Globethics Repository



¿Qué es la violencia obstétrica? [What is Obstetric Violence?]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Fernández Guillén, Francisca
Publisher	Revista Internacional de Éticas Aplicadas
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-09 19:57:33
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/228350

¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos

Francisca Fernández Guillén
Abogada, Sección Legal de la Asociación El Parto es Nuestro
ffguillen.legal@gmail.com

What is Obstetric Violence? Some Social, Ethical and Legal Aspects

Resumen: El embarazo y el parto son momentos de gran vulnerabilidad y, como en otros ámbitos en los que estamos en una posición de inferioridad y hay impunidad, surge la violencia hacia las mujeres. La judicatura, la fiscalía y los operadores jurídicos en general tienden a excluir a las mujeres embarazadas, consciente o inconscientemente, de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las aplicaciones de la medicina. El argumento implícito – y falso –, es que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos. Este artículo sostiene que la violencia obstétrica es una categoría más de violencia hacia la mujer.

Palabras-clave: Violencia obstétrica, embarazo, parto, autoridad médica, patriarcado, paternalismo, derechos humanos, autonomía del paciente, episiotomía

Abstract: Pregnancy and childbirth are moments of great vulnerability for women and, as in other scenarios in which we find ourselves in a position of weakness and there is impunity, violence against women arises. Judges, public prosecutors, and legal actors in general tend to exclude pregnant women, conscious or unconsciously, from the protection of Human Rights laws in respect of medical practice. The implicit –and false argument – is that if women are subjected to doctor's authority their sons will be safer. This article is intended to argue that obstetric violence is another category of violence against women.

Keywords: Obstetric violence, pregnancy, childbirth, medical authority, patriarchy, paternalism, human rights, patient's autonomy, episiotomy

ISSN 1989-7022
Dilemata año 7 (2015), nº 18, 113-128

1. Un sistema autoritario y misógino

Debemos tener presente que el control de la medicina sigue estando en manos de hombres, que son los que dominan la cúspide del complejo médico-farmacéutico-académico. En la actualidad, sólo una mujer es catedrática de ginecología y obstetricia en España y el número de Jefas de Servicio es insignificante. Nuestro sistema es además heredero de un modelo profundamente misógino, autoritario y muy jerarquizado. Existe un proceso de amaestramiento, despersonalización, infantilización[1] 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 simple campo de trabajo quirúrgico.

Como describe Isabel Aler:

> "El matricidio es el crimen civil más negado de la humanidad. La negación del poder creador de las mujeres, de sus obras y criaturas, es el presupuesto

Received: 16/03/2015
Accepted: 14/04/2015

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

> que hace posible la Ley del Padre en esa gran empresa civilizadora que hoy ha logrado globalizar el mundo como mercado capitalista" (Aler, 2012).

El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación-apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres de la que nos habla Isabel Aler: estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total: con las piernas abiertas y levantadas, tumbadas contra la espalda, con los genitales expuestos y está en juego nuestra vida y la de nuestros hijos. La apropiación por parte del sistema médico del fruto de nuestro cuerpo (los hijos) y de nuestra razón (la toma de decisiones) no es sólo simbólica y temporal, como muestran las denuncias por robo de niños. Podemos decir que existe una "tradición" en nuestro país cuyo máximo apogeo tuvo lugar con el robo de los hijos que las presas republicanas dieron a luz en las cárceles franquistas. Se calcula que en torno a 30.000 niños que hoy podrían estar vivos fueron robados y, muchos de ellos, entregados a familias afines al régimen fascista (Rodríguez, 2008). Hay unas 2.000 denuncias por el robo de recién nacidos a manos de médicos y personas vinculadas a instituciones sanitarias religiosas entre los años 70 y 80. Entre los imputados más conocidos están el ginecólogo Eduardo Vela Vela y "Sor María"[2]. Y muy recientemente, en octubre de 2014, el Juzgado de Instrucción nº 2 de Lugo imputó a 13 personas del Hospital de Burela (Lugo), acusadas de quitarle un bebé a una madre argelina haciéndole firmar documentos de entrega en adopción que la mujer no entendía porque no hablaba castellano[3].

Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, de la Conferencia General de la UNESCO, el ser humano se caracteriza por su capacidad de distinguir el bien del mal, percibir la injusticia, evitar el peligro, buscar cooperación y poner en práctica un sentido moral que dé expresión a principios éticos. Así, un trato inhumano en la atención obstétrica sería aquel que impide a una mujer comportarse como "humana":

- Impedirnos "pensar" el parto (Villarmea y Fernández Guillén, 2012a, 115-118; 2012b, 222-224), privarnos de información y poder de decisión
- No ofrecernos alternativas, elegir por nosotras, obligarnos a parir en una determinada posición, la más común, tumbada de espaldas y subidas a un potro

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

- Separarnos de nuestros hijos al nacer por rutina
- Privarnos de apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida por nosotras
- Engañarnos: inducir los partos por conveniencia o decir que hay que programar una cesárea porque tenemos la pelvis estrecha, por ejemplo
- Crear un ambiente falto de intimidad en torno a la mujer que está de parto
- Practicar la episiotomía de forma rutinaria

En la asociación El Parto es Nuestro hemos recogido cientos de testimonios de hospitales de toda España como los que siguen. Los modos, los sentimientos, incluso la jerga, no se diferencian en nada de los testimonios recogidos por organizaciones similares a la nuestra en otros países[4]:

- "Me trataron como a una vaca."
- "Me trataron muy bien, con mucha delicadeza afeitaron mi vagina con las puertas abiertas, a la vista de todo el mundo."
- "Me sentí como un trozo de carne listo para cortar."
- "Entraron unas diez personas, gritaban, me zarandeaban, nadie me hablaba. De repente una cara me dijo, 'soy el anestesista, te voy a operar yo'. Fue el único que me miró. Yo lloraba y temblaba muchísimo, me pusieron en la mesa como si fuera un cerdo, estaba desnuda, no paraba de entrar gente. Hablaban entre ellos de sus cosas sin importarles que yo estuviese allí: lo que hicieron el fin de semana, que no sé quién está enfermo… Hablaban sin importarles que iba a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo."
- "Alguien me echó la bronca por temblar, me pusieron los brazos en cruz, pedí que me soltaran un brazo, dijeron que no podía ser. Me durmieron el cuerpo. Yo notaba lo que me hacían pero me callaba porque quería acabar cuanto antes. Entró alguien, no sé quién, a explicar cómo hacia la cesárea, cómo cortar, qué mover..."

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

- "Aún me resulta bastante duro rememorar el día en que 'me nacieron' a mi hija. Porque yo siempre digo que no di a luz, aunque todo el mundo me mirara 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."

- "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."

- "Dijo el anestesista 'Ese es Aner'. Se lo llevaron, lo trajeron vestido y limpio, me dijeron 'dale un beso', como si fuera una orden, y se lo llevaron. Estuve tres o cuatro horas en la sala del despertar, no paraba de llorar para que me trajeran al niño, quería darle el pecho. Había cinco pacientes más, una sin útero, yo gritaba que me trajeran al niño. Me decían 'estás loca'. Vino un celador contando: 'tranquila, chica, si yo ya he visto a tu niño y es muy bonito.' ¡Cómo si eso me animara! Todo el mundo lo había visto menos su propia madre."[5]

La extensión de este artículo no me permite transcribir más testimonios. He escogido algunos especialmente significativos para identificar los métodos, formas y casos del maltrato al que me refiero. En mi trabajo como abogada he defendido a mujeres a las que se ha operado de cesárea sin anestesia[6]; a las que se ha ocultado por razones ideológicas que el hijo que esperaban padecía malformaciones graves para impedirles interrumpir el embarazo (el Hospital da Costa Burela, Lugo, tiene tres casos documentados y dos denunciados); que han sido enviadas a 600 kilómetros de su Comunidad Autónoma para hacer la interrupción en una clínica privada mal dotada porque el Servicio de Salud correspondiente (en concreto, el Servicio Gallego de Salud y el Servicio Murciano de Salud) no está dispuesto a cumplir con lo dispuesto en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En mi opinión, se trata de una política que, intencionadamente y por razones ideológicas, desobedece la legislación vigente y castiga a las mujeres que deciden abortar.

Especialmente dramático fue el caso de Nancy Narváez, inmigrante sudamericana, madre soltera y empleada de hogar, que fue a dar a luz a su primera hija al Hospital Clínico de Barcelona, acompañada únicamente por su compañera de habitación. Su indefensión la convertía en candidata ideal para la práctica "docente" de fórceps.

