

Call for submissions: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth

All submissions should be sent to vaw@ohchr.org by 17 May 2019.

1. Please indicate whether in your country there are cases of mistreatment and violence against women during reproductive health care, particularly facility-based childbirth. If so, please specify what kind of cases and describe your country's response and any good practices, including protection of human rights;

España es uno de los países europeos con mayor retraso en la aplicación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de atención al parto. La libertad de movimiento de las parturientas se limita frecuentemente y son sometidas de forma rutinaria a procedimientos tales como la episiotomía (corte de la piel, músculos y nervios que rodean la vagina), amniorraxis artificial y administración de oxitocina sintética. Las inducciones electivas son comunes y el elevado número de cesáreas, en particular en vísperas de festivos y antes del turno de noche, han sido calificadas de “epidemia”.¹

La resistencia de los profesionales de la obstetricia a acomodar su práctica a la evidencia científica² y a las leyes sobre derechos de los pacientes y usuarios³ está elevando innecesariamente la tasa de cesáreas, partos instrumentales, ingresos en unidades de neonatología y otros problemas derivados de una excesiva medicalización del parto.

En cuanto a los aspectos emocionales, el parto suele desarrollarse en un ambiente poco acogedor y carente de intimidad, en el que la parturienta es objeto de prácticas médico-quirúrgicas sobre las que no es consultada y recibe constantemente órdenes sobre lo que debe o no debe hacer. Muchas mujeres se quejan de no haber podido elegir siquiera la

¹ *Nacer en horario laboral. ¿Quién asume los riesgos de un parto programado?* Recio, Adela y Müller, Ángela. Madrid, octubre de 2016. Publicado en la web de la asociación *El Parto es Nuestro* <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/informe-nacer-en-horario-laboral>

² Herrera, Blanca (2006), “Nacimientos gozosos y entrañables en el Hospital. ¿A qué tenemos miedo los profesionales?”, en Blázquez García (ed.), pp. 149-160.

³ Fernández Guillén, Francisca (2006), “Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno-infantil”, en Blázquez García (ed.), pp. 219-238.

postura más cómoda para aliviar el dolor o facilitar el expulsivo. Algunas dicen haberse sentido humilladas, ignoradas o maltratadas durante su estancia en el hospital.

Dar a luz con las puertas del paritorio abiertas, con personal sanitario entrando y saliendo, o permitir que varios estudiantes hagan tactos a una mujer que está pariendo sin pedirle siquiera permiso son acciones sólo comprensibles en un ambiente generalizado de desconsideración hacia la dignidad de la mujer en la práctica obstétrica en España.⁴

Teniendo en cuenta que, en España, el parto es el proceso asistencial que más ingresos hospitalarios ocasiona, la ausencia de estudios específicos sobre su calidad que recojan aspectos como el consentimiento informado, la protección de la intimidad, el apoyo emocional o las medidas de confort que se ofrecen a las parturientas es un signo más de la discriminación que existe en este ámbito de la salud de las mujeres por comparación con otros procesos asistenciales.

La sección española de la organización *Médicos del Mundo* (2015), tras estudiar las cifras de cesáreas y episiotomías en España y constatar que superan con creces las recomendadas por organismos como la Organización Mundial de la Salud (*OMS*), denuncia que “Tanto la cesárea como la episiotomía, son procedimientos a los que las mujeres en el momento preciso del parto difícilmente se podrían negar, más si la argumentación médica es que son necesarias para salvaguardar la salud y vida de la madre y su bebé”.

El informe continúa diciendo que “Sobre las otras formas de violencia obstétrica no existen datos, únicamente testimonios de mujeres que diferentes asociaciones, plataformas y mujeres a título individual o grupal van recogiendo.”⁵ Y describe como violencia las siguientes acciones:

- Comentarios hirientes como “si te gustó hacerlo, ahora aguántate”
- Impedir a las mujeres expresarse durante todo el proceso: “ya no llores, no es para tanto”
- Comentarios relacionados con la sexualidad de las mujeres o que las ridiculizan, infantilizan o minimizan su experiencia o dolor

⁴ Fernández Guillén, Francisca (2006): “Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno-infantil”, en Blázquez García (ed.), pp. 219-238.

