

CAPÍTULO VI. PERIPARTO

6.1 Exposición de hechos: La experiencia biopsicológica del parto

El parto es mucho más que un proceso biológico que se desencadena por la participación de una cascada hormonal y que finaliza el embarazo mediante la expulsión mecánica del bebé desde el útero materno al medio exterior. Se trata de un momento único en la vida del bebé, y también en la de la madre, que generalmente se produce rodeado de significados y respuestas sociales. La experiencia de parto puede resultar altamente satisfactoria para muchas mujeres que lo atraviesan; pero, también, puede suponer un trauma con importantes repercusiones en la salud materna, incluyendo el desarrollo de psicopatología postparto y dificultades en la vinculación con el bebé⁵⁷⁵. En esta línea, la OMS ha establecido en sus directrices la importancia de la experiencia positiva de parto, para reconocer el valor de un *"desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto"*, señalando que esta experiencia es positiva si *"cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer"*. Explica, además, que la mayoría de las mujeres *"desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas"*⁵⁷⁶.

Según los datos de la OMS, la mortalidad materna en el parto continúa inaceptablemente alta en numerosos países en vías de desarrollo, constituyendo el 95% de la mortalidad materna mundial aquellas defunciones de mujeres parturientas en países de ingresos bajos, y siendo en la gran mayoría de los casos evitable y relacionada con una atención sanitaria deficitaria⁵⁷⁷. En los

⁵⁷⁵ TAHERI, M., TAKIAN, A., TAGHIZADEH, Z., JAFARI, N., SARAFRAZ, N., "Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum intervention", *Reproductive Health*, 2018, vol. 15, nº 1, p.73; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J., HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., RODRÍGUEZ-ALMAGRO, D., QUIRÓS-GARCÍA, JM., MARTÍNEZ-GALIANO, JM., GÓMEZ-SALGADO, J., "Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, nº 9, p. 1654.

⁵⁷⁶ OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

⁵⁷⁷ SAY, L., CHOU, D., GEMMILL, A., TUNCALP, O., MOLLER, AB., DANIELS, J., GULMEZOGLU, AM., TEMMERMAN, M., ALKEMA, L., "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis", *The Lancet Global Health*, 2014, vol. 2, nº 6, e323-e333.; SAMUEL, O., ZEWOTIR, T., NORTH, D., "Decomposing the urban-rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa", *Reproductive Health*, 2021, nº 18, p. 216.

países desarrollados, la mortalidad asociada al parto, tanto materna como fetal, ha disminuido hasta cifras muy bajas gracias a la atención sanitaria especializada, situación que ha de valorarse como un gran logro del desarrollo en materia de salud⁵⁷⁸. Sin embargo, las experiencias traumáticas acontecidas en el paritorio (en numerosas ocasiones, asociadas a tratos inadecuados, tal y como se desarrollará en este Capítulo), son una realidad muy prevalente entre las mujeres atendidas en sus procesos de parto: se ha estimado que el 45% de las mujeres que han parido consideran su parto como traumático, si bien la presencia clínica de estrés postraumático por el parto afectaría a entre el 1,5 y el 9% de las mujeres que han dado a luz⁵⁷⁹. Por tanto, en la atención al parto en los países desarrollados, el gran reto que se perfila en la actualidad es aquel que supone garantizar no sólo la supervivencia física de la madre y su bebé, sino que ésta se produzca en los máximos niveles de salud, incluyendo la salud mental.

Así, las graves consecuencias sobre la salud mental materna que asocian los partos traumáticos, unidas a las reivindicaciones de muchas mujeres que han visto violado su derecho a la autonomía durante el parto, han puesto en el foco de la atención pública la necesidad de garantizar un cuidado respetuoso al parto, promoviendo las experiencias positivas en el mismo, con una atención alineada con los derechos humanos que brinde a las mujeres apoyo y respeto a sus decisiones a lo largo de todo el proceso, tal y como recomienda la OMS⁵⁸⁰. En sus *"Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva"*, la OMS incluye, dentro de la experiencia de parto positiva, elementos nucleares que incluyen *"dar a luz un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico"*, y permitir a la mujer permanecer acompañada y recibir atención de personal que no sólo cuente con las competencias técnicas adecuadas, sino que sea amable. Además, reconoce que las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer deben *"cumplirse o superarse"*, para que dicha experiencia pueda ser considerada positiva, señalando que la mayoría de las mujeres desean alcanzar un *"sentido de logro y control personales"* en el parto a través de su participación en la toma de decisiones, en la cual deberá formar parte también en aquellas situaciones en las cuales resulta necesaria la intervención médica.

Con todo ello, es fácil comprender que en la experiencia de parto hay un gran número de elementos implicados que van más allá del proceso mecánico del

⁵⁷⁸ OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 *Asistencia cualificada en el parto*. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>. (Consultado el 8 de abril de 2023).

⁵⁷⁹ POP-JORDANOVA, N., "Childbirth-Related Psychological Trauma", *Makedonska akademija na naukite i umetnostite Oddelenie za medicinski nauki, issuing body*, 2022, vol. 43, nº1, pp. 17-27.

⁵⁸⁰ OMS, *Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

parto, o descenso del bebé a lo largo del canal del parto. Las repercusiones de las experiencias de parto, negativas o positivas tienen un impacto trascendental en la salud y el bienestar de la madre y el bebé, tanto a corto como a largo plazo, tal y como se explicará a continuación.

6.1.1 Definición biomédica de parto

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el parto es *"la acción de parir"*. Si se revisa el término parir, en su primera acepción se recoge lo siguiente: *"dicho de una hembra vivípara: expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre"*⁵⁸¹. Desde la perspectiva médica, recogida por la especialidad de obstetricia, el parto se define como la expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Se considera que el parto a término (esto es, el que se produce en los tiempos considerados fisiológicos, con un feto ya maduro) es aquel que se produce entre las semanas 37 y 42 desde la fecha de la última menstruación. Aquellos partos que tienen lugar antes de la semana 37 se consideran partos prematuros, mientras que aquellos que se producen superada la semana 42 se consideran partos post-término, siendo el resultado de una gestación cronológicamente prolongada⁵⁸². En este sentido, conviene tomar en consideración que las mujeres primíparas (aquellas que no han parido con anterioridad) tienden a tener gestaciones algo más prolongadas que aquellas que ya han tenido partos previamente⁵⁸³.

Dentro del parto propiamente dicho, clásicamente se han distinguido tres fases. Al evento del parto le antecede una cuarta fase, denominada pródromos de parto, en la cual se producen síntomas variables e inespecíficos (cambios en el ritmo intestinal, con frecuentes despeños diarreicos, o cambios en el apetito; cambios afectivos en la mujer e incluso modificaciones en su actividad física), que pueden prolongarse durante unas horas hasta varios días previos al parto, y en la cual predomina el aumento de las contracciones uterinas de preparación, no rítmicas.

⁵⁸¹ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., (versión 23.6 en línea). Disponible en: <https://dle.rae.es>. Consultado el 28 de enero de 2023.

⁵⁸² KUEHN, BM., "Pregnancy length may vary by 5 weeks", *Journal of American Medical Association*, 2013, vol. 310, nº 9, pp. 893.

⁵⁸³ JUKIC, AM., BAIRD, DD., WEINBERG, CR., MCCONNAUGHEY, DR., WILCOX, AJ., "Length of human pregnancy and contributors to its natural variation", *Human Reproduction*, 2013, vol. 28, nº 10, pp. 2848-2855.

El parto propiamente dicho consta de la fase de dilatación, la fase expulsiva y el alumbramiento. Durante la denominada fase de dilatación (en referencia a la dilatación del cuello uterino para permitir la posterior salida del bebé por el canal del parto), las contracciones uterinas aumentan de frecuencia e intensidad hasta alcanzar la máxima dilatación del cuello uterino (unos 10 centímetros), al mismo tiempo que se inicia el descenso fetal. Durante la fase del expulsivo, las contracciones uterinas se hacen máximas y en su pico de mayor intensidad (acmé), unidas a los pujos voluntarios maternos, favorecen la salida mecánica del bebé al exterior del cuerpo materno. Durante la fase de alumbramiento, se produce la expulsión al exterior de la placenta⁵⁸⁴.

6.1.2 Dimensión psicosocial del parto

El parto es un evento vital de gran importancia y una experiencia trascendental para la mayoría de las mujeres que lo atraviesan, con repercusiones en el estado afectivo y la confianza psíquica de la mujer en función de cómo se desenvuelva. Ya se ha mencionado que la experiencia de parto puede ser posteriormente recordada como un momento de satisfacción y triunfo tras el esfuerzo, con aumento de confianza de la mujer en sí misma y en su capacidad maternal, pero puede suponer, también, una experiencia potencialmente traumática asociada a un intenso sufrimiento, cuyas repercusiones en la calidad de la relación y el vínculo afectivo de la díada madre-bebé pueden llegar a ser altamente deletéreas⁵⁸⁵. Los análisis transculturales de la experiencia de parto realizados por Callister han comprobado que muchas de las experiencias subjetivas que acontecen en el parto tienen un carácter universal, de modo que aquellos partos que transcurren de forma favorable y en los que las mujeres se sienten acompañadas, apoyadas y respetadas, suelen tener lugar experiencias intensas de amor, de unión e incluso experiencias místicas⁵⁸⁶.

La neurofisiología del parto lo convierte en un evento único e irreplicable, mediado por cascadas hormonales complejas, en las cuales la oxitocina juega un papel crucial, y se produce una liberación masiva de neurotransmisores que participan en la creación de un estado de conciencia alterado en las mujeres de parto. En el parto fisiológico se produce la segregación natural de oxitocina (actor principal del parto) por parte del cerebro de la madre. La

⁵⁸⁴ LÓPEZ-ZENO, LA., HARRINGTON, L., “Normal labor and delivery”, en J. J. Sciarra (Ed.), *Gynecology & obstetrics* (vol. 2, cap. 68). Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

⁵⁸⁵ OLZA, I., LEAHY-WARREN, P., BENYAMINI, Y., KAZMIERCZAK, M., KARLSDOTTIR, SI., SPYRIDOU, A., et al., “Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis”, *BMJ Open*, 2018, vol. 8, nº 10, e020347.

⁵⁸⁶ CALLISTER, L., SEMENIC, S., FOSTER, JC., “Cultural and spiritual meanings of childbirth. orthodox jewish and mormon women”, *Journal of Holistic Nursing, Official Journal of the American Holistic Nurses’ Association*, 1999, vol. 17, nº 3, pp. 280-295.

oxitocina es una hormona que, por un lado, induce las contracciones uterinas propias del parto, y, por otro, favorece el estado mental peculiar que una gran mayoría de mujeres presentan durante sus partos, con pérdida de la noción del tiempo y experiencias frecuentes de amor y conexión⁵⁸⁷. El cerebro materno también segrega endorfinas, unos péptidos que se unen a receptores de opioides a nivel del sistema nervioso central facilitando, la relajación, el disfrute y la vivencia de la experiencia de parto de una forma placentera. Además, en la fase expulsiva, se liberan catecolaminas (neurotransmisores del estrés), que inducen el denominado reflejo de eyección fetal, o contracciones uterinas de expulsión del bebé. En el bebé, la descarga catecolaminérgica favorece su transición de la vida intrauterina a la extrauterina⁵⁸⁸.

El complejo equilibrio hormonal y de neurotransmisores que se establece en el parto fisiológico favorece la adecuada evolución de este, facilitando que la experiencia de parto resulte, en definitiva, satisfactoria para la mujer, pese a las vivencias de dolor, miedo o estrés que pueden tener lugar durante el mismo. La pieza clave en el complejo baile de moléculas que sucede en el parto es la oxitocina. Esta hormona, además de inducir las contracciones uterinas, y promover el inicio de la lactancia, es una potente elicitor a nivel cerebral de las conductas de cuidado amoroso de la madre hacia el bebé recién nacido⁵⁸⁹. La interferencia externa ejercida sobre este mecanismo neurohormonal, ya sea porque la mujer esté manejando niveles elevados de estrés (que implica la liberación de cortisol, una hormona que bloquea la liberación de oxitocina endógena y, por ende, la progresión natural del parto), o por la administración rutinaria de oxitocina sintética (de uso ubicuo en los paritorios españoles, pese a la evidencia creciente de sus repercusiones negativas en la vinculación inicial madre-bebé), impactan negativamente tanto en las vivencias del parto como en la evolución adecuada del mismo⁵⁹⁰.

⁵⁸⁷ OLZA, I., UVNAS-MOBERG, K., EKSTRÖM-BERGSTRÖM, A., LEAHY-WARREN, P., KARLSDOTTIR, SI., NIEUWENHUIJZE, M., VILLARMEA, S., HADJIGEORGIOU, E., KAZMIERCZAK, M., SPYRIDOU, A., BUCKLEY, S., “Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth”, *PLoS One*, 2020, vol. 15, nº 7, e0230992.

⁵⁸⁸ HILLMAN, NH., KALLAPUR, SG., JOBE, AH., “Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life”, *Clinics in Perinatology*, 2012, vol. 39, nº 4, pp. 769-83.

⁵⁸⁹ WALTER, MH., ABELE, H., PLAPPERT, CF., “The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child”, *Frontiers in Endocrinology*, 2021, vol. 12, p. 742236.

⁵⁹⁰ TZENG, YL., YANG, YL., KUO, PC., LIN, YC., CHEN, SL., “Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study”, *Journal of Nursing Research*, 2017, vol. 25, nº 1, pp. 59-67; TICHELMAN, E., WARMINK-PERDIJK, W., HENRICHS, J., PETERS, L., SCHELLEVIS, FG., BERGER, MY., BURGER, H., “Intrapartum synthetic oxytocin, behavioral and emotional problems in children, and the role of postnatal depressive symptoms, postnatal anxiety and mother-to-infant bonding: A Dutch prospective cohort study”, *Midwifery*, 2021, vol. 100, p.103045.

6.1.3 Atención sanitaria al parto: Entre los avances en salud y el intervencionismo innecesario

El parto es un momento de elevada vulnerabilidad para las mujeres y sus bebés, en el cual pueden ver comprometida su vida o su salud por multitud de eventos. Los avances sanitarios, con seguimiento a lo largo del embarazo y acceso a atención especializada, han permitido disminuir de forma drástica la morbilidad materna e infantil en los países desarrollados en las últimas décadas.

Sin embargo, la alta mortalidad materna en algunas regiones del mundo (sobre todo, en África Subsahariana y en Asia Meridional), asociada fundamentalmente a la pobreza, demuestra la inequidad en el acceso a los servicios de salud, y ahonda en la discriminación de género que todavía persiste profundamente arraigada a nivel mundial⁵⁹¹. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en regiones pobres y en el contexto de crisis humanitarias. Las mujeres más afectadas son las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años; de hecho, las complicaciones en el embarazo y el parto (por hemorragias graves, infecciones y cuadros hipertensivos o preeclampsia y eclampsia) son una de las causas principales de muerte en las mujeres adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo⁵⁹².

Es fundamental entender que la mayoría de las muertes maternas son evitables, y para combatir dicha mortalidad, resulta imprescindible garantizar una atención sanitaria especializada a las mujeres en las etapas prenatal, durante el embarazo y, especialmente, durante el parto, y mantenerla a durante las primeras etapas del postparto⁵⁹³. Al respecto, cabe destacar la importancia reconocida en el plano internacional, primero en los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵⁹⁴ y, actualmente, con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, "*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*", que reconoce que mujeres y hombres tienen necesidades sanitarias diferentes, pero el mismo derecho a gozar de una vida sana. Sin embargo,

⁵⁹¹ OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 *Asistencia cualificada en el parto*. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>. (Consultado el 8 de abril de 2023).

⁵⁹² PATTON, GC., COFFEY, C., SAWYER, SM., VINER, RM., HALLER, DM., BOSE, K., VOS, T., FERGUSON, J., MATHERS, CD., "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *The Lancet*, 2009, vol. 374, pp. 881–892.