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

Cuatro estudiantes intentaron extraer a la niña con el instrumento mientras la tutora les dirigía: "Así no, que le 'podés' romper la cabeza" (cita literal del testimonio de la testigo obrante en las Diligencias Previas seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 12 de Barcelona). Y se la rompieron. Por supuesto, nadie dijo a esta joven madre cuáles eran la indicación, los beneficios, las alternativas y los posibles riesgos del uso de instrumentos ni se pidió su consentimiento. No se le pidió permiso para que utilizaran estos instrumentos estudiantes y residentes sin la pericia y formación suficientes.

Por su generalización, brutalidad y lesividad, merece especial atención entre las malas prácticas obstétricas la práctica de la episiotomía (cortar la piel y músculos que rodean la vagina para agrandar el canal del parto y acelerar la salida del bebé). Hace 30 años que la ciencia ha constatado que no ayuda al bebé ni evita desgarros. Todo lo contrario, los desgarros más graves son consecuencia de extensiones de la episiotomía desde la vagina hasta el ano. Los daños más frecuentes son el dolor en las relaciones sexuales y la incontinencia urinaria, fecal y/o de gases. Según Mardsen Wagner, anterior Director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, "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" (Wagner, 2000). Desde que Wagner hizo esta declaración las tasas han disminuido mucho, a pesar de lo cual la media actual del 42% en el Sistema Nacional de Salud sigue siendo calamitosa.

En general, a las mujeres no se nos permite tomar decisiones autónomas sobre el cuidado de nuestra salud a pesar de que, como cualquier persona que recibe atención sanitaria, tenemos derecho a aceptar o rechazar las intervenciones médicas y no ser tratadas como cuerpos inermes. Otra característica del sesgo de género en la atención médica es que a veces no se nos cree por el simple hecho de ser mujeres. En muchos hospitales, por ejemplo el de El Escorial, si una mujer acude a urgencias pidiendo la "píldora del día siguiente", le harán una prueba de embarazo antes de atenderla para comprobar que no está embarazada y pretende usar la píldora "como abortivo". Por el contrario, si una embarazada acude sangrando por un aborto natural, antes de atenderla se le hará la prueba del embarazo para, esta vez, "comprobar" que estaba realmente embarazada. En ambos casos la prueba es superflua a efectos clínicos. Moralmente, sin embargo, no es neutral: cuestionar la veracidad del relato de la persona sobre lo que le está pasando y por qué pide

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

ayuda protocoliza la sospecha y el prejuicio y pone trabas al acceso de las mujeres a la ayuda médica que necesitan. Si una persona, en cualquier otra especialidad, dice por ejemplo a su médico que es alérgico o padece hipotiroidismo, éste no dudará por lo general de la veracidad de lo que le cuentan y lo recogerá en la historia clínica, pues la anámnesis se basa, principalmente, en el relato que hace el propio paciente de sus antecedentes y estado de salud. Puede comprenderse que actuar de otro modo entorpecería y en muchos casos imposibilitaría totalmente prestar una atención eficaz.

2. Una "cultura" propia

El mundo de la obstetricia moderna tiene sus frases hechas, sus lugares comunes y sus "chistes de familia". Las siguientes expresiones son algunos ejemplos cotidianos de esta utilización del lenguaje en los paritorios españoles:

- "Limpiar la guardia": forzar los partos con fármacos, maniobras o cirugía para que ninguna mujer dé a luz por la noche y estropee el descanso nocturno de los médicos y matronas de guardia o para dejar la guardia libre para "urgencias".

- "Parir a la mujer", "hacerle el parto": un diálogo clásico del personal de un paritorio podría incluir: "¿A ésta, "la pares tú o la paro yo?" "¿La parimos ahora o más tarde?" Parece que la mujer no diera a luz por sí misma, que el parto no fuera algo que ella hace, sino que "se" le hace.

- "El punto del marido": coser la abertura vaginal de más, cerrándola con uno o dos puntos para estrecharla y, supuestamente, dar más gusto al marido.

- "Fórceps docentes": fórceps que se realizan no por una verdadera indicación médica sino para enseñar la técnica a los estudiantes.

- "Esas caderas son buenas para llevar vaqueros, pero no sirven para parir": las "pelvis estrechas" y la "desproporción céfalo-pélvica" son en la mayoría de los casos una mentira para justificar multitud de cesáreas innecesarias[7].