⁵ Véase la sección de “[Testimonios](#)” recogidos desde hace 12 años por la Asociación española *El Parto es Nuestro* o el artículo testimonial *La violencia obstétrica en mi parto: "No lo estás haciendo bien, esto deberías haberlo practicado"* https://www.eldiario.es/nidos/violencia-obstetrica_0_746826187.html

- Falta de información
- Llevar a cabo procedimientos médicos de forma rutinaria, incluso cuando no son necesarios para facilitar el proceso o apresurar los tiempos (como el abuso de oxitócicos para apresurar el parto)
- Ignorar los deseos y opiniones de las mujeres y sus familiares
- No prestar la atención médica adecuada y a tiempo
- Presionar para que decidan uno u otro método de anticoncepción
- Esterilizaciones forzadas.

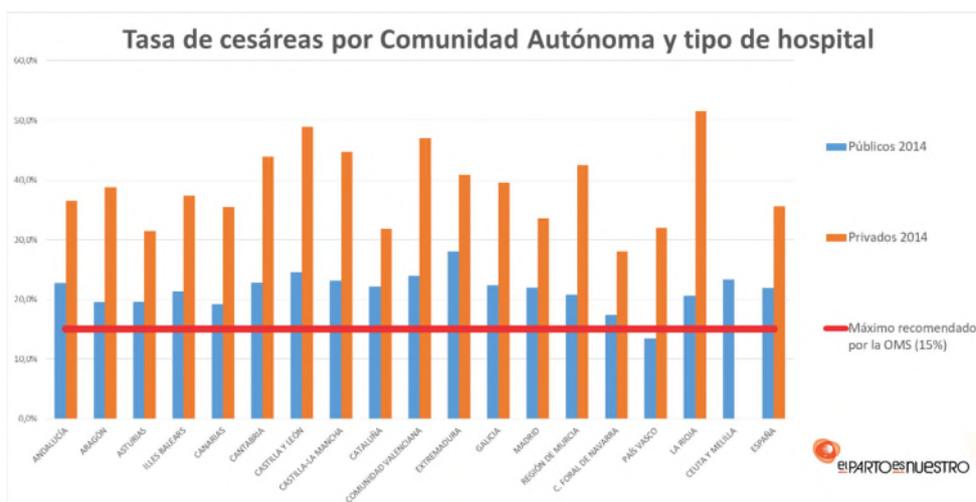
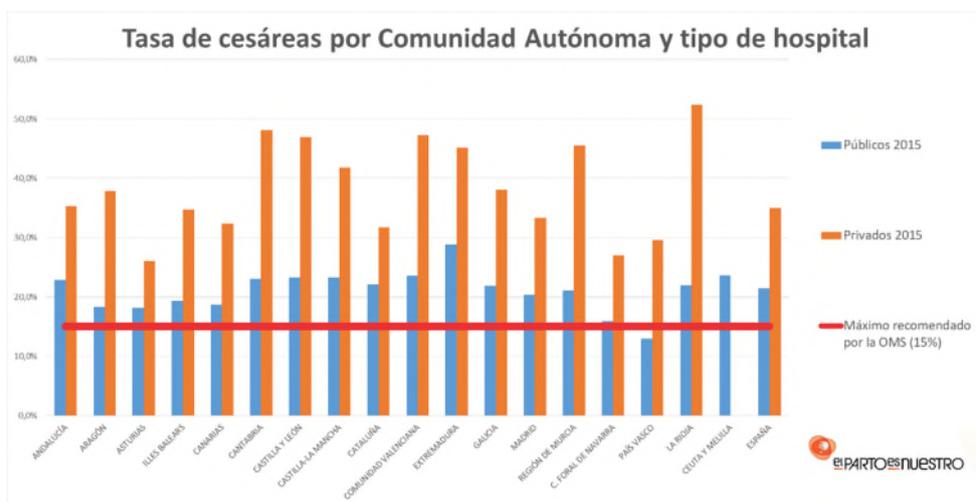
A pesar de la falta de estudios específicos sobre maltrato, las estadísticas sobre aspectos clínicos ofrecen una información muy reveladora, como por ejemplo las tasas de cesáreas y episiotomías a las que se refería Médicos del Mundo. Según Marsden Wagner, anterior Director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, “realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer. El índice de episiotomías del 89 % en España constituye un escándalo y una tragedia”⁶ (Wagner, 2000).

Desde que Wagner hizo esta declaración las tasas han disminuido mucho, a pesar de lo cual la media actual del 42% en el Sistema Nacional de Salud sigue siendo calamitosa.

En cuanto a las cesáreas, la asociación nacional de usuarias de servicios de salud materno-infantil *El Parto es Nuestro* ha denunciado que, demasiadas veces, el paso por quirófano para dar a luz es el resultado de una **decisión arbitraria**, que depende sobre todo de si el hospital es público o privado o de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre la mujer.