⁵⁹³ UNICEF, OMS, The World Bank, United Nations Population Division, *The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality*. Nueva York: UNICEF; 2015.

⁵⁹⁴ Cuyo Objetivo 5 era mejorar la salud materna, con las metas de reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, lograr el acceso universal a la salud reproductiva y reducir la tasa de mortalidad materna.

para muchas mujeres y niñas, la discriminación de género socava sistemáticamente su acceso a la atención sanitaria, por razones que incluyen menos recursos financieros y limitaciones en su movilidad. En concreto, las dos primeras metas del ODS 3 buscan, para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos⁵⁹⁵.

Por otro lado, también se deben promover políticas públicas que aborden los embarazos en las mujeres adolescentes, desde una perspectiva preventiva (dadas las importantes repercusiones sociales, emocionales y psíquicas que a menudo estos embarazos suponen para la madre y para el bebé gestado), pero también de apoyo y acompañamiento a aquellas adolescentes que atraviesan un embarazo⁵⁹⁶. En la lucha contra los embarazos no deseados que se producen en la adolescencia, resulta imprescindible garantizar una infancia y adolescencia libre de abusos sexuales, prostitución, trata y matrimonios infantiles⁵⁹⁷, aspectos todos ellos igualmente contemplados en la Agenda 2030 y en varios de los ODS fijados.

La tasa de mortalidad materna en España está muy por debajo de la meta establecida por la Agenda 2030, que busca reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. En todo el territorio nacional español, según recogen los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos fueron 1,8778 en el año 2018 y 1,6638 en el año 2019. Cabe destacar que, en el año 2020 (coincidiendo con la pandemia de COVID-19 y la suspensión inadecuada de los protocolos de seguimiento a las mujeres embarazadas en un gran número de centros sanitarios de España), la mortalidad materna prácticamente se duplicó, llegando a rozar las 3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (2,9298), pese a que las mujeres embarazadas y parturientas no eran un

⁵⁹⁵ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Consulto 4 abril 2023.

⁵⁹⁶ LOREDO-ABDALÁ, A., VARGAS-CAMPUZANO, E., CASAS-MUÑOZ, A., GONZÁLEZ-CORONA, J., GUTIÉRREZ-LEYVA, C.J., “Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2017, vol. 55, nº 2, pp. 223-229. MANN, L. BATESON, D. BLACK, K.I., “Teenager Pregnancy”, *The Australian Journal of General Practice*, 2020, vol. 49, nº 6, pp. 310-316.

⁵⁹⁷ MCNISS, C., KALARCHIAN, M., LAURENT, J., “Factors associated with childhood sexual abuse and adolescent pregnancy”, *Child Abuse & Neglect*, 2021, nº 120, p. 105183; SEZGIN, AU., PUNAMÄKI, RL., “Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence”, *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 155-166; BOYCE, SC., BROUWER, KC., TRIPLETT, D., SERVIN, AE., MAGIS-RODRIGUEZ, C., SILVERMAN, JG., “Childhood Experiences of Sexual Violence, Pregnancy, and Marriage Associated with Child Sex Trafficking Among Female Sex Workers in Two US-Mexico Border Cities”, *American Journal of Public Health*, 2018, vol. 108, nº 8, pp. 1049-1054.

colectivo de riesgo de mortalidad por COVID-19⁵⁹⁸. Este dato demuestra, una vez más, la extrema vulnerabilidad del parto y de los derechos de las mujeres con respecto a la asistencia de sus procesos reproductivos, claramente influidos por los contextos, las crisis sociales y la accesibilidad a los sistemas de salud.

En los países desarrollados, como es el caso de España, la atención al parto en entornos medicalizados, si bien ha conseguido convertir la mortalidad materna en eventos marginales, no está libre de problemas y dificultades, relacionados sobre todo con el trato deshumanizado, el empleo de protocolos obsoletos y el ejercicio de prácticas invasivas sobre los cuerpos de las mujeres, a menudo realizadas en base a criterios no estrictamente clínicos o no basados en la evidencia científica, sin recabar el consentimiento informado de las mujeres y sin tener en cuenta las repercusiones potencialmente negativas en la salud mental y física de la madre y del bebé⁵⁹⁹. Es cierto que el parto no está exento de riesgos, y existen eventos sobrevenidos de potencial gravedad e incluso letalidad para la madre o el bebé, pero también lo es que la atención del mismo, y la decisión de intervenir sobre él, como en los demás procesos de salud, requiere un cuidadoso balance de los riesgos y beneficios que suponen dichas intervenciones⁶⁰⁰.

Tal y como se explicará ulteriormente, existe la necesidad inaplazable de generar conciencia perinatal en las instituciones sanitarias y de justicia, promoviendo la formación de las y los profesionales en las bases psicológicas del parto y de la vinculación madre-bebé, y generando políticas públicas y prácticas asistenciales que garanticen un trato humanizado del parto, respetando siempre que sea posible la autonomía de las mujeres y favoreciendo la interacción precoz con sus hijos, para proteger los derechos de las madres y de los bebés, y promover los mejores estándares de salud mental, física y del desarrollo.

6.1.4 El trato irrespetuoso y las prácticas violentas en la atención obstétrica

El término "*violencia obstétrica*" es habitualmente empleado para nombrar las prácticas violentas realizadas por parte de los profesionales sanitarios sobre

⁵⁹⁸ INE. Disponible en: <https://www.ine.es>. (Consultado el día 28 de enero de 2023).

⁵⁹⁹ MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., CERVERA-GASCH, Á., ANDREU-PEJÓ, L., VALERO-CHILLERON, MJ., "Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, nº 21, p. 7726.

⁶⁰⁰ WERNER-BIERWISCH, T., PINKERT, C., NIESSEN, K., METZING, S., HELLMERS, C., "Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, vol. 18, nº 1, p. 473.

los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres, generalmente, en el periodo que comprende el periparto, ya sea en el plano físico, psicológico, verbal, institucional o simbólico. Estas prácticas incluyen la patologización de los procesos fisiológicos del embarazo y el parto, el trato deshumanizado, el paternalismo y las actuaciones médicas realizadas sin el consentimiento de la mujer y con menoscabo de su autonomía⁶⁰¹.

La denuncia de estas prácticas ha partido del activismo liderado por mujeres que, en la primera década de los 2.000, comenzaron a hacer visibles las situaciones de trato indigno vividas en los paritorios de países de Hispanoamérica (como México, Venezuela y Argentina), en donde ya se han aprobado leyes específicas para luchar contra este tipo de violencias⁶⁰². En España, el movimiento de denuncia de las prácticas inadecuadas en el contexto de la atención obstétrica es cada vez mayor, pero el debate a menudo se queda paralizado en el término, que genera incomodidad y rechazo en el gremio médico. Así, pese a que cada vez existe una mayor conciencia social sobre el trato inadecuado que a menudo se dispensa a las mujeres en los paritorios dentro de nuestro sistema de salud, esta realidad continúa siendo negada por amplios sectores, entre los que se incluyen los sanitarios.

La denominación “*violencia obstétrica*” no está admitida universalmente, y numerosos colegios de médicos, así como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) han manifestado su rechazo a este término, considerando que cuestiona la ética, e incluso el honor, de las y los profesionales de la Obstetricia. Así, en un comunicado publicado en septiembre de 2021, la SEGO enunciaba lo siguiente:

*“La ‘violencia obstétrica’ es un término utilizado como referencia para aquellas intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias, que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento. Nos parece inapropiado, tendencioso e injusto el término ‘violencia obstétrica’ por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas”*⁶⁰³.

⁶⁰¹ GOAZ MELET, S., FELDMAN, N., PADOA, A., “Obstetric Violence – Since When and Where to: Implications and Preventive Strategies”, *Harefuah*, 2022, vol. 161, nº 9, pp. 556-561.

⁶⁰² BELLÓN SÁNCHEZ, S., “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, *Dilemata*, 2015, nº 18, pp. 93–111.

⁶⁰³ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Comunicado S.E.G.O.: “Violencia obstétrica”*; 2021. Disponible en: <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-sego-julio2021.pdf>. (Consultado el 8 de noviembre de 2022).

No deja de resultar paradójico que este comunicado, al mismo tiempo que niega la existencia de violencia obstétrica, reconoce la existencia de *"intervenciones médicas innecesarias durante el proceso de parto"*, que además se realizan *"a menudo"* de forma *"rutinaria"* y *"sin proporcionar información suficiente"* ni *"solicitar el consentimiento"* de las mujeres. Con ello, se admite que muchas de esas intervenciones innecesarias se realizan violando el derecho fundamental de autonomía de las mujeres, al no ser informadas ni recabar su consentimiento, lo que hace inferir que estas decisiones, tomadas unilateralmente por los profesionales médicos, se imponen a las mujeres (que se encuentran en un momento de alta vulnerabilidad, como es el parto) desde la posición de poder que ocupan los profesionales. Además, se pone la carga de la responsabilidad en las mujeres (por tener *"expectativas de parto no cumplidas"*); y ello obviando que, según la OMS, y como se ha explicado previamente en este mismo Capítulo, el elemento fundamental de la experiencia de parto de parto positiva (que, a su vez, constituye la base para la salud y el bienestar de la madre y el bebé) es precisamente el cumplimiento o la superación de las expectativas de las mujeres sobre el mismo.

Por otro lado, si revisamos la definición que la OMS hizo del término *"violencia"*, ya en 2002, encontramos lo siguiente:

*"El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"*⁶⁰⁴.

Las graves secuelas físicas, psicológicas y sociales que produce la violencia, y que suponen un importante problema de salud pública⁶⁰⁵. Y, en el caso de la violencia ejercida en grupos de población de elevada vulnerabilidad, como son las mujeres durante sus procesos de parto, y los recién nacidos, es fácil entender el potencial alcance que dichas secuelas pueden llegar a generar.

Con todo ello, resulta evidente que, en la denominada violencia obstétrica, existe un uso deliberado del poder (en grado de amenaza o efectivo) por parte de los profesionales médicos hacia la mujer parturienta, para tomar decisiones (*"intervenciones médicas innecesarias"*) sin respetar su autonomía, *"sin información adecuada"* o *"sin su consentimiento"*; causando o con muchas posibilidades de causar daños psicológicos en las madres (hasta en un 9% del total de las mujeres que han parido, tal y como se señaló previamente) y problemas del desarrollo en los infantes (secundarios a los problemas vinculados asociados al malestar materno), además de las posibles secuelas

⁶⁰⁴ OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

⁶⁰⁵ KRUG, EG., MERCY, JA., DAHLBERG, LL., ZWI, AB., "The world report on violence and health", *The Lancet*, 2002, vol. 360, n° 9339, pp. 1083-1088.

físicas que pueda sufrir el bebé, fruto de las intervenciones invasivas⁶⁰⁶. Por ello, pese a las discrepancias en torno a la definición y empleo del término "violencia obstétrica", éste suele emplearse para referirse a aquellas prácticas obstétricas realizadas sin respetar el derecho a la autonomía de las mujeres (intervenciones sobre sus cuerpos realizadas sin información previa adecuada, o sin consentimiento) y que generan, o pueden generar, daño físico o psicológico⁶⁰⁷. En cualquier caso, la resistencia entre determinados sectores a su uso no ha impedido que su empleo se haya ido expandiendo por distintos organismos oficiales a lo largo de los últimos años.

Así, en 2019 la Asamblea General de la ONU examinó el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica⁶⁰⁸ en el que afirma que:

"En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos".

⁶⁰⁶ WEN, SW., LIU, S., KRAMER, MS., MARCOUX, S., OHLSSON, A., SAUVÉ, R., LISTON, R., "Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries", *American Journal of Epidemiology*, 2001, nº 153, pp. 103-107; ABENHAIM, HA., MORIN, L., BENJAMIN, A., KINCH, RA., "Effect of instrument preference for operative deliveries on obstetrical and neonatal outcomes", *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2007, nº 134, pp. 164-168.

⁶⁰⁷ MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASAS, S., CERVERA-GASCH, A., ANDREU-PEJÓ, L., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., VALERO-CHILLERÓN, MJ., "Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 23, p. 15737.

⁶⁰⁸ A/74/137 Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11 de julio de 2019. El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva

Se reconoce por ello que la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de las mujeres, al igual que ya lo había reconocido la OMS unos años antes⁶⁰⁹ aunque sin emplear el término “*violencia obstétrica*”, y continúa refiriéndose a esa realidad como “*trato abusivo e irrespetuoso*”⁶¹⁰ que, sin embargo, admite como un grave problema de salud a nivel mundial.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa trabajó en el mismo sentido y reconoció en 2019 la existencia de violencia obstétrica y ginecológica⁶¹¹.

La violencia obstétrica atenta de formas múltiples contra los derechos humanos de las mujeres, puesto que las discrimina por razón de género y compromete su derecho a la salud sexual y reproductiva, además de violar el principio de su autonomía. Las características específicas del proceso de parto y la influencia decisiva que éste tiene en el inicio de la vinculación madre-bebé (y, por lo tanto, en el sistema de apego del recién nacido), suponen que las prácticas ejercidas sobre las mujeres de forma violenta en el momento del parto tengan importantes repercusiones sobre sus bebés. Así, la violencia obstétrica también vulnera la protección básica del bebé y de su interés superior; comprometiendo su derecho a la salud física y mental, con secuelas que en ocasiones se mantienen a lo largo de la vida.

En las situaciones de violencia obstétrica concurren dos problemáticas fundamentales. Por una lado, las deficiencias en la implementación de derechos en los sistemas de salud fundamentalmente, en lo referido a la autonomía del paciente y, por otro, la desigualdad estructural de género⁶¹².

Efectivamente, la violencia obstétrica es un problema estructural, construido sobre un funcionamiento institucional muy aferrado a sus prácticas, de modo que, en el ciclo de incorporación y formación de nuevos profesionales a los equipos, éstas se transmiten de forma naturalizada a la asistencia, dificultando la identificación y la toma de conciencia de los propios profesionales que las ejercen. Algunos ejemplos de prácticas obstétricas potencialmente violentas

⁶⁰⁹ OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf (Consultado el 18 de mayo de 2023).

⁶¹⁰ ONU, *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*. Disponible en: https://eipmh.com/wp-content/uploads/2019/09/UN_Res.71170.pdf. (Consultado el 7 de noviembre de 2022).

⁶¹¹ Consejo de Europa, “Obstetrical and gynaecological Violence”. Resolución 2306 Asamblea Parlamentaria, 2019.

⁶¹² LLOBERA CIFRE, R., FERRER PÉREZ, VA., CHELA ÁLVAREZ, X., “Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido”, *Investigaciones Feministas*, 2019, nº 10, pp. 149–184.

son: la amniorrexia artificial y las episiotomías rutinarias, la administración subrepticia de haloperidol u otros ansiolíticos en el parto, la instrumentalización del parto rutinaria o sin información y consentimiento de la mujer, las cesáreas sin criterios clínicos, la sujeción mecánica de las manos o las piernas de la mujer (práctica rutinaria en las cesáreas, que generalmente se realiza sin tan siquiera informar previamente) o la separación madre-bebé sin una necesidad médica debidamente justificada.

Por su propia naturaleza, ya que se trata de vivencias de las mujeres a menudo negadas por los profesionales, resulta muy difícil estimar la incidencia de la violencia obstétrica en los diferentes países, al igual que en los sistemas de salud españoles, donde la descentralización de las competencias hace que los registros sean altamente desiguales. Pero, si atendemos a los datos españoles recogidos sobre diversas prácticas obstétricas, (algunas de las cuales pueden ser potencialmente constitutivas de violencia), en el informe de 2021 del Ministerio de Sanidad, denominado *"Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018"*, se observa que nuestro país se encuentra todavía muy alejado de las recomendaciones internacionales⁶¹³. Así, mantiene una tasa de cesáreas por encima de los estándares de calidad (en 2018 los hospitales de la red del SNS tuvieron un 21,8% de partos por cesárea, y en los hospitales privados la tasa de cesáreas fue de 36,5%); y, aunque se observa un descenso en las ratios de amniorrexia artificial (de un 19,5% en 2010 a un 13,0 % en 2018) y de episiotomías (un 27,5%) en los últimos 5 años, éstas continúan también por encima de las recomendaciones internacionales. Además, se objetiva el aumento de los partos instrumentalizados, y un incremento significativo del uso del *"vacuum extractor"* (o ventosa), por encima de los índices deseados. También se observa un incremento muy llamativo de inducciones de parto, claramente por encima del estándar de calidad, alcanzando en 2018 el altísimo porcentaje de un 34,2% de partos inducidos artificialmente.