- "Te quedará una cicatriz de bikini": para referirse a las consecuencias de dar a luz mediante una cirugía mayor abdominal como es la cesárea. Trivializar los

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

resultados de las intervenciones obstétricas es otro de los "saberes" del oficio para impedir a las mujeres expresar su dolor o frustración.

- "Parir sin anestesia tiene el mismo sentido que sacarse un diente sin anestesia": como si parir y sacarse un diente fuesen lo mismo, las implicaciones de la anestesia fuesen las mismas en ambos casos y algunas mujeres hubieran decidido intentar el parto normal por simple masoquismo.

Las expresiones que hemos transcrito aquí minusvaloran la capacidad de las mujeres para dar a luz. Es un lenguaje denigratorio y fuera de lugar. Para superarlo, los movimientos de mujeres hemos creado nuestro propio sistema referencial. El cambio conceptual que conlleva el uso innovador de ciertos términos ha sido analizado por Stella Villarmea (Villarmea, 2013, 19-21; 2015, en prensa). En el activismo en torno al parto respetado hablamos, por ejemplo, de "inne-cesárea", "dios-tor", "ginesaurio", "matrosauria", "birthyonki", "matropólogo", "teoría del coñocimiento" o "co-razones".

También las artes gráficas sirven para mostrar la misoginia que hay en el mundo de la obstetricia. Nada mejor para entenderlo que las viñetas publicadas en el Boletín Electrónico Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y realizadas por el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Gandía. Recogemos a continuación algunas de las más llamativas:





ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128



En estas viñetas se representa a las mujeres como seres ignorantes, sucios (una mujer cuyo útero se ha prolapsado – está caído –, atrae a una jauría de perros), obesas o prostitutas. La última es especialmente ilustrativa en cuanto a la tipología de la violencia de género: véase cómo es supuestamente la mujer quien induce al médico a cortar con unas tijeras el pene del recién nacido ("si prefería una niña, yo puedo arreglarlo"). Es un rasgo común a otras formas de violencia contra la mujer pretender que, en realidad, ella es la responsable de la agresión y la persona que ejerce la violencia sólo la víctima de sus caprichos o iras. Se comprueba que este desplazamiento funciona y se produce incluso cuando la mujer está tan indefensa como la de la viñeta: en una mesa de quirófano y con el vientre aún abierto. Y lo terrible es saber que, como en cualquier situación en la que no tenemos ningún poder, las mujeres, como el resto de personas en situaciones similares, tendemos a sentirnos culpables de lo que nos ocurre.

Resulta grave, y ha de destacarse como tal, que los directivos de la SEGO responsables de la publicación jamás se disculparon por sus contenidos ofensivos, a pesar del escándalo social y mediático que provocaron[8]: "Es una cosa jovial de este señor. No

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

hay que darle tanta importancia. Es humor y ya está. La sociedad tiene cosas más importantes" (Declaraciones realizadas a *Onda Cero* por el máximo responsable de los ginecólogos españoles, José María Laílla, según el diario *El Mundo*).[9]

3. Respuesta jurídica

Las prácticas obstétricas más habituales consideran, por lo general, que las mujeres no adoptamos decisiones informadas, sino que tenemos simples "preferencias", que pueden ser graciosamente concedidas o rechazadas por el médico. Se nos excluye, por tanto, de las normas sobre consentimiento informado recogidas en la legislación nacional y en los convenios internacionales. En lugar de utilizar el concepto legal de "toma de decisiones libres e informadas" que recoge la vigente 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, se usan expresiones que rebajan el poder de decisión de la mujer como "participar en la toma de decisiones" o "las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente" o "se informará siempre a la paciente con carácter previo a la realización de…". La ley no habla de compartir las decisiones ni de "solo" informar, sino de un poder de la persona que va a someterse a un tratamiento o intervención que se ejerce libremente y de forma autónoma. Estas fórmulas han sido utilizadas, por ejemplo, en un documento de Consentimiento informado para atención al parto elaborado por la SEGO (Fernández, 2009), lo que ha dado pié a sentencias como esta de 20 de octubre de 2009 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, rec. 151/2006, que negó validez a un documento de este tipo. La reclamación tenía por motivo la asistencia que le fue prestada a la demandante con ocasión del parto de su segundo hijo y las posteriores complicaciones de la episiotomía que se le realizó. La sentencia dice así:

> "La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

> […] Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente [se refiere al modelo estandarizado para parto de la SEGO] *no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia*."

