.

Otras fuentes de información

Aunque en los últimos tiempos la calidad y cantidad de títulos publicados sobre embarazo y parto ha aumentado considerablemente, la mayoría de los libros sobre este tema publicados en España habían sido escritos por médicos, y reproducían una visión del parto machista, centrada en la figura del médico y la tecnología, en la que, más que información, se remite a la embarazada al consabido "el médico tomará la decisión oportuna", "consulte a su médico" o "confíe en su médico". Es decir: no se moleste en saber, porque es su médico quien decide y quien sabe. Es curioso que muchos de estos libros de divulgación hayan sido escritos para informar a la mujer, para educarnos, y luego en temas controvertidos acaben siempre con estas coletillas fastidiosas.

Afortunadamente están apareciendo libros, fundamentalmente de autores extranjeros, en los que se explican sin prejuicios los distintos modelos de atención al parto existentes, haciendo hincapié en la importancia de los aspectos emocionales, y otorgando a la mujer un papel protagonista y autónomo. Sin embargo, para muchas de nosotras es triste ver que las protagonistas de esos partos maravillosos de las fotos, en los que una matrona sostiene la mano de la mujer con una sonrisa, mientras el marido la abraza dentro en una enorme bañera de agua calentita, siempre se llaman Dorothy, Margaret o Anna y viven en Inglaterra o en Amsterdam. Nunca se llaman Pilar o Raquel y viven en Pamplona o en Gijón.

Formación del consentimiento: indicaciones, riesgos y alternativas

Para que exista un verdadero consentimiento deben cumplirse dos requisitos: información y libertad. Hablar de "consentimiento informado" resulta redundante, pues sólo se puede consentir aquello que se conoce. Sin información previa no puede haber una verdadera manifestación de voluntad. Nosotras hemos constatado que la mayoría

de las mujeres que dan a luz en los centros hospitalarios desconocen las indicaciones, riesgos y alternativas de las intervenciones que se les practicaron.

Además del ejemplo que cité antes respecto al desconocimiento de algunas mujeres de la razón de la cesárea, es preocupante el caso de las inducciones. Se sabe que las inducciones, junto con la cesárea previa, son la principal causa del aumento del número de cesáreas y partos instrumentales. El 70 % de las inducciones en primíparas acaba en cesárea o fórceps, y sin embargo, muy pocas mujeres de las que firmaron un "consentimiento informado" para la inducción conocían estos riesgos. Tampoco fueron informadas de que la inducción aumentaría su dolor y podrían necesitar anestesia epidural, otro riesgo añadido a la inducción en sí misma.

A algunas mujeres se les ha dado a firmar nada más ingresar en la clínica una hoja en la que autorizaban que se les practicara una cesárea. Esta forma de actuar es un fraude de ley, como lo es convertir la exención de responsabilidad del médico cuando un paciente se niega a aceptar una intervención en una excusa para no ofrecer alternativas, ya que siempre que existan alternativas el médico está obligado a tratar al paciente. Así, dice el artículo 21 de la LBRAP:

"[...] el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas".

Pero donde no hay alternativas no se puede elegir. Si la cesárea se convierte en el único desenlace viable no se puede renunciar. Cuando la vida de un hijo ha sido puesta en peligro con intervenciones previas, ¿debe quedar exonerado de responsabilidad el médico por haber practicado una operación de cirugía mayor debida a circunstancias creadas por él mismo? Creemos que no, ya que la ley no ampara el abuso de derecho ni el ejercicio antisocial del mismo.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO FRACASO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las palabras de un médico tienen la cualidad de curar o dañar. Así pues, deberían ser elegidas para sanar e infundir confianza en el propio proceso de curación. La relación terapéutica se recupera recuperando el diálogo, el respeto mutuo y la responsabilidad compartida.

La medicina defensiva

El miedo genera actos de violencia en cualquier ámbito de la vida, y la medicina no es una excepción. Sabemos que la razón de muchas

cesáreas e intervenciones innecesarias es el miedo al juez. Un ginecólogo que inicie hoy su carrera será demandado al menos dos veces a lo largo de su vida profesional. Ser demandado por actos realizados con motivo del ejercicio profesional es muy traumático. Genera ansiedad, temor y odio en el médico o asistente, que puede manifestarse de forma consciente o inconsciente en su trato a otros pacientes. Incluso profesionales que nunca han sido demandados adoptan una actitud "defensiva" practicando cesáreas innecesarias, convencidos de que ello garantizará un bebé sano y les evitará demandas.

Sabemos que el aumento progresivo en el número de cesáreas de los últimos veinte años no ha disminuido ni la mortalidad infantil ni el número de demandas, y pronosticamos que, como empieza a ocurrir en países como los Estados Unidos, cada día serán más las demandas que se interpongan por fallecimientos tras la práctica de una cesárea, por cesáreas innecesarias, y por traumatismos causados a la madre o al niño tras el uso de fórceps.