Estas cifras ponen de manifiesto un escenario de atención obstétrica en España muy alejado de los estándares de calidad recomendados internacionalmente; y, por sí mismas, hablan de la necesidad de reflexión acerca del modelo asistencial, más allá de la experiencia subjetiva de aquellas mujeres que son sometidas, de manera innecesaria, o con un balance beneficio/riesgo desfavorable, a situaciones tales como cortes innecesarios en el periné, o una cirugía abdominal, que es lo que ocurre en el caso de una cesárea, en el inicio de la vida de su hijo.

Del mismo modo que hace veinte años los protocolos de atención al parto en nuestro país incluían recomendaciones sin valor clínico (como el rasurado

⁶¹³ Ministerio de Sanidad, *Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*; 2021.

perineal o la administración de enemas a las parturientas), o incluso nocivas para la salud materna y del bebé (como la separación rutinaria madre-bebé o la promoción de la lactancia artificial); en el momento actual, resulta imprescindible revisar de manera exhaustiva las actuaciones en paritorio y los posibles factores asociados por su inadecuación a los estándares reconocidos internacionalmente.

El estudio de la situación no sólo debe enfocarse hacia las prácticas, sino también a las posibles causas y los factores perpetuantes, como hace la Relatora especial en su informe⁶¹⁴, en el que afirma que, en el contexto de los servicios de salud materna y reproductiva, las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto, con malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y una histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica. Así, tanto las limitaciones de recursos como las condiciones de trabajo en los sistemas de salud desempeñan un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto⁶¹⁵.

En el mismo sentido, algunos estudios recientes muestran una asociación directa entre un aumento de recursos de los servicios de obstetricia (con un mayor número de obstetras) y un descenso de las tasas de cesáreas⁶¹⁶. Con ello, se puede inferir que la deficiencia de recursos humanos está favoreciendo que algunas mujeres sean sometidas a una cirugía mayor abdominal, tal es el carácter de la cesárea, en un momento de elevadísima vulnerabilidad biopsicológica, no por motivos clínicos o de salud, sino por razones meramente logísticas de los servicios de maternidad.

A raíz de denuncias individuales de mujeres con experiencias de parto irrespetuosas acontecidas dentro del Sistema Nacional de Salud español ante

⁶¹⁴ A/74/137 *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, 11 de julio de 2019

⁶¹⁵ Lo que contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, los Estados “*debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva*” y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias. Sin embargo, muchos Estados no dan prioridad, en sus presupuestos, a la atención de la salud de las mujeres. El hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación. Además, muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria, afirma la Relatora Especial en el informe de 11 de julio de 2019.

el Comité CEDAW, éste ha emitido hasta 3 dictámenes condenatorios hacia España, reconociendo la existencia de violencia obstétrica en España y obligando al Estado a resarcir a las afectadas, además de instarle a poner las medidas oportunas para acabar con esta lacra. Estos casos se expondrán de forma más detallada en los supuestos clínicos posteriormente presentados, y reconocen la existencia de una grave vulneración de los derechos humanos de las mujeres parturientas y sus bebés que se está produciendo en la asistencia sanitaria a los partos.

A este respecto, en las Observaciones finales emitidas por el Comité CEDAW sobre el noveno informe periódico presentado por España en el año 2022, el último presentado hasta la fecha, se afirma que, si bien se están empezando tomar medidas para combatirla, la violencia obstétrica sigue siendo una realidad presente en la asistencia sanitaria española:

*"El Comité observa con aprecio también los esfuerzos realizados por el Estado Parte para combatir la violencia obstétrica, a raíz de las recomendaciones formuladas en la comunicación núm. 154/2020 del Comité. No obstante, le preocupa que su aplicación no sea sistemática y se caracterice por importantes disparidades entre regiones."*⁶¹⁷

6.1.5 El cambio de paradigma: Hacia un parto humanizado y respetado

Del mismo modo que la meta en la atención al parto no puede quedarse en la supervivencia de madres y bebés, sino que debe tender a proporcionar el disfrute del máximo nivel de salud posible para ambos, tampoco el objetivo debería ser únicamente la eliminación de la violencia obstétrica, aunque, sin duda, su erradicación es prioritaria, sino que los esfuerzos deben encaminarse hacia unos buenos tratos en el parto. Asimismo, se ha señalado desde algunos sectores que la terminología negativa (como es la de *"violencia obstétrica"*), aunque necesaria, dificulta la imprescindible investigación al respecto, al no contar con el apoyo y la identificación necesarios por parte de los profesionales que atienden los partos. Con el ánimo de facilitar esta participación de los profesionales, defienden el empleo de términos alineados con la ética de los cuidados, explicada en el Capítulo II del presente trabajo, para garantizar un parto respetado⁶¹⁸. Este concepto amplía el foco respecto

⁶¹⁶ RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ, J. M., "An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain", *Health Policy*, 2022, vol. 126, nº 1, pp. 24–34.

⁶¹⁷ CEDAW/C/ESP/CO/9, 31 de mayo de 2023. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de España.

⁶¹⁸ BELIZÁN, J. M., MILLER, S., WILLIAMS, C., PINGRAY, V., "Correction to: Toda mujer en el mundo debe tener un cuidado respetuoso durante el parto: una reflexión", *Reproductive health*, 2020, vol. 17, nº 1, p. 112.

de la violencia obstétrica, y defiende la necesidad de promover las mejores prácticas posibles de acompañamiento y cuidado en la atención obstétrica a las mujeres embarazadas y a sus familias⁶¹⁹.

Alineada con esta perspectiva del cuidado respetuoso, la OMS publicó en 2018 un listado que incluía 56 recomendaciones para mejorar la experiencia de las mujeres en el parto⁶²⁰. En dicho informe, la OMS reconoce que:

*"En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto."*⁶²¹

El objetivo fundamental de las recomendaciones es promover el trato respetuoso y humanizado a las mujeres durante el parto, dándoles un mayor poder de decisión y respetando su derecho a la autonomía.

La OMS señala la importancia de la experiencia de la atención en el parto, concepto que se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto fisiológico, con vivencia de logro y control a lo largo del mismo por medio de su participación activa en la toma de decisiones, incluso cuando se desean o se necesitan intervenciones de carácter médico. La directriz reconoce una experiencia de parto positiva como:

*"Un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer."*⁶²²

La experiencia de la atención es un aspecto clave en la evaluación de la calidad de la atención en el parto, y se ha relacionado con la consecución de mejores resultados clínicos centrados en la mujer.

⁶¹⁹ SHAKIBAZADEH, E., NAMADIAN, M., BOHREN, MA., VOGEL, JP., RASHIDIAN, A., PILEGGI VN., "Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis", *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2018, nº125, pp. 932-942.

⁶²⁰ OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

⁶²¹ *Ibidem*.

⁶²² *Ibidem*.

Estos resultados incluyen el nacimiento de un bebé saludable en un entorno seguro a nivel sanitario, y también psicológico; la atención por parte de personal sanitario competente en su desempeño clínico, pero que ha de ser también amable y respetuoso en el trato con las mujeres; y la garantía de un acompañamiento emocional continuo de la mujer por la persona que ella escoja.

La directriz de la OMS *"resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos"*, proponiendo un modelo global de cuidados durante el parto que considera la heterogeneidad existente a nivel mundial en las prácticas de atención al parto.

En sus recomendaciones, la OMS señala que las principales formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento son las siguientes: *"Proveer apoyo psicosocial a las mujeres; contacto madre-hijo irrestricto; escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%; posición levantada durante el trabajo de parto."*⁶²³

6.1.6 Atención al parto en nuestro entorno

En España, la atención al parto está incluida en la Cartera de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

A raíz del inicio de la visibilidad de las prácticas inadecuadas que tienen lugar en la atención obstétrica dentro del Sistema Nacional de Salud, y partir de los datos de elevado intervencionismo innecesario en los partos, en el año 2006, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), con el objetivo de asegurar una atención de calidad al parto de forma que las mujeres recibiesen la mejor atención, fueran adecuadamente informadas y pudieran participar activamente en el proceso.

Un reciente estudio⁶²⁴, publicado en 2021, que analiza el impacto de la EAPN en los datos del Sistema Nacional de Salud, ha constatado una reducción de un 2% de las tasas de cesáreas de los hospitales públicos del SNS en comparación con los hospitales privados (con un ahorro directo de 131,7 millones

⁶²³ *Ibidem*.

⁶²⁴ RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ MUÑOZ, JM., *Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*. Instituto de Estudios Fiscales, 2020.

de euros entre los años 2008 y 2011), y una reducción de la mortalidad perinatal estimada en un 0,08%. Sin embargo, se siguen observando grandes diferencias entre Comunidades Autónomas, e incluso entre hospitales de una misma Comunidad, a la hora de implementar la EAPN. Además, el efecto de esta estrategia no ha conseguido situar a España en el rango de estándar de calidad de tasa de cesáreas recomendado por la OMS (entre un 10 y un 15% de cesáreas), ya que la tasa global sigue estando por encima del 20% (con grandes diferencias entre los distintos centros hospitalarios).

Dicho estudio señala la necesidad de considerar no sólo el ahorro directo de los partos vaginales frente a las cesáreas, sino todos los costes añadidos por las repercusiones que las cesáreas tienen en la salud de las mujeres y de sus recién nacidos a corto, medio y largo plazo. Además, incide en la necesidad de seguir las recomendaciones internacionales de la OMS, tanto para reducir cesáreas innecesarias (especialmente, aquellas para las que hay un alto grado de evidencia científica), como para incrementar el número y la autonomía de las matronas como la profesional adecuada para liderar la atención del parto normal.

La adherencia a las recomendaciones de la OMS por parte de los centros hospitalarios nacionales puede ser facilitada a través del seguimiento de las Guías de Práctica Clínica elaboradas por parte del Ministerio de Sanidad. Es llamativa la falta de actualización de las Guías de Práctica Clínica nacionales para la atención sanitaria a las mujeres en sus procesos de parto. Pese a que las Guías de Práctica Clínica no son vinculantes ni de obligatorio cumplimiento, sus recomendaciones tienen una repercusión innegable en el diseño de los protocolos de atención al parto en los distintos hospitales dentro del territorio nacional. Sin embargo, la *"Guía de práctica clínica de Atención al Parto Normal"* fue publicada en el año 2011, y la *"Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio"*, en 2014. Dado el avance de la evidencia científica, se considera que las Guías de Práctica Clínica que no han sido sujetas a revisión en los 5 años previos deben observarse con cautela por el riesgo que tienen de estar obsoletas.

La atención al parto difiere a lo largo de sus etapas: la preparación al parto, o atención preparto; la atención al parto propiamente dicho, o intraparto, y los cuidados en el postparto hospitalario.

6.1.6.1 Preparto

El parto es un evento importante en la vida de las mujeres, para cuyo desarrollo es necesario que se sientan seguras y tranquilas. En las últimas etapas del embarazo, es frecuente que aparezcan miedos e incertidumbres respecto al momento de parto. Los sentimientos de miedo y ansiedad pueden interferir

en la adecuada progresión del parto y prolongarlo, con las consecuencias negativas que esto puede acarrear. Por ello, la preparación psicológica para el parto favorece que éste se experimente de forma más positiva, disminuye el riesgo de intervencionismo y facilita que la mujer salga del mismo fortalecida y con mayor autoestima, factores que protegen frente a la aparición de problemas emocionales en el postparto e influyen positivamente en el desarrollo de un estilo de apego saludable en el bebé, así como el bienestar en la pareja y en la familia.

La preparación psicológica al parto pasa por informar adecuadamente a las mujeres de las características del proceso, las emociones que pueden experimentar, los distintos escenarios en los que pueden encontrarse, e implicarlas activamente respecto de su toma de decisiones, que deben ser entendidas como elecciones abiertas y sujetas a los cambios que puedan ir surgiendo durante el mismo. Es el caso, por ejemplo, del manejo del dolor durante el parto: para las mujeres, resulta beneficioso conocer de antemano las diversas opciones con las que podrán contar, sabiendo que en todo momento podrán cambiar de decisión respecto de la inicial. En nuestro entorno nacional, no está generalizada la práctica de informar a las mujeres de manera individualizada acerca de sus opciones de analgesia de forma previa al parto, ni de administrar activamente información acerca de los datos asistenciales y los servicios ofrecidos por cada centro hospitalario respecto de la atención al parto.

Este hecho es básico, puesto que, en España, existen grandes discrepancias en los protocolos de atención al parto dependiendo de cada centro hospitalario, siendo diametralmente opuestos, incluso, dentro de una misma Comunidad Autónoma. Muchas mujeres, que desconocen esta realidad, se limitan a acudir a su centro hospitalario de referencia, confiando en que allí recibirán una atención adecuada a sus necesidades en el parto. En muchas ocasiones, sin embargo, esto no es así.

Respecto a la preparación al parto, dentro de nuestro sistema de salud, es una práctica habitual el ofrecimiento de grupos de preparación al parto realizados por enfermeras o matronas desde los centros de salud comunitarios, siendo muy dependiente del profesional a cargo el tipo de información que se ofrece.

Algunas de las recomendaciones de la OMS para la preparación al momento del parto, que deberían promoverse desde los proveedores primarios de salud, son las siguientes:

- *"Proveer preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.*

- *Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia. Es útil utilizar una escala como la Escala ALPHA para estos fines.*
- *Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.*
- *No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.*
- *Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.⁶²⁵*

En relación con las líneas nacionales, hay que referenciar los grupos de preparación al parto, así como el plan de parto.

En cuanto a los grupos de preparación al parto, dentro de nuestro sistema de salud, es una práctica habitual el ofrecimiento de grupos de preparación al parto realizados por enfermeras o matronas en los centros de salud comunitarios, como método principal para informar a las mujeres y a sus parejas.

La *"Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio"*, elaborada por el Ministerio de Sanidad y editada en el año 2014, señala la escasez y la baja calidad de los estudios diseñados para evaluar la eficacia de los programas de educación prenatal para la preparación al nacimiento⁶²⁶. Sin embargo, sugiere que la participación en estos programas contribuye a mejorar el conocimiento y la autopercepción de las mujeres a la hora de afrontar el parto, y podría contribuir a una menor duración del trabajo de parto. Si bien la evaluación de resultados es limitada, la guía señala que estos programas no suponen ningún tipo de perjuicio hacia los participantes, y sí asocian una percepción individual y social positiva, al ser vistos como espacios de aprendizaje donde poder adquirir habilidades e información necesarias para afrontar la adaptación a las nuevas circunstancias que suponen la llegada de un bebé. En definitiva, la guía realiza la siguiente recomendación:

"Se sugiere ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de ad-

⁶²⁵ CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., PORTER, R., "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course", *Birth*, 2001, nº 28, pp. 202-207.

⁶²⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

quirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia."

Por su parte, el plan de parto y nacimiento está incluido dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y pretende ser un instrumento de garantía y promoción del derecho a la autonomía de las mujeres en relación a sus partos. Se trata de un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Se basa en la premisa de que disponer de esta información por escrito ayudará al equipo sanitario de atención al parto a conocer las preferencias de la mujer, facilitará que ésta conozca y participe activamente en su proceso de parto, y mejorará la comunicación entre ambas partes, entendiendo que el parto es un momento de gran vulnerabilidad física y psicológica para la mujer.