Y también hay que destacar la confusión en que incurre la SEGO respecto a las circunstancias que dan lugar a la petición del consentimiento informado, que ha llevado al Tribunal Supremo a aclarar en una sentencia que no hay que pedir el consentimiento informado para dar a luz porque se trata de un proceso fisiológico natural y por tanto ajeno a la voluntad de la persona, sino sólo para las intervenciones médicas que interfieren en ese proceso (Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, Sección 6ª, Sentencia de 2 Jul. 2010, rec. 2985/2006).

A pesar de que la legislación sobre derechos del paciente establece claramente la necesidad de obtener el consentimiento (o rechazo) del paciente antes de realizar cualquier actuación que afecte a su salud, a las mujeres no se les da explicaciones ni se les pide permiso para realizarles tactos innumerables, sean éstos realizados por el personal médico asignado a su cuidado o por simples estudiantes o residentes en prácticas. Tampoco se les pregunta antes de acelerar el parto con drogas como la oxitocina sintética – que aumenta el dolor y puede ocasionar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo. A ninguna de las mujeres que nos prestaron su testimonio se les ofreció alternativas a la inducción con oxitocina, a la episiotomía o al uso de fórceps. Por no decidir, no se les permitió decidir siquiera la postura que deseaban para parir.

Hablar de casos concretos permite hacerse una idea de la situación. En Brasil, a instancias de una ginecóloga, un juez ordenó la detención y cesárea forzada de Adelir Carmen Lemos de Góes, una gestante a término, simplemente porque quería un parto vaginal y su médica sólo estaba dispuesta a hacerle una cesárea. En España, médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Barcelona se dirigieron recientemente a la Fiscalía y a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) para que adoptasen medidas de protección de un "menor" frente a su madre embarazada, porque ella rechazaba los protocolos de ese Hospital y había decidió dar a luz en otro lugar.

¿Es legítimo operar a una embarazada a la fuerza para procurar un bien a su futuro hijo? La cuestión admite dos enfoques, desde el Derecho y desde la Ética. Desde el Derecho, se debe recordar que tanto en el ordenamiento jurídico español como en las convenciones internacionales sobre derechos humanos, la salud y la integridad

ISSN 1989-7022

DILEMATA, *año 7 (2015), nº 18, 113-128*

física son consideradas derechos fundamentales. Son un patrimonio del individuo que sólo puede sacrificarse en beneficio de otro por propia voluntad, por amor, nunca por la fuerza, con limitadísimas excepciones por razones de salud pública. En concreto, el derecho positivo español no exime de la posibilidad de rechazar tratamientos médicos a las embarazadas, ni el código penal contempla como eximente en el delito de vejaciones o lesiones, que la finalidad de una actuación médico-quirúrgica realizada por la fuerza a una gestante consciente y en pleno uso de sus facultades sea beneficiar al feto. No he conocido todavía a una mujer que no esté dispuesta a someterse a una cesárea cuando realmente cree que la vida de su futuro hijo está en juego, aunque me parece que ningún ser humano puede ser obligado a poner su vida o salud en riesgo en beneficio de otra persona. Lo que ocurre en casos como el de Adelir o la embarazada de Barcelona es que, sencillamente, no compartían el criterio médico sobre la forma de cuidar y proteger a su hijo y a sí misma. Si consideramos que, según el sistema de evaluación y revisiones científicas Cochrane, sólo el 10% de las intervenciones obstétricas tiene justificación real, creo que en este campo de la medicina existen poderosas razones para que dudemos de si ciertas intervenciones realmente son necesarias y sirven para cuidar de nuestros bebés y de nosotras mismas en la forma adecuada. En cualquier caso, la Administración sólo puede limitar los derechos y deberes inherentes a la patria potestad cuando un menor, es decir, una persona ya nacida, se encuentra en situación de desamparo, situación que no se daba en ninguno de los dos casos anteriores.

En términos éticos, resulta chocante comprobar que algunos obstetras sólo se preocupen por defender los derechos de los niños cuando se trata de decisiones contrarias a la medicalización de los partos – como rechazar una episiotomía o una cesárea –, pero no tengan ningún problema a la hora de recomendar la epidural, que puede ser una opción excelente pero que también puede provocar caídas repentinas y acusadas de la frecuencia cardíaca fetal. Y, como siempre, el distinto lenguaje con que describimos determinadas situaciones muestra las contradicciones, incoherencias e hipocresía que hay detrás: cuando se trata de juzgar intervenciones aceptadas por los médicos, al contenido del vientre de la mujer se le llama "feto" o "producto", pero cuando la futura madre se opone a la voluntad de los médicos, lo llaman "menor" o "niño", es decir, lo describen como una persona que goza ya de plenos derechos civiles. Lo he visto en muchísimos escritos de médicos y matronas. También he podido observar el distinto lenguaje que se ha utilizado, para una misma

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

madre y un mismo niño, en la Historia Clínica o documentos internos administrativos y el que se ha utilizado en los escritos dirigidos a la Fiscalía o a Servicios Sociales.