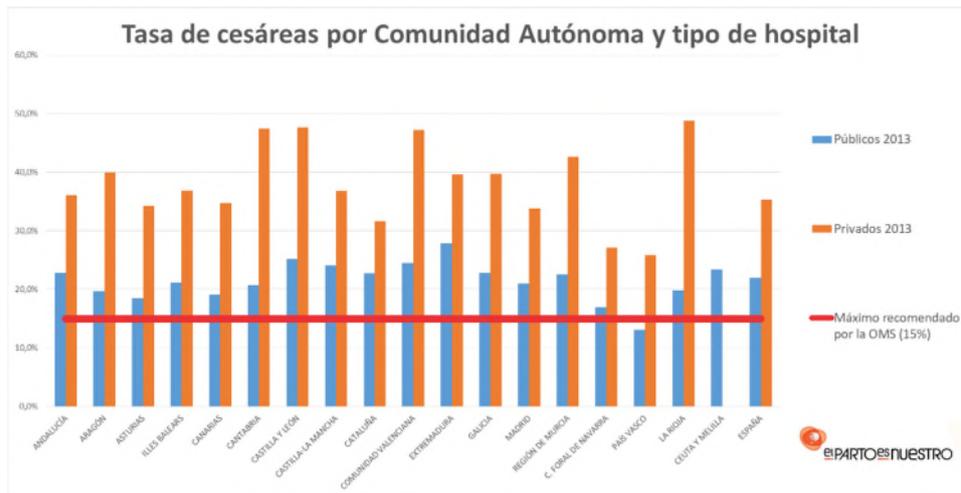
⁶ Wagner, Marsden (2000), El nacimiento en el nuevo milenio, ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa, Jerez de la Frontera, Cádiz disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf

A continuación se muestran datos obtenidos del *Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para los años 2013, 2014 y 2015⁷ que muestran la **injustificada variabilidad de las cesáreas en España**:



7

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf



El riesgo de muerte materna en caso de cesárea es entre 2 y 4 veces superior al del parto vaginal y con peores resultados neonatales según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia⁸. Así lo proclamaba también la OMS, ya en 1985, cuando declaraba que:

“Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer **sus efectos nocivos sobre la madre y el niño.**”

En el artículo *La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema*, Adela Recio Alcaide⁹, estadística del Estado, concluye que “Después de parir, no es fácil salir ilesa del hospital, en el sentido de no haber sido sometida a una operación quirúrgica (cesárea), a un corte en la vagina (episiotomía), o a otras intervenciones invasivas.”

Cuestionando el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto, el artículo de Recio describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España para demostrar que, en nuestro país, el resultado de un parto

⁸ “En general, las tasas altas **no** se acompañan de una mejoría de los resultados obstétricos y perinatales, que incluso podrían ser peores. Se ha señalado una frecuencia mayor de índices bajos de Apgar en las cesáreas. Los inconvenientes más señalados son que **tiene una tasa de mortalidad materna entre 2 y 4 veces mayor que el parto vaginal y también una morbilidad 5-10 veces más alta.** La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación de cesárea (situaciones maternas de extrema urgencia), aunque otras derivan de la técnica en sí. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal, y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y, en ocasiones, se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal.”

⁹ Recio Alcaide, Adela. [Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem. Journal of Applied Ethics, año 7 \(2015\), nº 18, 13-26](#)

depende mucho más de factores como la zona geográfica o si el centro hospitalario es público o privado que del propio proceso de parto de la mujer. Además, analiza la adecuación de las intervenciones a los estándares fijados por organismos como la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad. La maniobra de Kristeller, por ejemplo, un procedimiento que consiste en presionar con el antebrazo el abdomen de la mujer para provocar la salida fetal, aúna la mala praxis médica con el maltrato físico y moral. Pone en peligro la integridad física de la madre y su bebé sin aportar ningún beneficio, y pese a que el estándar deseado por el Ministerio de Sanidad para esa maniobra es de 0%, el estudio recoge que se realizó en un 26,1% de los partos vaginales.

Otro aspecto que revela especialmente el maltrato hacia madre e hijo es la separación. Las dos primeras horas después del nacimiento se conocen como “periodo sensitivo” (alerta tranquila), provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel del recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Los recién nacidos se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la involución uterina por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas. En el estudio de Recio se comprueba que, sin embargo, “la actuación asistencial no se corresponde con la recomendación de la estrategia; el 50% de las madres afirman haber realizado contacto precoz, un resultado que aleja la práctica clínica del estándar recomendado (mayor o igual al 80% de los partos).”