Este documento no sustituye a la información dada por el equipo profesional (matrona y médico), que deberá garantizar la preparación de la mujer al parto durante el seguimiento del embarazo. Se puede realizar en cualquier momento, aunque generalmente se recomienda plasmarlo por escrito entre las semanas 28 y 32 de gestación. La mujer puede modificar en cualquier momento sus decisiones. El documento de plan de parto no recoge la posibilidad de escoger prácticas contrarias a la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en un parto normal⁶²⁷.

6.1.6.2 Intraparto

Como ya se ha mencionado, el parto es un evento que está mediado por fenómenos neurohormonales muy complejos y delicados que pueden verse interferidos por la presencia de estrés o miedo en la mujer, pudiendo llegar a prolongar el parto; o, incluso, a frenar su progresión, generando una cascada de eventos que pueden culminar en un mayor intervencionismo médico sobre el parto, con repercusiones potencialmente negativas asociadas.

Para el desarrollo fisiológico del proceso de parto, es necesario que la mujer pueda sentirse segura y confiada en su entorno, así como respetada por las personas que la están asistiendo. Son muchos los elementos que, en una atención hospitalaria no adaptada a las necesidades del parto, como la que desafortunadamente todavía se ofrece a muchas de las mujeres que acuden

⁶²⁷ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*; 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>. (Consultado el 12 de noviembre de 2022).

a parir a los hospitales españoles, pueden interferir en su sensación básica de seguridad y dificultar la progresión de un parto natural.

En primer lugar, si hacemos referencia al propio entorno, resulta fácil entender que los paritorios de apariencia hospitalaria, tipo quirófanos, puede poner a las mujeres en alerta, facilitando una percepción de situación de enfermedad. Por ello, otros países, como Alemania o Reino Unido, están instaurando el concepto de casas de nacimientos, o lugares anexados a los hospitales, pero fuera de los mismos, liderados por matronas, donde las mujeres puedan disfrutar de partos en entornos más acogedores, semejantes a los domiciliarios, pero con toda la seguridad y garantías que ofrece la posibilidad de acceso inmediato a la atención médica especializada. Del mismo modo, la elevada presencia de personal sanitario que a menudo transita entorno a las mujeres de parto (médicos facultativos, residentes y estudiantes de Medicina, matronas y estudiantes de enfermería, auxiliares...) viola la necesaria vivencia de intimidad que, también, tranquiliza a las mujeres y les permite vivir con plenitud su proceso de parto. Esta intimidad de las mujeres, así como la vivencia de vulnerabilidad, las lleva a desear encontrarse acompañadas en el parto por sus personas de confianza. Las recomendaciones de la OMS reconocen el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante su parto por una persona de su elección.

Ser atendida por una persona conocida (un obstetra de referencia), con quien ya se haya establecido un vínculo médico-paciente, en lugar de por desconocidos aleatorios de guardia, también favorece la tranquilidad de la mujer, si bien es cierto que las condiciones materiales de asistencia en la sanidad pública prácticamente hacen imposible esta realidad. Sin embargo, dentro de la sanidad privada, para aquellas mujeres que pueden económicamente acceder a ella, es frecuente la elección de un ginecólogo de referencia, que será quien mantenga el seguimiento y quien asista también en el momento del parto.

Otro elemento que ayuda a disminuir el estrés en las mujeres y aumentar su confianza es ser adecuadamente informadas durante su proceso de parto, tanto de las situaciones que se van produciendo, como de las diversas opciones que hay en cada momento. El apoyo durante el parto ha demostrado disminuir el uso de fármacos analgésicos y reducir la instrumentalización del parto y la tasa de cesáreas. La ausencia de información a las mujeres, y su participación en la toma de decisiones durante el parto es, probablemente, uno de los puntos más problemáticos de nuestro sistema de salud, por medio de la repetición de prácticas instauradas institucionalmente y naturalizadas en la formación especializada, y, por tanto, de muy difícil identificación, reconocimiento y modificación.

La OMS ha recomendado instaurar un modelo de cuidados respetuosos durante el parto, centrado en las mujeres, para que la experiencia de parto

resulte positiva. Un metanálisis publicado en 2022 y realizado sobre 22 estudios procedentes de 19 países, acerca de las percepciones de mujeres con partos atendidos dentro de un modelo de cuidados intraparto y parto respetado, demostró que las interacciones respetuosas y de cuidado entre las mujeres y sus profesionales sanitarios generaban percepciones positivas en las mujeres respecto de sus propias vivencias de parto, enfatizando la asociación entre las interacciones interpersonales respetuosas y las vivencias subjetivas en los procesos de parto⁶²⁸.

Las principales recomendaciones de la OMS intraparto son:

- *"Uso del partograma para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto.*
- *Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajos de parto normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.*
- *Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de "manos libres".*
- *Abandonar el uso de rasurado y enema.*
- *Estimular la deambulaci3n durante el trabajo de parto.*
- *Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.*
- *No restringir líquidos durante el trabajo de parto, y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingerir comidas livianas si las necesitan. 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 "doulas" (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 compaía adecuada para apoyar*

⁶²⁸ MIYAUCHI, A., SHISHIDO, E., HORIUCHI, S., "Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis", *Japan Journal of Nursing Science*, 2022, vol. 19, n°3, e12475.

a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.

- *Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.*
- *Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.*
- *Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.*
- *En periodo expulsivo, usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama standard si se elige una cama para el parto.*
- *No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana). · No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.*
- *No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.*
- *Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.*
- *Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.*
- *Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.*
- *No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que no son necesarios (por ejemplo, televisión en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada. Manejo del dolor,*
- *Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulaci3n, el cambio de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura, y otros.*

- *Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.*⁶²⁹

6.1.6.3 Postparto inmediato

El periodo inmediatamente postparto, en el cual los cerebros de la madre y del bebé se encuentran impregnados de los procesos neurohormonales que acaban de acontecer en el parto, se denomina periodo sensitivo (llamado también *"la hora de oro"*), y son unos minutos de gran valor, en los cuales el contacto íntimo piel con piel favorece la puesta en marcha de patrones neuroconductuales básicos que dejarán una huella indeleble en la psicología y la conducta del bebé, y facilita la emergencia de las conductas maternas de cuidado de la madre⁶³⁰. El contacto estrecho madre-bebé en el periodo sensitivo tiene un efecto calmante para ambos y actúa de regulador sobre los parámetros fisiológicos del bebé, facilitando la termorregulación, la regulación de la frecuencia cardíaca y la de la respiración.

Las recomendaciones de la OMS para este postparto inmediato son:

1. *"Nacimiento: Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida del calor. Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.*
2. *Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.*
3. *Promover el amamantamiento: Incentivar la alimentación al niño cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.*

⁶²⁹ OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario. [WHO labour care guide: user's manual]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en <http://apps.who.int/iris>. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).

⁶³⁰ MOORE, ER., BERGMAN, N., ANDERSON, GC., MEDLEY, N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol. 11, n° 11.

4. *No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada. Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más. Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre- hijo se vea alterado. Después del nacimiento buscar los momentos apropiados, para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea (en aquellas instituciones donde esté indicado).*⁶³¹

6.2 Lactancia materna precoz: recomendaciones internacionales

La lactancia materna se abordará en mayor extensión en el próximo Capítulo, relativo al puerperio y la etapa postnatal. No obstante, dada la importancia de su inicio precoz, se hará a continuación una breve enunciación de las principales recomendaciones al respecto.

Colocar a los recién nacidos sobre el pecho de sus madres en la primera hora de vida (conocido como inicio precoz de la lactancia materna) ha demostrado favorecer la supervivencia y la regulación fisiológica del neonato, así como ser una medida crítica para el establecimiento de la lactancia materna a largo plazo. Cuando se impide la lactancia materna inmediata tras el parto (por ejemplo, con la separación madre-bebé) las consecuencias pueden llegar, incluso, a amenazar la vida del bebé, con una asociación directa entre el tiempo de espera y el riesgo de muerte (a mayor tiempo de demora, mayor riesgo de defunción del neonato). Además, alimentar a los recién nacidos con cualquier líquido o sucedáneo de leche distinto a la leche materna ha demostrado tener peores resultados en salud y suponer un riesgo en el establecimiento de la lactancia materna⁶³².

Como ya se refirió en el Capítulo III, en el año 1989, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) decidieron aunar sus esfuerzos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los servicios de Maternidad y de Neonatología, mediante una Declaración conjunta que incluía diez medidas (denominadas "*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*"). Desde el año 1991, todos los hospitales y los servicios de maternidad a lo largo

⁶³¹ Artículo citado previamente, CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., PORTER, R., "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course". *Birth*, 2001, nº 28, pp. 202-207.

⁶³² UNICEF, *Breastfeeding: Too few children benefit from recommended breastfeeding practices*. Nueva York: UNICEF; 2015. Accesible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding>. (Consultado el 12 de febrero de 2023).

del mundo que aplican los “Diez pasos” son denominados “hospitales amigos del niño”, para señalar su apoyo a las buenas prácticas de alimentación del lactante, entre las que se insiste en la necesidad de promover la lactancia materna precoz, en la primera hora tras el nacimiento. En el año 2015, ambas organizaciones decidieron coordinar nuevamente sus esfuerzos para recopilar la evidencia científica sobre la que se sustentan los beneficios de los “Diez pasos”, y promover programas sólidos de apoyo a la lactancia materna desde todos los sistemas de salud. En el año 2018, se publicó la *“Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño”*, que hace hincapié en *“la importancia de aplicar los Diez Pasos en todos los establecimientos y a todos los bebés, ya sean prematuros o a término, nacidos en hospitales privados o públicos, y de países ricos o pobres”*⁶³³.

Por desgracia, según recoge UNICEF, entre los años 2015 y 2021, únicamente el 47% de los recién nacidos a lo largo de todo el mundo han podido disfrutar de un inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida), y sólo el 67% de los recién nacidos recibieron alimentación exclusiva de leche materna en sus primeras 48 horas (lo que supone que un tercio de los recién nacidos recibieron leche de fórmula en sus primeros dos días de vida; habitualmente, dentro de hospitales o entornos sanitarios)⁶³⁴. Es significativo que, si bien estos datos varían de forma considerable entre las distintas regiones del mundo, las bases mundiales de datos de UNICEF consideran que tienen información insuficiente respecto a la alimentación ofrecida a los recién nacidos en los países de Europa Occidental; países que, en principio, cuentan con registros sanitarios de calidad y están comprometidos con las directrices internacionales en materia de infancia y de salud.

6.3 Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad. De la evidencia científica a la recomendación

Respecto a los cuidados de la madre en el puerperio hospitalario, la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y el puerperio (2014), elaborada por el Ministerio de Sanidad, resume la siguiente evidencia:

“El puerperio hospitalario debe fomentar el vínculo de la madre y el bebé con la participación del padre en el proceso. Debe prestarse especial atención

⁶³³ OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa “Hospital Amigo del Niño”*, 2018.

⁶³⁴ UNICEF, *UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding*. Disponible en: <http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-youngchild-feeding/>. (Consultado el 11 de febrero de 2023).

al estado de la madre, y a la aparición de fiebre o cualquier otro signo clínico que pueda indicar alguna complicación. Debería evitarse la realización rutinaria de pruebas o procedimientos en aquellas mujeres en las que no se identifiquen signos de alarma".

Y realiza la siguiente recomendación:

"Se recomienda que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del bebé, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el bebé.⁶³⁵"

En cuanto a los beneficios de la no separación y el colecho durante el puerperio hospitalario, la Guía recoge y resume la siguiente evidencia:

1. *"Contacto piel-con-piel (CPP) entre la madre y el recién nacido/a. La evidencia disponible (una RS con 34 ECAs y 2.177 participantes) sugiere que el contacto piel-con-piel entre la madre y el recién nacido/a en las 24h siguientes al parto tiene un efecto beneficioso para ambos. El CPP, en comparación al contacto habitual, se asocia a mayor estabilidad cardiorespiratoria en recién nacidos/as pre-término tardíos (34 – 37 semanas de gestación completas) sanos. Las madres que realizan CPP con su recién nacido es más probable que mantengan la lactancia materna a los 1 – 4 meses posparto que las que realizan un contacto habitual. Las madres que tienen un CPP con su recién nacido/a mantienen la lactancia materna durante más tiempo (64 días más de media) que las que no realizan un CPP. Las madres que realizan CPP con su bebé es más probable que mantengan la lactancia materna exclusiva a los 3 – 6 meses posparto que las que realizan un contacto habitual. Las mujeres que realizan un CPP con el recién nacido/a presentan menor grado de congestión mamaria dolorosa autodeclarada que las que no realizan CPP.*
2. *Ubicación del recién nacido/a durante las noches de la estancia hospitalaria posparto: cuna separada, cuna adosada a la cama, en la cama. La evidencia disponible (un único ECA con 64 participantes) sugiere que se producen más intentos de lactar durante la noche (tanto exitosos como no exitosos) cuando los recién nacidos/as duermen en la misma cama que la madre o en una cuna adosada (tipo sidecar) que cuando se ubican en una cuna separada. No hay diferencias entre ubicar a los recién nacidos/as en la misma cama o en una cuna adosada en cuanto a la frecuencia de intentos de lactar. No hay diferencias en la duración del sueño de la madre ni del*

⁶³⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

bebé según este se duerma en la misma cama, en una cuna adosada o en una cuna separada. No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción de las madres entre las diferentes ubicaciones del recién nacido/a. Hay mayor frecuencia de eventos con potencial riesgo respiratorio cuando el recién nacido/a duerme en la misma cama en comparación a cuando duerme en una cuna separada. No hay diferencias en la frecuencia de eventos con potencial riesgo de caída al dormir en la misma cama en comparación a dormir en una cuna separada. No hay diferencias en la frecuencia de eventos con potencial riesgo respiratorio o de caída al comparar dormir en una cuna adosada vs dormir en una cuna separada o al comparar dormir en la misma cama vs dormir en una cuna adosada."

Por ello, la Guía recomienda fuertemente:

"Se recomienda que los bebés sanos se coloquen, inmediatamente tras el nacimiento, sobre el abdomen o el pecho de la madre y mantengan un contacto íntimo piel con piel.

Se sugiere que durante las dos primeras horas de vida el contacto piel con piel sea supervisado por un profesional sanitario con la finalidad de identificar posibles complicaciones en los bebés".

Añade, también, una recomendación débil:

"En madres con recién nacidos sanos, se sugiere que, durante las noches de estancia hospitalaria en el posparto, el recién nacido duerma en una cuna adosada (tipo sidecar) a la cama de la madre."

Desde la perspectiva de la bioética de los cuidados, analizada en Capítulos previos, algunas legislaciones autonómicas, como la de la Comunidad Autónoma de Murcia, están empezando a incorporar el derecho de los bebés a permanecer en brazos de sus madres desde el momento mismo de su nacimiento. Recientemente, la Asamblea General de Murcia, con el consenso de todos los partidos políticos, aprobó una modificación del artículo 16 de la Ley 3/2009, sobre los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, incorporando en dicho artículo:

"El derecho del bebé recién nacido a no ser separado de su madre tras el parto (contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido), salvo por razones médicamente justificadas. El derecho a la identidad sanitaria desde el momento de su nacimiento, como sujeto de la asistencia, con apertura de historia clínica"⁶³⁶.

⁶³⁶ Ley 12/2018, de 20 de noviembre, de modificación de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. N° de Disposición: BOE-A-2019-365. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

6.4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Los beneficios del contacto estrecho piel con piel del bebé con su madre comenzaron a implementarse en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) neonatales, en un inicio en relación temporal con las tomas de alimentación para los bebés prematuros o con bajo peso al nacimiento. La introducción de este contacto estrecho (denominado método canguro) en las unidades de cuidados intensivos neonatales, demostró aumentar la supervivencia y disminuir la morbilidad de los menores⁶³⁷, de tal forma que, progresivamente, se han ido alargando los periodos en los que se aplica, y ha empezado a realizarse, también, con las figuras paternas. La evidencia científica también avala la existencia de un efecto analgésico sobre el dolor en los bebés que mantienen contacto estrecho piel con piel. Dado el impacto negativo que el dolor, como mecanismo de estrés, tiene sobre el neurodesarrollo infantil, resulta prioritario continuar promocionando el contacto íntimo de los bebés con sus figuras de cuidado, especialmente, aquellos que requieren cuidados hospitalarios o métodos potencialmente dolorosos para garantizar su salud⁶³⁸.