Igual que ocurre con la violencia doméstica, la que se produce en un paritorio sólo llega a los tribunales cuando provoca lesiones físicas muy graves. El trato vejatorio que muchas veces ha precedido al daño físico, queda oculto, igual que la herida emocional que acompaña estas situaciones. Una secuela típica del maltrato obstétrico es el síndrome de estrés postraumático. En su libro sobre el impacto de la I Guerra Mundial en la población, la escritora británica Pat Barker refiere que una de las conclusiones más interesantes del doctor Rivers, psiquiatra que investigó los traumas de los soldados y es considerado hoy por hoy como "el padre" del estrés postraumático, fue que "los hombres responden a las situaciones límite de la guerra de la misma manera que las mujeres en tiempos de paz. Lo que aprieta en último extremo el gatillo del estrés – o lo que antes se llamaba "histeria" – es la incapacidad de poder controlar tu propio destino y de estar a expensas de fuerzas aleatorias"[10]. Para la doctora Ibone Olza, psiquiatra especializada en atención perinatal, la percepción de no tener control en el parto y no ser partícipe de la toma de decisiones es uno de los factores que más influye en su evolución. Esto es justo lo que intenta evitar la figura del consentimiento informado, un ejemplo de cómo un trato humano es a la vez respetuoso con las leyes y con la buena praxis clínica.

Por lo general, los litigios por mala praxis obstétrica los llevan profesionales que se dedican a negligencias médicas y que no suelen conocer ni entrar en cuestiones de género. El proceso que ha conducido a esa mujer y a ese bebé a la situación que, finalmente, ha producido el daño, suele quedar subsumido en el resultado. Un ejemplo sería el de un niño que queda con parálisis cerebral y que podría haberse salvado con una cesárea a tiempo. El abogado medio se centrará en las horas o minutos que, tras constatar el monitor la sospecha de pérdida de bienestar fetal, se demoró la extracción. Circunstancias como si el parto debió o no inducirse, el efecto del uso previo de hormonas para acelerarlo (ya dijimos que la oxitocina sintética tiene potencial por sí misma para causar sufrimiento fetal), la posición de litotomía (el peso del feto puede presionar grandes vasos sanguíneos y reducir el flujo de oxígeno) y un larguísimo etcétera de actuaciones y omisiones previas sobre las que la mujer no ha tenido poder de decisión quedarán fuera de foco, sin enjuiciar. Coincide con que los abogados especializados en negligencias médicas son en su inmensa mayoría varones

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

– no me pregunten por qué – y ni ellos ni sus peritos tienen por lo general formación en cuestiones de género. En el mundo jurídico, la formación en género parece interesar sólo a algunas abogadas y, entre los varones, a algún abogado del turno de oficio especializado en violencia de género o a algún compañero excéntrico amante de lo raro. Y tenemos también el problema de que la práctica de los peritos puede ser igual de misógina y obsoleta que la de los médicos y matronas cuya actuación valoran, de modo que sólo se fijará en las infracciones de la *lex artis* "clásicas", aquellas que son reconocibles según su propio modelo de atención.

Otro inconveniente es que los procedimientos de responsabilidad civil y patrimonial se quedan cortos cuando hablamos de derechos humanos. Sencillamente, chocan con el estrecho concepto de "negligencia médica" y "responsabilidad civil". Por su parte, el Procedimiento para la protección de los derechos fundamentales de la persona previsto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa presenta inconvenientes prácticos que lo hacen inviable en muchos casos.

4. Conclusión

Hay razones fundadas para considerar la violencia obstétrica como una categoría más de violencia hacia la mujer. Debemos darnos cuenta de su gravedad y repercusión para la salud y la psicología de la persona que la sufre y la sociedad en su conjunto. Sólo investigando sus características particulares y los intereses y motivaciones que la sostienen podremos acabar con ella. Este artículo es un intento de resumir mi experiencia y reflexiones sobre la violencia obstétrica como activista y como abogada.