Por último, el estudio concluye que “En lo que respecta a España, hay que destacar que nuestro país se caracteriza por una atención al parto especialmente intervencionista en comparación con sus vecinos europeos. **Este intervencionismo no parece justificarse con unos mejores resultados en otros aspectos, como puede ser la mortalidad perinatal o neonatal.** En realidad, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). Este intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible, que ha dado lugar a las recomendaciones de los organismos sanitarios.”

A la luz de los datos, resulta claro que las mujeres no fueron informadas de forma veraz o no fueron informadas en absoluto de los beneficios, riesgos e indicación de las

intervenciones reseñadas en el estudio, lo que constituyen una violación de su derecho, reconocido en la legislación española, a la integridad física y moral y a proteger a sus hijos de sufrir intervenciones potencialmente peligrosas.

Los paritorios españoles como espacios de sumisión

Las arquitectas Marta Parra Casado y Ángela Müller, tras realizar un estudio amplio sobre los paritorios españoles¹⁰, concluyeron que “Las maternidades hospitalarias en España siguen funcionando bajo un modelo concreto que combina perfectamente dos factores, en principio independientes, que suman sin embargo sus efectos: a) un proceso de despersonalización del sujeto y b) unos espacios que inducen a la sumisión [...] La despersonalización del sujeto que se produce queda bien recogida en la siguiente cita:

“La mujer es llevada por el celador/a desde las urgencias o al servicio de paritorio ubicada en una habitación, que es la sala de dilatación, y se le permite estar acompañada por una persona, que generalmente es su pareja. Cuando ingresa, lo primero que se le pide es que se desnude, se ponga el camisón, se quite todas las joyas y accesorios y guarde sus pertenencias en un armario de la habitación. Cuando concluya debe avisar por el timbre para hacer el ingreso. Este proceso es un momento importante en “la despersonalización del sujeto”, ya que le son retirados todos los elementos de identificación personal” (Goffman, 1992, 87).

La actual atención al parto y nacimiento se basa en un proceso secuencial. A nivel espacial esto significa que, desde la entrada al hospital, la mujer es llevada de estancia en estancia, sin tiempo para que pueda familiarizarse con ninguno de ellos. Un pequeño recorrido por estos espacios y procesos puede ayudarnos mucho a comprender de qué estamos hablando: la parturienta comienza su recorrido por la sala de espera; tras una primera estancia en el cubículo de “triaje” y el box de urgencias pasa a la sala de dilatación; a veces también se la lleva a otra sala donde se le administra la analgesia epidural; vuelve a la sala de dilatación; cambia hacia el final del parto hasta el paritorio; ingresa tras el alumbramiento en la sala de reanimación; y por último se la traslada a la habitación en planta, donde permanecerá hasta el momento del alta médica. Por su parte, y demasiadas veces, el bebé termina también “guardado” en un espacio aparte, separado de su madre tras el nacimiento. Aunque sorprenda, la realidad sigue siendo ésta en una mayoría significativa de hospitales en España.”

¹⁰ Müller, Angela Elisabeth y Parra Casado, Marta. [*La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios*, International Journal of Applied Ethics, año 7 \(2015\), nº 18, 147-155.](#)

En cuanto a la experiencia del periodo expulsivo, las mismas autoras hacen el ejercicio de ponerse en la piel de la parturienta:

“...(sic.) pensemos en su campo visual, es decir, en lo que ella tiene a la altura de su vista cuando se encuentra en el paritorio tradicional expuesta, tumbada e inmovilizada en el potro obstétrico, situado en el centro de la sala. ¿Qué es lo que ella ve? En muchas ocasiones, un reloj, que le recordará lo lento que pasa el tiempo, segundo a segundo; a menudo una lámpara quirúrgica de luz muy fuerte; o el armarito de cajones transparentes para guardar los rasuradores, las gasas, las agujas y todo tipo de materiales e instrumentos que pueden ser usados en ella o en su bebé. Una visión así estresa y despierta los mecanismos de alarma de una mujer de parto, mecanismos que pueden bloquear el propio proceso, contribuyendo a reforzar su percepción de que pueden encadenarse todo tipo de problemas.”

Angela Müller resume con estas palabras el reportaje fotográfico realizado sobre paritorios españoles públicos y privados:

“espacios desangelados y completamente despersonalizados, sin puertas que cierran, ni luz natural ni temperatura suficiente, con una acústica pésima. El potro que domina el espacio y donde la mujer se convierte en objeto inmóvil y por tanto pasivo del que extraer a su bebé. No hay asientos ni para los profesionales ni para la persona acompañante, tan solo pueden estar de pie”.