Los estudios científicos y las guías sanitarias de los principales organismos internacionales recomiendan el respeto absoluto por la unión física de la díada madre-bebé en los primeros momentos tras el parto, no debiendo producirse la separación salvo que resulte imprescindible para garantizar la salud del bebé o de la madre y no existan otras alternativas. Incluso en estos casos, debería promoverse el mayor contacto posible entre las madres y sus bebés. Es el caso de las madres que requieren cuidados intensivos: en muchas ocasiones, las madres ingresadas en UCI por riesgo físico para su vida no tienen acceso a sus bebés, con las vivencias consecuentes de angustia y malestar psicológico, y los bebés encuentran interferido su derecho a estar con sus madres. Por su parte, las Unidades de Cuidados Neonatales, intensivos o intermedios, (UCI-N) están realizando por todo el mundo un cambio de paradigma hacia las denominadas “*puertas abiertas*”, permitiendo a las madres y los padres acceder libremente a sus bebés, en un reconocimiento de los beneficios saludables que el contacto mantenido tiene para ambas partes de la díada. Los programas de cuidado integral a las familias de los neonatos hospitalizados buscan ayudar a las madres y los padres en sus primeras experiencias de cuidado, promoviendo las relaciones saludables madre-bebé (y padre-bebé)⁶³⁹.

⁶³⁷ CONDE-AGUDELO, A., DÍAZ-ROSSELLO, JL., “Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, nº 8, CD002771.

⁶³⁸ CAMPBELL-YEO, M., BENOIT, B. NEWMAN, A., JOHNSTON, C. BARDOUILLE, T., STEVENS, B., JIANG, A., “The influence of skin-to-skin contact on Cortical Activity during Painful procedures in preterm infants in the neonatal intensive care unit (iCAP mini): study protocol for a randomized control trial”, *Trials*, 2022, vol. 23, nº 1, p. 512.

⁶³⁹ FRANCK, LS., WADDINGTON, C., O'BRIEN, K., “Family Integrated Care for Preterm Infants”, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2020, vol. 32, nº 2, pp. 149-165.

Desde la perspectiva de la salud de las mujeres, las madres que afrontan su maternidad con un bebé prematuro a menudo han atravesado una finalización del embarazo y un parto altamente estresantes, ya sea por compromiso de la vida de su bebé, de la suya propia o de la salud de ambos. A menudo, estas situaciones han sido inesperadas y de elevada urgencia, con realización de cesáreas emergentes y separación precoz madre-bebé debido a la gravedad clínica, para poder garantizar su supervivencia. Es frecuente que las madres deban elaborar también el duelo por las fases del embarazo que no han vivido y por las expectativas truncadas respecto a su parto.

Además, deben enfrentarse a un puerperio y a unos primeros contactos con su bebé en un entorno muy diferente del natural. Las UCI Neonatales no dejan de ser espacios altamente medicalizados, con un ambiente que a menudo es vivido como hostil (con monitores, medidas de protección sanitaria, alarmas, ruidos, multitud de profesionales sanitarios, etcétera), en los cuales se ofrece información en un lenguaje muchas veces desconocido para las madres y los padres, acerca de problemas que frecuentemente no comprenden (respecto a la mecánica respiratoria de los bebés, procesos de alimentación, etcétera). A este difícil contexto se une que el pronóstico de los bebés prematuros a menudo es incierto, tanto en lo referido a su supervivencia, como en la posibilidad de secuelas a corto, medio y largo plazo. Es fácil comprender que, cuando un recién nacido necesita ser ingresado por cualquier problema, a menudo se produce una angustia extrema en sus madres y padres. A todo ello, se suma una visión del hijo distinta de la imaginada: los bebés prematuros pueden tener un aspecto poco bonito o deseable, tanto en su coloración, como en su tamaño, y su visión puede suponer emociones encontradas, alejadas de la ternura que, con mayor facilidad, elicitaban en términos generales los bebés sanos nacidos a término. En términos de vinculación, este ambiente artificial dificulta que las madres y sus bebés puedan iniciar su relación en un momento de máxima riqueza instintiva por ambas partes (en situaciones de urgencia vital, la madre y su bebé no entran en contacto estrecho durante el *"periodo sensible"*, anteriormente referido), y el inicio de las visitas, incluso en las unidades de puertas abiertas, presenta barreras físicas que no favorecen la sincronización de la díada. El periodo que rodea y sigue al nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad: las madres son confrontadas a la brutalidad del nacimiento y la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperables, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado. En ocasiones ni siquiera pueden verlo o tocarlo, verdadera prueba de realidad, a partir de las que pueden construirse las representaciones del bebé.

La labor de los equipos de salud mental perinatal en las Unidades hospitalarias de Neonatología es fundamental. Los equipos de salud mental perinatal, integrados con el resto del equipo de la UCI Neonatal, tienen entre sus funciones apoyar a las madres y padres de los bebés, facilitar la interacción con los bebés y promover la coordinación y la formación con los equipos de neonatología.

Respecto a las madres y padres, ayudan a fomentar explicaciones contextuales a nivel biopsicosocial a sus sentimientos y preocupaciones (por ejemplo, validar las dificultades de organización y las emociones encontradas que pueden experimentar unos padres con un bebé prematuro ingresado, y un hijo pequeño en el domicilio), explicitando las preocupaciones que pueden presentar respecto al pronóstico de su bebé, la organización de sus cuidados, etcétera; y validando el abanico emocional que pueden estar experimentando.

Además, intentarán poner al bebé en el centro de la intervención, facilitando la interacción de las madres y padres con sus bebés, dando información del desarrollo evolutivo normal, mostrando las habilidades propias y únicas de cada bebe, y hablando con el bebé y por el bebé. En cierto modo, podría decirse que la función de las psicólogas y psiquiatras perinatales, en el contexto de la UCI Neonatal, es actuar de traductoras del bebé, ayudando a identificar su satisfacción, sus necesidades o deseos, observando y reforzando las interacciones positivas de los padres y las respuestas de los bebés. De este modo, se fomenta la participación de los padres y las madres en el cuidado de sus bebés prematuros en el contexto de la UCI Neonatal, fomentando interés, sus competencias y sus respuestas parentales.

Respecto a la coordinación con el equipo de neonatología, además de actuar, también, como traductores del bebé, favorecen la formación de los profesionales en apego, y apoyan en la gestión emocional de situaciones complicadas para los profesionales implicados (fallecimientos, enfermedad grave en recién nacido...). Para poder apoyar a las díadas madre-bebé (y, de forma más amplia, a las familias con bebés prematuros) resulta imprescindible aumentar la formación de las y los profesionales sanitarios en los mecanismos psicológicos del parto y en la teoría del apego; así como promover una cultura sanitaria de humanización de los cuidados de la primera infancia que permita identificar las necesidades de las familias y sus bebés para poder atenderlas y apoyarlas.

En su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*, la OMS reconoce a los bebés prematuros o enfermos y sus madres y familias como poblaciones de especial riesgo o necesidad de atención, señalando que resulta imprescindible monitorizar el estado mental materno en estas situaciones para identificar posibles síntomas de malestar, así como la necesidad de garantizar que las madres reciban información clara y la entiendan, y que puedan consultar todas sus preocupaciones al respecto de la salud de sus bebés a los profesionales sanitarios⁶⁴⁰.

⁶⁴⁰ OMS, *WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. (Consultado el 11 de abril de 2023).

6.5 Derechos humanos esenciales en la atención al parto

Como ya se ha indicado reiteradamente, el artículo 12 de la CEDAW reconoce que las mujeres tienen derecho a una asistencia sanitaria y su apartado 2 se refiere expresamente a garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, incluida nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Por otro lado, en sus procesos de parto, las mujeres tienen los siguientes derechos en salud: derecho a la autonomía y a la participación en la toma de decisiones, derecho a la no violencia y el trato digno, derecho a la participación y a la rendición de cuentas, y derecho a la intimidad, la privacidad y la confidencialidad.

En la atención sanitaria al parto se recomienda seguir las directrices de la OMS, recogidas en sus guías *"Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva"* y *"Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario"*⁶⁴¹.

Las recomendaciones de la OMS incluyen considerar el especial valor de las experiencias positivas de parto y cumplir con directrices tales como el acompañamiento emocional y físico de la embarazada por la persona que ésta desee, la atención por parte de personal capacitado técnicamente pero que, además, actúe con amabilidad, su participación activa en la toma de decisiones, incluso cuando el intervencionismo médico esté indicado, y la no separación madre-bebé, a no ser que exista una razón clínica que lo justifique.

Los bebés recién nacidos tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Las mujeres, en sus procesos relativos al parto, tienen también derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y bienestar.

La Carta de Ginebra reconoce la necesidad de proteger el derecho al disfrute del bienestar de las generaciones futuras.

Se examinan a continuación algunos supuestos clínicos que ilustran estas situaciones.

⁶⁴¹ OMS, *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <http://apps.who.int/iris>. (Consultado el 12 de septiembre de 2023); OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario*. [WHO labour care guide: user's manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en <http://apps.who.int/iris>. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).

6.5.1 ¿Temores infundados? La necesaria formación en salud mental perinatal de los profesionales sanitarios que atienden en el parto

Mujer de 31 años con embarazo a término. Dicho embarazo se produjo de manera espontánea, y fue buscado y deseado en el contexto de una relación de pareja estable. Como antecedentes personales, destaca la existencia de abuso sexual en la infancia (ASI), perpetrado de manera reiterada por familiar de segundo grado (un tío paterno) entre los 6 y los 7 años de edad. La mujer hizo la revelación del abuso a los 20 de años, en el contexto de una psicoterapia realizada por la aparición de crisis de pánico. Si bien encontró apoyo dentro de su familia, ella decidió no denunciar. Desde entonces se ha mantenido estable, sin necesidad de seguimiento por parte de la red de salud mental.

En la revisión obstétrica de la semana 37, la paciente se niega a exploración vaginal, pudiendo realizarse únicamente ecografía abdominal, si bien la ginecóloga que le atendió no indaga más en los motivos de esta decisión. Tres semanas más tarde, en la semana 40, la mujer acude por Urgencias a Obstetricia con parto en curso (fase de dilatación con contracciones cada 1-3 minutos). En el momento de la valoración, la mujer expresa miedo al parto y rechaza la exploración vaginal, negándose a pasar a paritorio, por lo que se solicita una interconsulta preferente a psiquiatría perinatal.

En la intervención por parte de psiquiatría, la mujer explicita sus temores respecto al momento del parto, a la lactancia materna y a la experiencia de intimidad con su bebé. Desde psiquiatría perinatal, se realiza contención emocional, se validan emociones negativas y se ofrece actuar de intermediaria con la matrona asignada al parto para contextualizar sus miedos y facilitar su vivencia de parto respetado. Tras la atención, la mujer se encuentra más tranquila y regulada, con mayor confianza en su matrona, y accede a entrar en paritorio acompañada de su pareja. El parto es vaginal sin incidencias, y la mujer decide iniciar lactancia materna, que resulta satisfactoria. Al alta del ingreso postnatal, mantiene seguimiento en las consultas externas de psiquiatría infantil (programa perinatal) durante seis meses, constatándose una instauración saludable del vínculo madre-bebé.

Este caso es ilustrativo de una situación relativamente habitual pero prácticamente desconocida e invisibilizada. Las experiencias de abuso sexual en la infancia (ASI) son altamente frecuentes en nuestro entorno, y, especialmente, entre las mujeres: diversos estudios señalan que, si bien la incidencia y prevalencia del fenómeno son difíciles de estimar, y tienden a resultar infra-estimadas, su expansión es mucho mayor de la habitualmente considerada, calculándose que, en España, 1 de cada 4 mujeres han padecido algún tipo de ASI⁶⁴². Se trata,

⁶⁴² Fundación ANAR. *Abuso Sexual en la Infancia y la Adolescencia según los Afectados y su Evolución en España (2008-2019)*. Edelvives; 2020. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf>. (Consultado el 24 de noviembre de 2022).

por tanto, de una problemática sobre la cual es esencial aplicar una perspectiva de género, dado las elevadas cifras de mujeres que han sido víctimas de este delito. Las experiencias de abuso sexual pueden reactivarse en forma de síntomas postraumáticos (con re-experimentación, hipervigilancia y evitación) en el momento del parto, que no deja de ser un evento de la vida sexual de las mujeres, en el cual a menudo se sienten especialmente vulnerables.

El conocimiento y la formación del personal sanitario en materia de atención a las víctimas de abuso sexual resulta especialmente importante en aquellos contextos de atención periparto, para ofrecer una atención adecuada que, ante todo, no suponga una nueva experiencia de re-victimización para las mujeres. Supone, por tanto, una medida necesaria para no incurrir en una discriminación por razón de sexo en la atención sanitaria a las mujeres (entre las cuales existe una elevada prevalencia de ASI), recogida en la Convención de la CEDAW, en su artículo 12, que conmina a eliminar todas las formas de discriminación en la atención médica contra la mujer, a fin de asegurar su asistencia en condiciones de igualdad, garantizándole los servicios apropiados en la atención al embarazo, el parto y el postparto.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, esta formación es necesaria para poder ofrecer a las mujeres que han sufrido ASI un trato digno y respetuoso en sus partos. Y, en alineamiento con las recomendaciones de la OMS, este trabajo de acompañamiento en el parto y trato respetuoso, con especial atención a los deseos, los valores y las preferencias de las mujeres, es el único que puede propiciar una experiencia de parto positiva, que a su vez es una base imprescindible para la consecución de la salud y el bienestar de la díada madre-bebé.

6.5.2 Trato irrespetuoso en el parto

Mujer con embarazo a término que acude con molestias prodrómicas de parto que acude a un hospital público español para recibir información. Relata que, sin recibir información ni recabar su consentimiento, se procede a su ingreso hospitalario, durante el cual se le practican un total de diez tactos vaginales durante 48 horas de manera innecesaria y traumática para ella, sin que se hubiera producido el desencadenamiento del parto, y se inició administración de oxitocina sintética sin recabar su consentimiento informado, con importante malestar físico asociado. A continuación, se realizó su traslado a paritorio sin permitirle permanecer acompañada por su pareja, le practicaron una episiotomía sin darle información previa ni recabar su consentimiento, y aplicaron instrumentación de parto mediante ventosas. Además, se realizó extracción manual de placenta (técnica que sólo está indicada si no ha habido expulsión natural tras 30 minutos después del nacimiento). La niña, que nació con fiebre alta e infección bacteriana por *Escherichia coli*, asociada a tactos vaginales numerosos, hubo de estar ingresada en UCI Neonatal durante una semana.

La madre no tuvo permitido ver a su bebé hasta el día después del parto y, posteriormente, únicamente se le permitió visitarla durante 15 minutos cada tres horas, y sin que le fuera tampoco permitido el establecimiento de la lactancia materna, en contra de la voluntad manifestada por la madre.

Las secuelas física y psicológica de las experiencias traumáticas vividas durante el parto y los momentos inmediatamente posteriores fueron muy intensas para la mujer, que vio gravemente alteradas todas las esferas de su vida y ha requerido tratamientos prolongados durante años.

Este caso es representativo de la vulneración de los derechos a la información y el trato digno y respetuoso y de la falta de consentimiento que ha de ser siempre requerido en todas las intervenciones de salud, una situación que sufren un gran número de mujeres en sus procesos de parto.