Bibliografía

Aler Gay, Isabel (2012), "Sociología de la maternidad en España" en *Maternidad y salud, ciencia, conciencia y experiencia,* Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Informes, estudios e investigación

Asociación El parto es Nuestro, Campaña "Unidos en neonatos: No nos separes, es una cuestión de salud", www.elpartoesnuestro.es

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

Asociación El parto es Nuestro, "Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las unidades neonatales en los hospitales de la Comunidad Valenciana y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados", 2013, www.elpartoesnuestro.es

Asociación El parto es Nuestro, "Entrada sobre los beneficios económicos del Método Madre Canguro (MMC) para el hospital", www.elpartoesnuestro.es, blog

Colectivo de Mujeres de Boston (2000), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Barcelona, Ed. Plaza y Janés

Fernández Guillén, Francisca (2009), "Comentarios a una Hoja de Consentimiento Informado propuesta por la SEGO", http://franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/Comentarios-a-una-Hoja-de-Consentimiento-Informado-redactada-por-la-S.E.G.O.-abril-2009doc.pdf

Gutman, Laura (2003), *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, Buenos Aires, Ed. del Nuevo Extremo

Iraburu, Marga (2005), *Con voz propia: Decisiones que podemos tomar ante la enfermedad y la muerte*, Madrid, Alianza editorial

Olza, Ibone (2008), *De la Teoría del vínculo a la neurobiología del apego,* http://www.iboneolza.com/articulos/NEUROBIOLOGIADELAPEGO2008.pdf

Rodrigáñez, Casilda, Cachafeiro, Ana (1996), *La represión del deseo materno y la génesis del estado de insumisión inconsciente*, Madrid, Nossa y Jara Editores

Rodríguez Arias, Miguel Ángel (2008), *El caso de los niños perdidos del franquismo: Crimen contra la humanidad*, Madrid, Ed Tirant lo Blanc

Sánchez González, Miguel Ángel (2013) *Bioética en ciencias de la salud*, Madrid, Ed. Elsevier Masson

Villarmea, Stella (2015), "Normatividad y praxis en el uso emancipatorio del lenguaje: Aproximación desde la certeza en Wittgenstein", en D. Pérez Chico y J. V. Mayoral (eds.), *Wittgenstein y Sobre la Certeza: Nuevas perspectivas*. México, Plaza y Valdés Editores, en prensa

Villarmea, Stella (2013), "Conceptual change and emancipatory practices: An approach from Wittgenstein's On Certainty", *Annales UMCS, Sectio I Philosophia- Sociologia*, 1/2013, Lublin, Maria Curie-Skłodowska University (UMCS), 7-24

Villarmea, Stella y Fernández Guillén, Francisca (2012a) "Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico", en E. Pérez Sedeño y R. Ibáñez Martín (eds.), Cuerpos y diferencias. México, Plaza y Valdés Editores, 103-127

Villarmea, Stella y Fernández Guillén, Francisca (2012b) "Fully entitled subjects: Birth as a philosophical topic", *Ontology Studies/Cuadernos de Ontología*, 11/2011, 211-230

Wagner, Marsden (2000), *El nacimiento en el nuevo milenio,* ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa, Jerez de la Frontera, Cádiz disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf

Normas, Convenios y Jurisprudencia

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Ley 14/1986 General de sanidad

Ley 33/2011 Ley General de salud pública

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del consejo de Europa, Oviedo, 4 de abril de 1997

Código de deontología médica, Organización Médica Colegial, julio de 2011

Carta europea de los niños hospitalizados, Parlamento europeo, 1993

Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, Roma, 4 de noviembre de 1950

Convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989

Decreto 246-2005, de 8 de noviembre de la Junta de Andalucía

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal

Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

R.D. 825-2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la L.O. 2-2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Ley integral contra la violencia de género, BOE núm. 313 de 29/12/2004, http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf

Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos, BOE núm. 166 de 12 de julio de 1985, http://www.boe.es/boe/dias/1985/07/12/pdfs/A22041-22041.pdf

Ley orgánica para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, BOE núm. 71 de 23/03/2007, http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf

Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, Sentencia de 20 Oct. 2009, rec. 151/2006

Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, Sección 4ª, Sentencia de 25 Sep. 2012, rec. 4500/2011

Notas

1. "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" (M.A, testimonio de su experiencia en el Hospital de Móstoles recogido en el foro "apoyocesáreas" http://lists.elpartoesnuestro.es/mailman/listinfo/apoyocesareas, 2002).