La desconfianza, el escamoteo de información y el abuso de poder sólo pueden favorecer la presentación de más demandas cada día. Cuando los padres han sido debidamente informados y son ellos mismos quienes toman las decisiones son menos proclives a presentar demandas ante un resultado adverso que cuando las decisiones las tomaron exclusivamente otros en los que ellos habían depositado toda su confianza, pues se sienten traicionados.

La sociedad deposita en los profesionales de la salud una responsabilidad enorme: el riesgo cero. Esto es algo que está más allá del conocimiento y competencia de cualquiera, pero la clase médica fomenta esta creencia porque les reporta poder. Cuando las expectativas no se cumplen y un bebé sufre daños o muere, los usuarios se sienten profundamente engañados. El sacrificio del cuerpo y la dignidad de las mujeres no se exponen gratuitamente sino a cambio de la seguridad absoluta. Es misión de cada profesional reconocer con honestidad que la medicina no es una ciencia exacta, que hay diversidad de opiniones sobre multitud de procedimientos, dejar que decida el interesado y, en fin, romper el mito de que en los hospitales el niño sano y vivo está garantizado cien por cien. Respecto a los usuarios, todos debemos hacernos responsables de nuestra propia salud. Para que el usuario se haga responsable ha de disponer de información veraz y tener poder de decisión.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Existen redes de profesionales para la humanización de la medicina con los que las usuarias podemos establecer alianzas y apoyarnos mutuamente. Son personas valiosísimas que han tenido que

sobreponerse a la normalidad y la habitualidad con la que se revisten muchas situaciones de violencia y deshumanización que se dan todos los días en la práctica de la medicina. También entre nosotras hay médicos, por supuesto, y ahora os voy a leer el testimonio y las reflexiones de una médica sobre lo que le enseñaron en la facultad respecto al parto y sobre su propia experiencia:

E.F. Médica

“Yo tengo tres hijos, el primero nació por cesárea urgente cuando ya estaba en dilatación completa. Dijeron que había sufrimiento fetal. Yo creo que el sufrimiento lo produjeron ellos, los que me rompieron la bolsa, me pusieron un enema, oxitocina a chorro y epidural inefectiva, monitorización interna y además pincharon a mi hijo en la cabeza varias veces. Los que no me dejaron moverme de la cama en todo el rato y me chillaron por no haber hecho la preparación al parto y "no saber empujar". Yo tenía 25 años y era MIR de segundo año. Por desgracia había optado por parir en un hospital y pedir la epidural, que dentro de mi ignorancia consideraba una conquista feminista. En mi paso por la facultad de medicina solo aprendí todas las posibles complicaciones del parto. Nunca nadie nos explicó que muchas de esas complicaciones son iatrogénicas. Simplemente nos contaron que el parto es algo peligroso. Me quedé mal, tan mal que tardé mucho en entender lo que me había pasado.”

Corresponde a los poderes públicos

- Implantar el respeto a las recomendaciones de la OMS en los protocolos obstétricos y formar al personal adecuadamente. El gobierno Balear las ha incorporado recientemente en su legislación sanitaria.
- Tener en cuenta en la elaboración de los protocolos a disciplinas como el derecho, la psicología, o la sociología y contar con las organizaciones de usuarios a fin de integrar los aspectos legales, psicológicos y sociales de la atención. Por ejemplo, nos parece fundamental que los padres sean oídos a la hora de elaborar las normas de funcionamiento y régimen de visitas de las unidades de neonatología, en donde deberían tenerse muy presentes los derechos y deberes inherentes a la patria potestad y facilitarse al máximo el contacto entre el niño y su familia.
- Equipararnos con otros países de la Unión Europea y ofrecer a las mujeres y a las familias la posibilidad de elegir el tipo de atención que desean:
 - un parto hospitalario medicalizado en casos de riesgo, un parto en hospital que respete la fisiología del parto;

- la creación de las llamadas “maternidades”, o “Casas maternas”, en donde la asistencia que se brinda es respetuosa con la intimidad y los aspectos emocionales del parto, y los profesionales sólo intervienen en caso de necesidad. Las instalaciones son acogedoras y evitan la atmósfera fría y tecnificada de los paritorios convencionales; y
- el parto domiciliario atendido por matronas expertas cubierto por la Seguridad Social, tal y como ocurre en países como Holanda o Inglaterra.
- Por supuesto, y aun sin contar con esta variedad de opciones de que disfrutaban las mujeres en otros países europeos, siempre es posible trabajar por restablecer una verdadera relación terapéutica, para lo cual nos parece imprescindible que la mujer conozca previamente al equipo que la atenderá durante el parto. Es también muy importante disminuir el estrés y la falta de personal, así como reorientar la formación y la forma de trabajar de las matronas a fin de conseguir mayor reconocimiento académico, autonomía, y consideración hacia su papel.