Los hechos descritos sucedieron en 2011 en un hospital de Galicia, y su víctima, identificada bajo las siglas S.F.M., inició un largo proceso legal para reclamar por la incorrecta atención, agotando los recursos internos de la justicia española. Tras no obtener respuesta a la reclamación que interpuso al hospital, presentó una reclamación por responsabilidad patrimonial de la administración pública por el mal funcionamiento de los servicios sanitarios, que fue desestimada por la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia dos años después. Por ello, en 2014, la mujer interpuso una nueva demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, desestimada en 2015 al considerar el juzgado que *"no hubo mala praxis médica"*. Apeló entonces ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia, que, una vez más, desestimó su causa por considerar que no quedaba probada la mala *praxis* médica. En última instancia, la mujer presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que no fue admitido a trámite. Por ello, la mujer decidió reclamar ante el Comité CEDAW puesto que España ratificó en 2001 el correspondiente Protocolo Facultativo⁶⁴³, por el que los Estados reconocen la competencia del Comité CEDAW para recibir y considerar las quejas expresadas por personas o grupos organizados de la sociedad civil, lo que constituye un mecanismo exigente de rendición de cuentas en materia de actos de discriminación contra las mujeres, en comparación con el mecanismo vigente de presentación de informes periódicos.

En su dictamen⁶⁴⁴, el Comité de la CEDAW considera probado que, en el caso de S.F.M., las autoridades judiciales españolas no realizaron un análisis exhaustivo

⁶⁴³ Instrumento de Ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecho en Nueva York el 6 de octubre de 1999. BOE, 9 de agosto de 2001.

⁶⁴⁴ ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018, 6 de marzo de 2020 (CEDAW C/75/D/138/2018, de 28.02.2020).

de los elementos probatorios presentados, y establece dos tipos de medidas: aquellas destinadas a reparar el daño sufrido por la denunciante y que incluyen la indemnización económica por los daños físicos y psicológicos ocasionados; y aquellas de alcance general, por constatar que España, como Estado Parte de la CEDAW, no está cumpliendo adecuadamente con sus obligaciones. Así, el dictamen impone a España cuatro recomendaciones, entre las que se incluyen:

1. *"Adecuar la atención obstétrica a los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, respetando los principios de autonomía, información y consentimiento.*
2. *Realizar estudios que permitan conocer la incidencia, las causas y los mecanismos perpetuadores de la violencia obstétrica en España, con objeto de orientar adecuadamente las futuras políticas públicas.*
3. *Proporcionar formación específica sobre derechos de salud reproductiva de las mujeres a los profesionales sanitarios implicados en su atención.*
4. *Capacitar al personal judicial y administrativo español, generando los recursos necesarios para denunciar posibles situaciones de violencia obstétrica."*

Con ello, se abre la delicada cuestión de los efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico español y de su ejecutoriedad⁶⁴⁵, en la que resulta esencial la Sentencia

⁶⁴⁵ En realidad, afirma la profesora Concepción Escobar, "el problema a que se enfrenta el TS en el presente caso no es nuevo. Por el contrario, la naturaleza, efectos y oponibilidad frente a los poderes públicos de las decisiones de los órganos internacionales de protección de los derechos humanos ha sido objeto de un reiterado debate tanto en la doctrina como en la jurisprudencia, que se inicia en buena medida con el tratamiento del caso Barberá, Messegué y Jabardo ante la AN, el TS y el TC 7, y que se ha mantenido como una constante hasta nuestros días, proyectándose tanto sobre las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos como sobre los dictámenes adoptados por diversos Comités creados por tratados internacionales de derechos humanos en los que España es parte. Sin embargo, aunque esta problemática ha sido una constante en las tres últimas décadas, la respuesta dada a la misma por los poderes públicos no ha sido clara y uniforme, teniendo un fuerte componente pretoriano". ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los "dictámenes" adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones a la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica Española de Derecho Internacional, 2019, vol. 71/1, pp. 241-250; IZQUIERDO SANS, C., "Los efectos de las decisiones de los comités de derechos humanos resolviendo comunicaciones individuales: El caso de España", *Litigación internacional para la defensa de los derechos humanos*, coord. por María García Casas; Cristina Izquierdo Sans (dir.), José María Alonso Puig 2022, pp. 203-230; LÓPEZ MARTÍN, A.G. "La doctrina del Consejo de Estado sobre los efectos jurídicos de los dictámenes de los comités de derechos humanos de Naciones Unidas", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 171-200; GUTIÉRREZ ESPADA, C., "Reflexiones sobre la ejecución en España de los dictámenes de los comités de control creados por los tratados sobre derechos humanos", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 279-297.

1263/2018, de 17 de julio de 2018 de la Sección 4.^a de la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Supremo (TS), por su gran impacto jurídico. En ella, el TS ha reconocido por primera vez efectos en nuestro ordenamiento jurídico por un Dictamen adoptado por el Comité CEDAW, calificándolo de "vinculante/obligatorio" y "presupuesto válido para formular una reclamación patrimonial" contra el Estado por mal funcionamiento de la Administración de Justicia, que habría tenido como consecuencia la violación de los diversos derechos reconocidos en la Constitución Española, en combinación con los arts. 2, 5 y 16 de la Convención CEDAW.

Así, la inexistencia de un procedimiento específico de ejecución de los dictámenes del Comité es, en sí mismo, un incumplimiento de un mandato legal y constitucional por parte de España, por lo que parecen absolutamente necesarias la adopción de medidas tanto en el poder ejecutivo como reformas en el poder legislativo⁶⁴⁶. Por lo tanto, conforme a la más autorizada doctrina:

*"debe reconocerse el valor de la sentencia del TS cuya finalidad no parece ser otra que garantizar la plena eficacia en el Derecho español de los tratados de derechos humanos en los que España es parte, abriendo para ello una nueva vía de aproximación a la cuestión del efecto jurídico de los dictámenes de Comités y otros órganos internacionales de control, que se antoja menos reduccionista y procedimental que la seguida hasta la fecha por la Audiencia Nacional y el TS, y más próxima a la jurisprudencia constitucional"*⁶⁴⁷.

*"El valor de la sentencia radica, pues, en el reconocimiento de que los citados dictámenes están llamados a producir efectos jurídicos en el ordenamiento jurídico español con la finalidad de garantizar el pleno respeto de los derechos fundamentales"*⁶⁴⁸.

Sin embargo:

"el desplazamiento del razonamiento del Tribunal hacia la calificación del Dictamen como un acto "vinculante/ obligatorio" para los poderes públicos distorsiona la naturaleza de dichos dictámenes y abre la puerta a problemas de interpretación de imprevisibles consecuencias".

⁶⁴⁶ AGUILAR VILLUENDAS, VJ., *Efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico español* Guía práctica para la abogacía, Fundación Abogacía Española, 2022.

⁶⁴⁷ ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «dictámenes» adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones A la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica Española de Derecho Internacional Vol. 71/1, enero-junio 2019, Madrid, pp. 241-250.

⁶⁴⁸ ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «dictámenes» adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones A la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica Española de Derecho Internacional, 2019, vol. 71/1, pp. 241-250.

Además, ha de tenerse en cuenta que:

*"la decisión adoptada por el TS no puede ser extrapolada en su totalidad a cualquier supuesto relacionado con la aplicación de un dictamen adoptado por cualquier Comité, por lo que habrá que esperar a un ulterior desarrollo de esta nueva línea jurisprudencial"*⁶⁴⁹.

6.5.3 Ausencia de consentimiento informado en la atención sanitaria al parto y visibilización de prácticas inadecuadas

Mujer que acude a hospital público español en la semana 38 de gestación, por rotura espontánea de bolsa. Denuncia que el hospital ignoró el período protocolario de espera de 24 horas en casos de amniorrhexis; y, sin informar a la paciente sobre las alternativas existentes, se procedió a la inducción de su parto de forma inmediata y sin su consentimiento. Durante el proceso, la mujer fue sometida a múltiples tactos vaginales y no se le permitió comer, pese a su petición al respecto. Posteriormente, se decidió realizar una cesárea sin criterios médicos que la justificaran, a la cual no pudo acceder su acompañante. Los médicos no permitieron a su pareja estar presente en el nacimiento. Así relata la mujer su experiencia:

"Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca. Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara. Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz. El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos 'falta el bote de la placenta', 'donde está la pulsera del niño'. Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse [...]. Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieron el fin de semana, hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo."

La cesárea fue realizada por un grupo de médicos internos residentes (M.I.R) en formación, sin el consentimiento previo de la mujer, a la que ataron las manos durante la intervención. Por ello, cuando nació su bebé, no pudo cogerlo ni tocarlo, ya que tenía los brazos inmovilizados, y no le dieron la oportunidad de tener contacto piel con piel con él. Así queda registrado lo sucedido en el dictamen del Comité CEDAW⁶⁵⁰:

"Tras realizar la cesárea, se incumplió nuevamente el protocolo que indica que el neonato permanecerá con su madre durante las horas de reanimación"

⁶⁴⁹ *Ibid.*

⁶⁵⁰ ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019**, Fecha de aprobación del dictamen: 27 de junio de 2022. Decisión adoptada CEDAW/C/82/D/149/2019, 13 de julio de 2023.

inmediata, para iniciar la lactancia materna y el contacto madre-hijo (que mejora ritmo cardíaco, temperatura, glucosa sanguínea, sistema inmunitario y sueño). Sin embargo, el bebé fue separado de su madre para ser llevado al pediatra sin ninguna razón y la autora no tuvo oportunidad de hacer contacto piel con piel con él; la autora solo alcanzó a verle de lejos. Cuando lo volvieron a traer, limpio y vestido, se lo enseñaron a la altura de su mano, pero no pudo acariciarlo porque desde la operación seguía con los brazos atados. Le ordenaron que le diera un beso, acercándoselo a la cara, pero llevándoselo inmediatamente sin que le pudiera decir nada. La autora solicitó que le dieran el niño a su padre, a lo que se le respondió "tranquila, chavalilla, que ya está". La autora oyó cómo explicaban a los estudiantes la forma en la que había que coserla. Terminaron sin decirle nada."

Tampoco se respetó su deseo de iniciar lactancia materna y no ofrecer lactancia artificial:

"A esta separación materna se sumó la lactancia artificial, a pesar de que la familia había manifestado su intención de amamantarlo. La lactancia artificial dificultó posteriormente la lactancia materna cuando después de tres horas finalmente se devolvió el recién nacido a la autora. Probablemente a consecuencia de los biberones administrados previamente, el bebé se agarró mal al pecho, por lo que los padres se vieron obligados a pedir un suplemento artificial."

Posteriormente, la mujer tuvo que acudir a su médico de atención primaria por síntomas de ansiedad relacionados con su experiencia de parto. Fue diagnosticada con trastorno de estrés postraumático posparto.

Nuevamente, se describen tratos irrespetuosos en la atención sanitaria al parto, sin informar a la mujer ni poner en el centro sus deseos y preferencias para generar una experiencia de parto positivo. Todo lo contrario; de hecho, la mujer del caso presenta un trastorno por estrés postraumático secundario a una experiencia traumática de parto, con importantes secuelas.

Este caso descrito corresponde a la denuncia interpuesta por la mujer identificada por las siglas N.A.E ante el Comité CEDAW; que, en 2022, dictaminó que N.A.E había sufrido violencia obstétrica⁶⁵¹. Previamente, la mujer había llevado su caso a los tribunales españoles; pero, a lo largo del proceso administrativo y judicial, las resoluciones afirmaron que era el médico quien decidía si practicarle una cesárea y que el daño psicológico que sufría era, simplemente, una cuestión de "percepción", por lo que decidió denunciar ante organismos internacionales de derechos humanos.

⁶⁵¹ ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019. CEDAW/C/82/D/149/2019, 13 de julio de 2023.

La perito de psiquiatría que valoró a la paciente, y que realizó el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, vinculado a los malos tratos recibidos en el parto, señaló a este respecto que: *"su caso era ilustrativo y paradigmático de lo que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los expertos en trauma postparto, que a la falta de cuidados y respeto durante el parto, se añadió la posterior negación por parte de profesionales médicos de la gravedad e impacto de los síntomas resultantes."*

En el dictamen además de reconocer a N.A.E. como víctima de la violencia obstétrica, se afirma que, *"si los médicos y las enfermeras hubieran seguido todos los estándares y protocolos aplicables, es probable que la víctima hubiera dado a luz de forma natural sin tener que pasar por todos estos procedimientos que la dejaron física y mentalmente traumatizada"*, y se insta a España a abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan violencia obstétrica, y pide proporcionar a N.A.E. una reparación adecuada por los daños de salud física y psicológica sufridos. Además, solicita que España lleve a cabo las medidas necesarias para garantizar el respeto la autonomía y la capacidad de las mujeres en la toma de decisiones respecto a su salud reproductiva, brindándoles información completa en cada etapa del parto y exigiendo que se obtenga su consentimiento libre, previo e informado para cualquier tratamiento invasivo durante la atención del parto.

Como puede observarse, comienza la visibilización de casos de violencia, discriminación y no consentimiento de la mujer, que habían silenciados y normalizados, dentro de la atención sanitaria en el parto, y que a día de hoy se siguen produciendo en nuestro entorno.

6.5.4 Malos tratos durante el parto

Mujer que, tras una gestación a término sin incidencias, ingresa en hospital público español para dar a luz. Durante la dilatación, la mujer estuvo obligada a permanecer tumbada y sin moverse, pese a que padecía una hernia de hiato cuyos síntomas empeoraban en dicha postura. Refiere haber solicitado beber agua en varias ocasiones; pero, según explica, dicha petición no fue atendida, sin que se le proporcionaran razones para ello. Señala que, estando con una dilatación únicamente de 3 centímetros, y sin haber realizado una solicitud para la misma, se le indicó que, *"si no accedía a la administración de la analgesia epidural en ese momento, cuando la desease sería tarde o no sería posible por exceso de trabajo en el servicio"*, situación en la cual la mujer refiere haber sentido *"temor"*. Durante la administración de la anestesia epidural, la paciente refiere que fue pinchada hasta por tres personas distintas, dos de las cuales serían médicas en formación, puesto que, durante la administración de nueve pinchazos, escuchó cómo una de ellas corregía a

las alumnas hasta que, finalmente, ésta última decidió hacer la punción lumbar ella misma. Según el testimonio de la paciente: *"Me tocaron la espalda, debajo de la cintura... después de un segundo intento, le seguían unas risitas. Mientras tanto las otras mujeres, supongo que estudiantes (...), hacían comentarios muy inoportunos"*.

Horas después del ingreso, con un registro cardiotocográfico normal (esto es, una monitorización del feto sin signos de riesgo para el mismo), y habiendo alcanzado una dilatación de 8 cm y tras exploración de la matrona, que le refiere que considera que *"tiene un periné muy elástico y no va a tener problemas para parir"* y le comunica que la van a trasladar a paritorio, la mujer escucha que todos los paritorios están ocupados, tras lo cual le indican que la van a trasladar a quirófano para practicar una cesárea. Ella se niega a dicha intervención por el mero hecho de la saturación de quirófanos; no obstante, es trasladada a quirófano en contra de su voluntad, si bien el personal médico argumentará más tarde que la pareja de la paciente dio su consentimiento. La mujer refiere que, en el camino al quirófano, le entraron ganas de pujar y que le dijeron: *"Mira, está aquí, ¿por qué te mandan?"*. No obstante, y pese a su oposición, su hija le es extraída por medio de una cesárea de urgencia.

Tras la operación, y durante el ingreso hospitalario, la mujer presenta importante debilidad generalizada y dolor. Además, expresa sentimientos sobre la pérdida de su parto, por lo que se le recomienda apoyo emocional. A su salida del hospital, muestra dificultades para la deambulación, padeciendo caídas frecuentes y requiriendo ayuda de otras personas. Además, presenta dolor agudo en el abdomen durante el postparto, que los especialistas señalaron como relacionados con *"las punciones epidurales practicadas durante el parto"*. Una perito gineco-obstétrica estableció que las lesiones neuropáticas que presentaba la mujer se debían a una mala aplicación técnica de la administración de la anestesia epidural, debido a que *"la persona o personas no eran expertas o eran expertas, pero estuvieron desatinadas"*. Posteriormente, la mujer padeció importantes secuelas físicas y psicológicas mantenidas en el tiempo, como *"intolerancia a la actividad, debilidad generalizada, insomnio y ansiedad"*, requiriendo atención por parte de psiquiatría, con diagnóstico de estrés postraumático, y necesidad de tratamiento prolongado con ansiolíticos y antidepresivos, y cursando por todo ello una baja laboral prolongada.