2. Edición digital del diario *El País*: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/24/actualidad/1359013050_505509.html

3. La Voz de Galicia, edición de 15 de octubre de 2014

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 113-128

4. Por citar sólo algunas: *Human Right's in Childbirth* , ENCA (*European Network of Childbirth Associations*), RELACAHUPAN (Red Latinoamericana para la Humanización del Parto y Nacimiento), ICAN (*International Cesarean Awareness Network*).

5. Desde ciencias como la neurobiología del apego se nos ilustra sobre lo desastroso de separar a los recién nacidos de sus madres: "cada vez es mayor la evidencia de que alterar ese equilibrio hormonal de la madre mediante sustancias como la oxitocina sintética en el parto o del bebé mediante la separación puede alterar de por vida el desarrollo cerebral del bebé […]. Son numerosos los estudios que han comprobado cómo ese enorme estrés que supone ser separado de la madre en las primeras horas de vida afecta el neurodesarrollo" (Olza, 2008, 1).

6. Testimonio de la cesárea de I. H., en el año 2011, en la Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza: "Le mostré que ya podía mover los pies y que se me habían pasado los efectos de la anestesia porque había recuperado absoluta sensibilidad en la zona de mi abdomen, le pregunte si me iba a doler y me dijo: 'y tanto que va a doler', todo esto entre sus risas y mis lágrimas. No me lo podía creer. Le pregunté por qué no me ponía algo para no sentir, a lo que respondió que no arriesgaría a mi bebe y hasta que no la sacaran no pondría nada más y así fue. Mis gritos de auténtico y puro dolor al hacer el corte y sacar a mi niña no había mascarilla que los ahogara; escuchándolos mi esposo desde la otra habitación. En fin, fue una carnicería. Durante el proceso permanecí consciente y escuchaba todo a mi alrededor, escuchaba cómo la matrona le pedía por favor que me pusiera una dosis aunque fuera pequeña para aliviar el dolor." A pesar de que la propia anestesista reconoció los hechos, la titular del Juzgado de Instrucción nº 1 de Ibiza archivó la querella en base a que el informe del forense "no aprecia mala praxis en la administración de anestesia".

7. La pelvis femenina no es estática; los huesos que la conforman están unidos por ligamentos flexibles que durante el embarazo y el parto, por efecto de las hormonas, se dilatan y la hacen aún más movible y, por lo tanto, perfectamente capaz de permitir el paso del bebé. Tampoco la cabeza del feto es estática; los huesos del cráneo no están soldados, precisamente para facilitar el paso por el canal del parto. Salvo que la mujer hubiera sufrido un traumatismo de cadera muy grave o una enfermedad ósea, es prácticamente imposible que su pelvis sea "estrecha". No se le puede decir a una mujer embarazada, según entra por la puerta de la consulta, que tiene la cadera estrecha, pues no se sabe por su aspecto exterior cuál es el diámetro interior de su pelvis (o, mejor dicho, "será", durante el parto) ni el de la cabeza de su hijo. Incluso aunque se midan estos tamaños durante el embarazo, es imposible saber cuál llegará a ser el tamaño de la abertura vaginal durante la fase de expulsión. Imaginemos la escena con un varón: que al entrar en la consulta del urólogo éste, mirándole de arriba abajo, le espetara: "con 'eso' necesitará ayuda para producir un embarazo". Llevo doce años oyendo historias de partos de mujeres con pelvis "estrechas" que han parido hijos de 4 y 5 kilos después de una y dos cesáreas simplemente por haber cambiado de ginecólogo.

8. "Igualdad insta a la SEGO a retirar las viñetas por considerar que dañan la imagen de la mujer", diario *El País*, 2011, Edición digital disponible en
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/09/22/actualidad/1316642413_850215.html

9. "Igualdad pide a la Sociedad de Ginecología que retire unas viñetas 'denigrantes'", diario *El Mundo*, Edición digital de 22 de septiembre de 2011, disponible en
http://www.20minutos.es/noticia/1172333/0/protesta/vinetas-sego/ginecologos/

10. Extraído de la entrevista de Carlos Fresneda a Pat Barker, autora de la novela *Regeneración*, diario *El Mundo*, 30 de octubre de 2014.