En cuanto a las usuarias, siempre podremos suplir la falta de información si nos lo proponemos, enviar cartas al hospital preguntando por las prácticas rutinarias, elegir el hospital con menor tasa de cesáreas y fórceps, o parir fuera del sistema actual. A nosotras nos corresponde reivindicar la modernización del sistema, fortalecer la alianza con los profesionales que trabajan en la humanización del nacimiento, y utilizar los servicios de reclamaciones, quejas y sugerencias.

PATRIA POTESTAD Y ACCESO AL HISTORIAL CLÍNICO

Para finalizar, quiero comentar brevemente una queja común de los usuarios: la falta de poder de decisión de los padres respecto a los niños y las dificultades para acceder a la información contenida en los historiales clínicos.

Patria potestad

Algunos padres lamentan no haber podido decidir sobre la salud y el bienestar de sus hijos durante su estancia en el hospital, habiendo sido sustituidos por el personal médico en la toma de decisiones. Así, se sintieron usurpados cuando otros decidieron si sus bebés tomarían el pecho de su madre o biberones de suero glucosado, o permanecerían en el nido tras el parto porque la madre “necesitaba descansar” (descanso obligatorio). Ello por no hablar de ingresos para observación gratuitos en los que el niño no era observado por nadie. La patria potestad corresponde a los padres, y comprende el derecho y la obligación de velar por los hijos. Los padres ostentan la representación legal de los hijos menores de edad y son las únicas personas autorizadas a tomar decisiones por ellos.

Acceso al historial

Tampoco lo tienen fácil las personas que quieren acceder al historial médico para suplir la falta de información sobre el desarrollo del parto o porque sospechan que las intervenciones a que fueron sometidas eran innecesarias. Dice el artículo 18 de la LBRAP que “el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.”

Despido esta charla con un testimonio y un deseo, el de C. D., cuya hija nació en el Hospital de Cabueñes, en Asturias.

“Ahora mi niña tiene 15 meses y pienso que tenerla conmigo no justifica el montón de salvajadas que a mi juicio me hicieron la noche en que nació. Me habían dicho que hoy en día duelen más los puntos que el propio parto, que no te enteras de nada si no quieres, pero que para eso tienes que colaborar con los médicos, etc. Que te rasuran para evitar infecciones, pero a mí me cortaron al rasurarme. Que el tener el intestino vacío te ayuda a parir. Que monitorizan a la niña para poder actuar rápidamente si le pasara algo. Que con la epidural no notas las contracciones y que las matronas te ayudan a empujar diciéndote

cuándo tienes una. Que tienes que hacer lo que te manden (a mí en el paritorio llegó un momento en que la única indicación que me dieron fue la de no gritar). Que te cortan el periné para que no te desgarres, pero a mí me cortaron antes de que la niña tocara siquiera el periné. Que para hacerte una ventosa te duermen. Me contaron tantas mentiras, y yo me las creí todas... Luego llegan tus familiares y te felicitan por el parto tan estupendo que has tenido, qué rapidez, qué limpieza, qué niña tan guapa aunque tenga la marquita del electrodo en la cara, la cazoleta de la ventosa marcada a modo de tonsura clerical y una marca encima de cada oreja de lo que ellos sabrán qué usaron. En el informe pusieron parto con ventosa bajo anestesia epidural. Uno de tantos.

Os digo en serio que a mí no me vuelven a pillar. Luego dicen que las mujeres no nos contamos la verdad unas a otras con respecto a los partos... ¿Cómo puedo yo contarle esto a mis amigas? Sólo se lo he contado tal y como fue, con mis sentimientos reales, a una de ellas que vive en Inglaterra y ha dado a luz en una piscina. Tuvo un parto bastante largo y le dolió, vaya si le dolió, pero fue valiente, no tuvo miedo, tuvo a su alrededor gente que la ayudó y pudo elegir qué quería para ella y su bebé, en todos los sentidos. También me ha dicho que hace muy pocos años que en Inglaterra estaban igual que aquí en España, y que han sido las mujeres las que han conseguido partos dignos en los hospitales, la posibilidad de parir en casa con la seguridad social, piscinas, sillones de partos, y también hay cesáreas, epidural, fórceps, episiotomías, oxitocina y demás, pero sólo para las mujeres que lo necesitan o que directamente lo piden. Hacen durante el embarazo con su matrona un plan de parto en el que dicen sí, no, o tal vez a todos y cada uno de los procedimientos.

¿Conseguiremos esto en España algún día?. Decidme que sí, amigas.”

Decidme que sí, amigos.

© Francisca Fernández Guillén. Charla dada en Biocultura el 3 de noviembre de 2003.

ffguillen.legal@gmail.com
www.elpartoesnuestro.es