El caso descrito sucedió en 2009 y corresponde al de la denuncia interpuesta por M. D. C. P. ante el Comité de la CEDAW; que, en 2023, 14 años después de los hechos, condenó por tercera vez a España por violencia obstétrica⁶⁵².

⁶⁵² ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 2023. Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020. Dictamen del Comité de la CEDAW nº 154/2020, de 24 de febrero de 2023 (CEDAW/C/84/D/154/2020).

Según recoge el dictamen:

"El Comité considera que el cúmulo de hechos del presente caso; en particular, la pérdida de dignidad, el abuso y el maltrato sufrido por la autora, la aplicación irregular de anestesia epidural y la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones y la omisión en recabar el consentimiento informado previo a realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas en la autora, constituyen violencia obstétrica".

En este caso, como en los dos anteriores, la mujer había planteado ante las instancias internas españolas la presunta violencia obstétrica sufrida; agotando la vía contencioso-administrativa, con apelación y amparo, y los tribunales españoles habían desestimado el caso. En un primer lugar, M., la damnificada, interpuso una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el servicio público de salud por mala *praxis*, obteniendo un silencio administrativo. Por ello, decidió acudir a un juzgado de lo contencioso-administrativo, que no vio mala *praxis* en lo sucedido, y argumentó que la cesárea se había realizado debido a un estancamiento de la dilatación (sin embargo, tal y como recoge el dictamen del Comité CEDAW, respecto a esta afirmación, *"sin aportar ninguna prueba que apoyase tal afirmación o mediante la cual se justificase la urgencia por encontrarse en riesgo la salud de la madre o del feto"*). Tras esta resolución, M. apeló al Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que consideró que haber comunicado la intervención al marido y a la madre de la paciente era suficiente para considerar que se había producido con consentimiento. De acuerdo con 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 el titular del derecho a la información asistencial es el paciente⁶⁵³, pudiendo ser informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Cuando se trata de un supuesto de incapacidad (que no es en principio el caso), el paciente ha de ser informado, y sólo si, según el criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La argumentación del Tribunal Superior de Justicia parece ajustarse a este supuesto, aunque en ningún momento se recoge así, por lo que hay que entender que no se tuvieron en cuenta los principios esenciales de la Ley, como ya se expuso en el Capítulo I, en el sentido de que toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que

⁶⁵³ Artículo 5 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.

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 disponibles⁶⁵⁴.

Por todo ello, el Comité observa en su dictamen que *"en el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones de género estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin explorar alternativas, ni explicar las razones a la paciente, ni recabar su consentimiento informado, aun cuando la autora había expresado su oposición a dicho procedimiento"*. El Comité de la CEDAW señala que los estereotipos de género pueden afectar al derecho de las mujeres a ser protegidas, por lo que las autoridades responsables deben tener *"especial cautela"* para no reproducirlos.

En este caso, como en los dos anteriores, el Comité solicita al Estado Parte la *"reparación plena"* para la mujer, incluyendo *"una indemnización económica acorde a los daños de salud física y psicológica sufridos"*. Del mismo modo, vuelve a recomendar la provisión a los profesionales de la salud y del poder judicial de la formación necesaria, e insiste en la necesidad de realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica. Recomendaba, también, que se asegure el acceso de las mujeres a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, protegiéndolas de maltrato, faltas de respeto y abuso durante el parto⁶⁵⁵.

6.5.5 Violencia en el parto y estrés postraumático

Mujer de 37 años que acude a consulta de psiquiatría de un centro de salud mental (CSM) derivada desde su médico de Atención Primaria por presentar síntomas de estrés postraumático tras el parto. La mujer padece ansiedad basal incrementada, con hipervigilancia, alerta y sobresalto ante mínimos ruidos, entre los que se incluye también el llanto del bebé. Presenta conductas de evitación a la ducha porque refiere que al percibir el agua en las piernas re-experimenta el momento de rotura de la bolsa.

Realiza un relato de parto altamente traumático en el que no se sintió escuchada ni respetada. Refiere que a su llegada a Urgencias con parto en curso

⁶⁵⁴ Artículo 1 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

⁶⁵⁵ MARTÍNEZ SAN MILLÁN, C., "España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer nº 154/2020, de 23 de febrero de 2023", *Revista de Estudios Europeos*, 2023, vol. 82, pp. 285-298.

la ginecóloga que la exploró la regañó por *"haber acudido tan tarde"*, y que se negó a administrarle la anestesia epidural porque *"dilatada como estaba de 8 centímetros, no pensaba llamar a la anestesista"*. La trasladaron inmediatamente a paritorio, y la mujer cuenta que, en una nueva exploración vaginal, sintió de pronto un dolor intenso y cómo se humedecían las piernas, se quejó preguntando *"qué le habían hecho"*, y la ginecóloga le transmitió que *"acababa de romperle la bolsa para que el niño pudiera salir"*. No le informaron de este procedimiento, innecesario para la evolución del parto, ni pidieron su consentimiento para llevarlo a cabo.

La ginecóloga avisó a dos residentes que estaban de guardia, la mujer cuenta que delante de ella les dijo que *"aquel iba a ser un parto instrumentado, y que podrían practicar"*. Cuenta que ella manifestó entonces que *"no quería que practicara nadie con ella"*, y la ginecóloga la interrumpió rápidamente diciendo que *"si no le gustaba, que se hubiera ido a parir a un hospital que no fuera universitario"*. La paciente dice, también, que le practicaron un corte en el periné (episiotomía), sin informarle y sin que quedara constancia en el informe clínico que le dieron al alta (si bien recibió cinco puntos; y la herida, que posteriormente sufrió una dehiscencia, tuvo que ser atendida una semana más tarde en la sala de curas de su centro de salud). El expulsivo finalizó mediante una instrumentación por fórceps que la paciente vivió con mucha angustia, ya que había oído que era el primero que hacía la joven residente que lo realizó. El bebé nació reactivo y vital; y, tras una breve inspección por parte del pediatra, fue entregado a la madre para que realizara piel con piel. Mientras la matrona cubría externamente al bebé con una toalla, la ginecóloga se dirigió por última vez a la madre y le dijo *"¿ves como no era para tanto?"*.

En el caso anteriormente presentado, quedan reflejadas muchas de las prácticas inadecuadas que tienen lugar en paritorio de forma rutinaria, contrarias a todas las recomendaciones de la OMS formuladas en su *"Guía para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva"*, sin proporcionar un adecuado acompañamiento de las mujeres en este proceso de elevada vulnerabilidad psicobiológica, y con menoscabo del derecho a la autonomía de las mujeres en su parto, sin escuchar sus deseos ni respetar sus decisiones.

En primer lugar, destacan las carencias en el trato interpersonal hacia la paciente por parte de los profesionales que la atendieron. La vivencia de la mujer de haber sido regañada por llegar tarde a su propio parto, se acompañó de vivencia de castigo por la forma en que se le negó el acceso a la anestesia epidural. Según se desprende de su relato, en ningún momento le acompañaron durante su proceso de parto, explicándole las características de las distintas fases, informando de lo que estaba sucediendo o sobre qué técnicas consideraban necesario realizar; y, por supuesto, no solicitaron su consentimiento. Explica el dolor y el miedo que sintió cuando le rompieron la

bolsa sin mediar explicación al respecto. Del mismo modo, escuchar que *"iban a practicar con ella"* en su parto fue una situación que le generó una elevada angustia y frente a la cual manifestó, asustada, que no deseaba ser atendida por residentes. En lugar de informar a la mujer de que sería adecuadamente atendida y que los médicos residentes estarían en todo momento supervisados, siendo relevados de manera inmediata por la facultativa en caso de ser necesario, la respuesta de la ginecóloga fue, también, hostil y castigadora: *"no haber venido a parir aquí"*. De manera comprensible, esta situación puede generar una intensa angustia, miedo e incertidumbre en una mujer que está atravesando uno de los momentos más vulnerables de su vida, y supone una quiebra de la confianza en los profesionales que la atienden, con independencia de la mayor o menor pericia con la que lo hagan. Menospreciando su reacción emocional, la misma ginecóloga, al final del parto, le increpó diciendo que *"no había sido para tanto"*, negando la experiencia de la mujer y poniendo en ella la responsabilidad del sufrimiento de la situación que acababa de vivir. Hubo, además, una separación de la madre y el bebé inicial, para inspección por parte de pediatría, que no estaba justificada clínicamente.

Todo lo mencionado previamente, además de ser contrario a las recomendaciones de la OMS, es contrario, también, a las conclusiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha considerado que la imposibilidad de decidir con autonomía sobre la salud durante el embarazo, parto y puerperio, constituye una violación del derecho a la vida privada y familiar⁶⁵⁶, y ha reconocido, también que las mujeres tienen el derecho fundamental de elegir las circunstancias en las que tiene lugar su parto⁶⁵⁷.

Además, la mujer señala que en su informe no aparece registrada la episiotomía que se le realizó (de nuevo, sin información y sin su consentimiento). Esta situación de infra-registro de técnicas invasivas para mantener los indicadores de calidad asistencial dentro de unos márgenes aceptables es una realidad que ya ha sido señalada en diversos informes nacionales, y que impide cumplir con las recomendaciones de la OMS de monitorizar periódicamente los datos para comprobar la adherencia a sus recomendaciones. De hecho, el *"Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud"*, publicado por el Ministerio de Sanidad (2012), mostraba unos datos altamente preocupantes, que pusieron de manifiesto las graves carencias de la atención obstétrica española respecto de las recomendaciones internacionales; y manifestaba que, de algunos datos asistenciales (tales como las amniorrexis artificiales), había un franco infra-registro en las historias

⁶⁵⁶ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Konovalova c. Rusia*, demanda núm. 37873/04, sentencia de 9 de octubre de 2014.

⁶⁵⁷ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Ternovszky c. Hungría*, demanda núm. 67545/09, sentencia de 14 de diciembre de 2010.

clínicas⁶⁵⁸. Tras el mencionado Informe, se diseñó la *"Estrategia de Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2013)"*, que insiste en la necesidad de introducir mecanismos de autoevaluación, y donde se refiere que se ha puesto de manifiesto:

- *"Una gran variabilidad en la atención al parto en toda Europa, lo que denota la existencia de dificultades para que la evidencia científica logre guiar las decisiones clínicas.*
- *Que España es un país especialmente intervencionista: se encuentra entre los primeros en partos instrumentales, en inducciones, en episiotomías.*
- *Que se desconoce en las cesáreas practicadas, las que son de urgencia y las electivas programadas.*
- *La ausencia de información estadística que existe en España (algunos datos sólo de la Comunidad Valenciana y de Cataluña) en comparación con la mayoría de indicadores que sí recogen de forma rutinaria los países de nuestro entorno.*
- *La necesidad de transparencia estadística también en la sanidad privada, que permita conocer otros indicadores además de las cesáreas."*⁶⁵⁹

La falta de registros adecuados y veraces que permitan la monitorización y la comparación de cifras acerca de datos tales como el número de cesáreas, episiotomías o partos instrumentados impiden valorar adecuadamente el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS, así como establecer estrategias eficaces para combatir el exceso de intervencionismo o minimizar riesgos de prácticas inadecuadas.

6.5.6 Pandemia de COVID-19 y cambios en los protocolos hospitalarios de atención al parto

A continuación, se recogen algunas de las prácticas manifestadas por las mujeres en su atención al parto durante los años 2020 y 2022, marcados por cambios en los protocolos hospitalarios de parto en relación con la pandemia de COVID-19.

⁶⁵⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*, 2012.

⁶⁵⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, *Estrategia de Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, España, 2013.

6.5.6.1 Cesárea innecesaria

Mujer de 31 años, primigesta, que acude a su hospital de referencia en parto activo a término (semana 39), el día 20 de marzo de 2020. A su llegada, le impiden pasar acompañada a paritorio por su pareja. El personal sanitario que la atiende la recibe con traje de protección para COVID-19, negándose a sostenerle la mano cuando ella lo solicita, y manteniendo en todo momento la distancia interpersonal durante la fase de dilatación, que transcurre dentro de la normalidad, sin que se aprecien datos de alarma en la monitorización fetal. Cuatro horas después, en el cambio de turno, el ginecólogo que toma el relevo de la asistencia decide de forma unilateral finalizar la gestación con cesárea para minimizar el tiempo de exposición durante el parto, sin otros criterios clínicos que sustenten la decisión. Tras el nacimiento de la niña, se la muestran fugazmente a la madre sin permitirle tocarla o realizar piel con piel, y realizan una separación precoz, entregándosela al padre, al que ingresan individualmente en una habitación. No permiten a la madre ver de nuevo a la niña hasta 24 horas después, cuando es trasladada a planta, a la habitación donde se encuentra el padre con la bebé.

6.5.6.2 Un protocolo irrespetuoso con el parto

Mujer de 26 años, embarazada de 37 semanas, que acude en fase inicial de dilatación de parto a su centro hospitalario de referencia en la primera semana de abril de 2020. La prueba PCR para COVID-19 realizada a su llegada al hospital resulta positiva, si bien ella se encuentra clínicamente asintomática. A partir de obtener dicho resultado, se traslada a paritorio impidiendo el paso a su acompañante, y se decide administrar oxitocina sintética para acortar el tiempo de parto. La paciente aqueja intensos dolores por las contracciones uterinas, pero se le niega la posibilidad de anestesia epidural alegando que no hay anestesistas disponibles. Tras el parto, realizan separación de la madre y el bebé, impidiéndole a la madre tocarlo, realizar contacto piel con piel o administrar lactancia materna, dándole únicamente la opción de extraerse la leche para ser administrada en biberón de forma diferida. Permiten que el bebé esté en la misma habitación que ella, pero en una cuna a dos metros de la madre. El bebé llora desconsoladamente y la única opción que dan a la madre (que permanece ingresada sin acompañantes ni posibilidad de visitas) es ofrecerle un chupete. Al alta, 48 horas después, la madre sale del hospital con el bebé en brazos.

6.5.6.3 Decisiones arbitrarias contrarias a las recomendaciones de la OMS

Mujer de 29 años, que acude con parto activo a su hospital de referencia en mayo de 2020. No ha recibido seguimiento obstétrico desde la semana 20

de gestación porque le cancelaron todas las citas posteriores alegando que resultaban innecesarias por tratarse de un embarazo de bajo riesgo, y que el riesgo de contagio de COVID-19 en las consultas era mayor que el seguimiento. A su llegada, objetivan dilatación completa y cabeza coronada, por lo que se realiza su traslado rápido a paritorio, permitiendo acompañamiento por parte de su pareja. En el expulsivo se advierte riesgo de pérdida de bienestar fetal por doble vuelta apretada de cordón que no había sido identificada. Afortunadamente, la pericia del obstetra permite finalizar el parto vaginal de manera satisfactoria para el bebé, que nace con color cianótico y escasa reactividad, pero rápidamente recupera la vitalidad.

Después de una breve observación por parte del pediatra, las enfermeras limpian al bebé con una toalla húmeda, sin preguntar a la madre al respecto, antes de entregárselo. Tras el parto, a la espera de los resultados de la PCR (que se demoran durante 8 horas), permiten a la madre dar lactancia materna únicamente tras haberse lavado el pecho con agua y jabón (recomendación que no se basa en ninguna evidencia científica), y a ella le deniegan la posibilidad de comer o beber por hallarse todavía en zona quirúrgica (paritorio), desde donde se niegan a trasladarla hasta conocer si es negativa a COVID-19.

6.5.6.4 Separación precoz prolongada

Mujer de 32 años, con cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal secundaria a infección (corioamnionitis) en semana 30 de gestación, en mayo de 2020. PCR negativa. Buena evolución de la madre tras la cesárea, recibiendo el alta hospitalaria 72 horas después. Separación precoz de la bebé, a la cual no le permiten ver, por encontrarse totalmente restringidas las visitas a la UCI neonatal, alegando cambio de protocolos con motivo de la pandemia de COVID-19. La madre no conoce a su bebé hasta casi cinco semanas postparto. Pese a su deseo de dar lactancia materna, esta fracasa, sin estimulación por parte de la bebé y estando la madre limitada al sacaleches. Días después de tener a la bebé consigo la madre refiere aún sensación de extrañamiento y de desvinculación con la bebé, explicando que *"le cuesta sentir que es su hija"*, y que a veces *"tiene la impresión de que le han cambiado al bebé que llevaba dentro por ese otro que ahora vive con ella"*.

La irrupción de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020 provocó la saturación de los sistemas sanitarios y obligó a un cambio drástico en sus procesos asistenciales, especialmente, en la denominada *"primera ola"*. Un colectivo especialmente sensible a estos cambios, y en gran medida víctima de los mismos, fue el de las mujeres embarazadas, que hubieron de afrontar los miedos inherentes a la gestación y la incertidumbre provocada por el nuevo coronavirus, con el consecuente miedo al contagio y a sus posibles repercusiones en la gestación (desconocidas en aquel momento), sin un

apoyo real por parte del sistema sanitario. Así, ateniéndose a las recomendaciones de distanciamiento social y minimización de contactos, en la mayoría de centros se redujo el seguimiento presencial y se impidió a las mujeres ser acompañadas por sus parejas (incluso para situaciones de gran relevancia emocional y necesaria implicación del padre, como es el caso de la identificación y el seguimiento de malformaciones fetales o anomalías congénitas). El veto al acompañamiento a mujeres embarazadas en su asistencia hospitalaria se mantuvo hasta bien avanzado el año 2022, cuando la mayor parte de las normativas sobre el distanciamiento social habían decaído. Además, se eliminaron los grupos de preparación al parto, en ocasiones sin informar a las propias mujeres y sin ofrecerles otras alternativas, como el formato online.

A este abandono del seguimiento obstétrico de muchas mujeres, se sumaron las prácticas inadecuadas que se adoptaron en los paritorios. Con la irrupción de la pandemia de COVID-19, se realizaron numerosos cambios en los protocolos hospitalarios de atención al parto, muchos de los cuales no se hicieron públicos, o sólo de forma parcial, y la mayoría de los cuales comprometían los derechos de las mujeres, sin sustentarse en la mejor evidencia científica disponible.

De este modo, la toma de decisiones respecto a la realización de cesáreas o la instrumentación de partos se vio altamente condicionada por criterios no obstétricos ni científicos, con objeto de disminuir el periodo expulsivo del parto y minimizar así el tiempo de exposición de los profesionales implicados. Multitud de hospitales se sumaron a realizar prácticas contrarias a las recomendaciones de la OMS sin aval científico que las sustentase, como impedir el acompañamiento de las mujeres durante el parto, obligar al distanciamiento de la madre y el bebé colocando a este último en un nido o cunita a dos metros de distancia, o desincentivar la lactancia materna. Estas prácticas de separación de la madre y el bebé, con un gran potencial traumático para ambos, fueron, en un gran número de casos, innecesarias desde el punto de vista clínico, y supusieron la vulneración de los derechos básicos de las mujeres y de sus recién nacidos, situación reconocida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, quien ha establecido que la separación de un bebé de su madre tras el nacimiento requiere una justificación excepcional, por tratarse de un acto traumático⁶⁶⁰.

El proyecto colaborativo de madres y profesionales de la salud denominado *"La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN"* (*"Monitorización Ciudadana de indicadores clave IHAN en maternidades españolas mediante medidas basadas en la experiencia y calidad percibida por las madres"*), coordinado

⁶⁶⁰ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, P., C. y S. c. Reino Unido, demanda núm. 56547/00, sentencia de 16 de julio de 2002.

desde la Universidad de Alicante y financiado por IHAN-España y el Ministerio de Sanidad junto con la colaboración de grupos de madres y asociaciones cívicas, y que pretende mejorar la atención al nacimiento en las maternidades españolas mediante la realización de un cuestionario sobre la calidad de la atención sanitaria al nacimiento con la ayuda de madres y profesionales, muestra, en sus resultados preliminares a partir de las respuestas obtenidas de una muestra de 8.000 mujeres que han sido madres en los últimos 5 años en territorio español, que la calidad del apoyo percibido por las madres por parte de los profesionales sanitarios (definida por el trato respetuoso, el respeto a sus decisiones, la accesibilidad del apoyo y la competencia de los profesionales), disminuyó de forma notoria en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19, con una recuperación progresiva a partir de 2021 y una mejoría notable entre 2022 y 2023⁶⁶¹.

En definitiva, durante la pandemia de COVID-19, se produjeron múltiples violaciones de los derechos humanos en la atención a los partos dentro de los hospitales españoles, sin adherirse a las recomendaciones de la OMS y sin respetar, en muchos casos, el derecho a la autonomía y a la toma de decisiones dignas de las parturientas, el derecho a la no violencia y al trato digno, y el derecho a la participación y la rendición de cuentas, al negar estos acontecimientos y no investigar los hechos acontecidos en multitud de paritorios, tal y como se recoge en los supuestos previamente descritos⁶⁶².

6.5.7 Uso de haloperidol intraparto: Otra vulneración de la autonomía de las mujeres

Mujer de 34 años, con un parto inmaduro previo de feto de 20 semanas fallecido intraparto, que acude a su hospital de zona en semana 38 por rotura espontánea de bolsa. La mujer muestra intensa angustia, con re-experimentación traumática de su parto previo y miedos a que el bebé que va a nacer muera en el parto. El personal que la atiende le reprende en varias ocasiones por retirarse la mascarilla quirúrgica en contexto de elevada angustia con sensación de ahogo, finalmente le dicen que le van a administrar "*un calmante*" para que se tranquilice. Tras la infusión del fármaco, la mujer refiere no recordar prácticamente nada de su experiencia de parto ni del nacimiento de su hija. Horas más tarde, ya con la niña en brazos, tras preguntarle a uno de los ginecólogos sobre lo que le habían administrado, le dijeron que había

⁶⁶¹ "La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN". Disponible en: <https://www.ihan.es/la-voz-de-las-madres-proyecto-mc-ihan/>. (Consultado el 15 de diciembre de 2023).

⁶⁶² PARICIO DEL CASTILLO, R., "Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of Covid-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth", *Arizona State Law Journal.*, 2020, nº2, pp. 175-190.

sido una dosis de un potente antipsicótico denominado haloperidol. Tras el alta hospitalaria, la mujer interpone una reclamación al hospital, refiriendo no haber consentido a la administración del fármaco, contraria a las guías clínicas de atención al parto. Desde el hospital se responde que no consta que se le administrara dicho fármaco. En el informe clínico de la paciente tampoco aparece registrada la administración de ningún fármaco durante el parto.

La administración de haloperidol durante el parto es una práctica obsoleta. Se trata de un neuroléptico que altera el nivel de conciencia de las mujeres, interfiriendo en el peculiar estado de conciencia propio del parto, y alterando la vivencia que las mujeres tienen del mismo.

Pero, además de los perjuicios de su administración en la mujer, al privarla de vivir de forma consciente su propio parto, la administración de haloperidol en este caso supone una flagrante violación de la autonomía de la paciente, al no haber sido la mujer adecuadamente informada del fármaco que le iban a administrar, sus riesgos y (supuestos) beneficios, ni haberse recabado su consentimiento. Como sucede en el caso presente, su administración a menudo se realiza de manera subrepticia; esto es, sin recabar el consentimiento informado de la paciente, o sesgando la información aportada, explicando que se va a administrar un tranquilizante; pero sin explicar que se está administrando un fármaco antipsicótico no indicado durante el trabajo de parto.

Nuevamente, se incurre en una violación del derecho a la información en salud de la mujer parturienta, sin recabar su consentimiento informado para el uso de un fármaco que, además, es usado fuera de indicación médica, y quebrando, de nuevo, su derecho a la autonomía y en contra de los principios y disposiciones 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. Todo ello interfiere además en la experiencia de parto, impidiendo cumplir con el estándar de salud propuesto por la OMS de promover experiencias de parto positivas.

Desde la asociación "*El parto es nuestro*", se ha denunciado que la administración de haloperidol en el parto sigue formando parte de los protocolos hospitalarios y los programas formativos de algunos hospitales en España, señalando que su administración sin justificación médica ni consentimiento informado podría ser considerada como una forma de sumisión química⁶⁶³.

⁶⁶³ PARIENTE, C., OLZA, I., CASCIO, L., SILVA, X., EYIMI, H., ESCUDERO, T., BLANCO, V., GARCÍA, MD., PEDRO, I., "Dossier de la Campaña "Haloperidol en el parto: nunca más", *Asociación El parto es nuestro*; 2021. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/resumen_dossier_haloperidol.pdf. (Consultado el 22 de octubre de 2023).

6.5.8 Hospitalización materna y UCI Neonatal: Una separación madre-bebé evitable

Mujer de 39 años, puerpera, que acude a Atención Primaria por ansiedad elevada e incapacidad para conciliar el sueño. Refiere que hace tres semanas que ha sido madre de una niña gran prematura (nacida con 25 semanas), con parto precipitado por incompetencia cervical materna. La niña se encuentra ingresada en UCI Neonatal con mal pronóstico. El hospital en el que está ingresada su hija tiene las visitas altamente restringidas, en protocolo establecido tras la irrupción de la pandemia de COVID-19, que se ha mantenido pese a haber decaído el estado de alarma nacional. Al principio, la mujer refiere que ella no pudo acudir a ver a su hija porque ella misma estaba ingresada con un cuadro de preeclampsia, *"tenía la tensión muy alta"*, y las enfermeras de la planta de obstetricia donde estaba hospitalizada le impedían salir de la habitación porque *"debían tenerla todo el tiempo controlada"*. El padre sí pudo pasar tiempo con la bebé y enviar fotografías de la misma a la madre, pero no se permitieron las visitas de la abuela (la madre de la madre), pese a que ésta sentía que *"era la única persona que podía sustituirla frente a su bebé"*. Cuenta que, posteriormente, pese a tener ya permitidas las visitas, las realiza de forma breve, e incluso hay días que evita acudir a verla porque *"cada vez que va, se le rompe el corazón al ver a la niña llena de cables y tubos"*, y piensa que *"prefiere no encariñarse"* con ella. Se encuentra muy angustiada porque piensa que los médicos *"no le dicen toda la verdad"* respecto al pronóstico de su hija.

Los beneficios de la no separación madre-bebé para la salud de ambos y el desarrollo de los segundos han sido consistentemente demostrados⁶⁶⁴. La investigación sobre el denominado método canguro, con mantenimiento del contacto piel con piel entre el bebé y su madre (también con otras figuras de cuidado), y la evidencia de sus beneficios en salud, ha revolucionado la perspectiva de los cuidados dentro del ámbito científico, siendo en la actualidad un método promovido y ampliamente implementado en la atención sanitaria a los recién nacidos de riesgo⁶⁶⁵. En los casos de prematuridad o afecciones médicas del recién nacido que requieren cuidados médicos especializados, la no separación se ha demostrado como un mecanismo para mejorar la supervivencia, disminuir

⁶⁶⁴ MOORE, ER., BERGMAN, N., ANDERSON, GC., MEDLEY, N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol. 11, nº 11, CD003519.

⁶⁶⁵ KOSTANDY, RR., LUDINGTON-HOE, SM., "The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact)", *Birth Defects Research*, 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1032-1043.

el dolor y mejorar el pronóstico de los bebés⁶⁶⁶. En el caso de las madres, mantener el contacto íntimo y estrecho con sus bebés hospitalizados promueve una mejor vinculación afectiva, disminuye la aparición de psicopatología postparto y puede favorecer su sentido de agencia, permitiendo su participación activa en los cuidados⁶⁶⁷.

Es evidente que el ingreso hospitalario del bebé supone una barrera para la vinculación y el contacto estrecho y continuado de la díada. Sin embargo, esta barrera puede disminuir parcialmente con la denominada política de puertas abiertas, esto es, con la posibilidad de que las madres puedan permanecer junto a sus bebés siempre que lo deseen y les resulte posible, sin horarios ni restricciones externas⁶⁶⁸. Si bien cada vez más centros se están uniendo a esta política de puertas abiertas, en España todavía hay hospitales que restringen las visitas de los padres a las UCI Neonatales, con los consecuentes perjuicios asociados para la salud de los bebés ingresados y de sus progenitores.

Por lo tanto, las UCI Neonatales de puertas cerradas suponen un perjuicio a la salud tanto del bebé como de los padres, a nivel mental y físico, dificulta su vinculación afectiva y no toma en cuenta las necesidades básicas de los recién nacidos, colocándolos en una experiencia estresante con potencial lesivo para su desarrollo y que resulta parcialmente evitable. Pero es necesario señalar que las denominadas UCI Neonatales de puertas abiertas en ocasiones no lo son de forma completa, limitando la entrada de familiares con un papel relevante que pueden ejercer funciones parentales en un momento de elevado estrés. Del mismo modo, la no facilitación del contacto entre madres ingresadas y bebés ingresados, con hospitalizaciones separadas, ahonda en las dificultades para la vinculación de la díada.

La separación evitable madre-bebé menoscaba el derecho humano de los niños y niñas, bebés, y, en este caso, de una bebé gran prematura, a gozar

⁶⁶⁶ The WHO Immediate KMC Study Group, “Impact of continuous Kangaroo Mother Care initiated immediately after birth (iKMC) on survival of newborns with birth weight between 1.0 to < 1.8 kg: study protocol for a randomized controlled trial”, *Trials*, 2020, vol. 21, n° 1, p. 280; MAZUMDER, S., TANEJA, S., DUBE, B., BHATIA, K. GHOSH, R., SHEKHAR, M., SINHA, B., BAHL, R., MARTINES, J., BHAN, MK., SOMMERFELT, H., BHANDARI, N., “Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomised controlled trial”, *The Lancet*, 2019, vol. 394, n° 10210, pp. 1724-1736.

⁶⁶⁷ PATHAK, BG., SINHA, B., SHARMA, N., MAZUMDER, S., BHANDARI, N., “Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2023, vol. 101, n° 6, pp. 391-402; CRISTÓBAL CAÑADAS, D., PARRÓN CARREÑO, T., SÁNCHEZ BORJA, C., BONILLO PERALES, A., “Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, n° 12, p. 7183.

⁶⁶⁸ CÓRDOBA-ROJAS, DN., “Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas”, *Revista Colombiana de Enfermería*, 2020, vol. 19, n° 3, e027.

del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, y a alcanzar el máximo potencial posible en su desarrollo, puesto que se desatiende la evidencia científica que apoya la mejor evolución y el desarrollo de los prematuros en contacto estrecho con sus madres.

Además de privar al bebé de su principal figura de afecto (de su ecosistema, y en definitiva, de una condición fundamental para su salud, pues lo esperable para una bebé de 24 semanas es permanecer en el cuerpo de su madre), se está generando un sufrimiento añadido para la madre, que también compromete su salud en una etapa (la postnatal) que está especialmente protegida tanto en la Convención de la CEDAW (artículo 12, epígrafe 2), como en Convención de los derechos del Niño (artículo 24, epígrafe 2, como condición necesaria para garantizar el derecho del niño al disfrute del máximo nivel de salud que sea posible).

Por último, cabe plantear que las hospitalizaciones separadas de madres y bebés pueden estar vulnerando el derecho del bebé, recogido en el artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño, a no ser separado sus padres contra la voluntad de éstos, *"excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño"*⁶⁶⁹. Puesto que, el interés superior del menor, en casos como el presente, puede ser permanecer hospitalizado, pero junto a su madre, resulta necesario poner los medios que permitan las hospitalizaciones conjuntas madre-bebé, cuando ambos precisen atención médica, para garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales en materia de salud materno-infantil.

⁶⁶⁹ Convención de los derechos del Niño