Además de la aportación de Médicos del Mundo, una catalogación de conductas típicas en las que se expresa el maltrato podría ser:

- Impedir a las mujeres “pensar” el parto privándolas de información y poder de decisión¹¹.
- No ofrecerles alternativas, elegir por ellas, obligarlas a parir en una determinada posición, la más común, tumbada de espaldas y subidas a una mesa ginecológica.
- Separarlas de sus hijos al nacer por rutina.
- Privarlas de apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida por ellas.
- Inducir los partos por conveniencia o decir que hay que programar una cesárea porque la pelvis es “estrecha”.

¹¹ Villarrea y Fernández Guillén, 2012a, 115-118; 2012b, 222-224

- Crear un ambiente falto de intimidad en torno a la mujer que está de parto.
- Practicar la episiotomía de forma rutinaria.

Ante los tribunales españoles se han presentado casos en los que se ha operado de cesárea sin anestesia¹²; se ha ocultado a la mujer gestante, por razones ideológicas, que el hijo que esperaba padecía malformaciones graves para impedirles interrumpir el embarazo¹³. Especialmente dramático fue el caso de N. N., inmigrante sudamericana, madre soltera y empleada de hogar, que fue a dar a luz a su primera hija al Hospital Clínico de Barcelona, acompañada únicamente por su compañera de habitación. Su indefensión la convertía en candidata ideal para la práctica “docente” de fórceps. Cuatro estudiantes intentaron extraer a la niña con el instrumento mientras la tutora les dirigía: “Así no, que le ‘podés’ romper la cabeza” (cita literal del testimonio de la testigo obrante en las Diligencias Previas seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 12 de Barcelona). Y se la rompieron. Por supuesto, nadie dijo a esta joven madre cuáles eran la indicación, los beneficios, las alternativas y los posibles riesgos del uso de instrumentos ni se pidió su consentimiento. No se le pidió permiso para que utilizaran estos instrumentos estudiantes y residentes sin la pericia y formación suficientes.

¹² Testimonio de la cesárea de I. H., en el año 2011, en la Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza: “Le mostré que ya podía mover los pies y que se me habían pasado los efectos de la anestesia porque había recuperado absoluta sensibilidad en la zona de mi abdomen, le pregunte si me iba a doler y me dijo: ‘y tanto que va a doler’, todo esto entre sus risas y mis lágrimas. No me lo podía creer. Le pregunté por qué no me ponía algo para no sentir, a lo que respondió que no arriesgaría a mi bebe y hasta que no la sacaran no pondría nada más y así fue. Mis gritos de auténtico y puro dolor al hacer el corte y sacar a mi niña no había mascarilla que los ahogara; escuchándolos mi esposo desde la otra habitación. En fin, fue una carnicería. Durante el proceso permanecí consciente y escuchaba todo a mi alrededor, escuchaba cómo la matrona le pedía por favor que me pusiera una dosis aunque fuera pequeña para aliviar el dolor.” A pesar de que la propia anestesista reconoció los hechos, la titular del Juzgado de Instrucción nº 1 de Ibiza archivó la querrella en base a que el informe del forense “no aprecia mala praxis en la administración de anestesia”.

¹³Cristina Huete [“La objeción de los médicos casi me cuesta la vida”](#) *El País*, 7 de noviembre de 2016

2. Please specify whether there are accountability mechanisms in place within the health facilities to ensure redress for victims of mistreatment and violence, including filing complaints, financial compensation, acknowledgement of wrongdoing and guarantees of non-repetition. Please indicate whether the ombudsperson is mandated to address such human rights violations;

Igual que ocurre con otras formas de violencia de género, la que se produce en un paritorio sólo llega a los tribunales cuando provoca lesiones físicas muy graves. El trato vejatorio que muchas veces ha precedido al daño físico, queda oculto.

En España existen mecanismos formales de queja y reparación, pero no son efectivos. La judicatura, la fiscalía y los operadores jurídicos en general tienden a excluir a las mujeres embarazadas, consciente o inconscientemente, de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las aplicaciones de la medicina. El argumento implícito – y falso –, es que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos¹⁴.

Recientemente se han presentado cuatro quejas contra España por maltrato y violencia durante el parto en Hospitales de Sevilla, País Vasco y Galicia. Antes de formalizar sus quejas ante el Comité para la eliminación de toda forma de discriminación sobre la mujer de Naciones Unidas¹⁵, las víctimas habían agotado previamente todas las vías administrativas y judiciales, que habían fallado a la hora de protegerlas, reconocer el daño y resarcirlas.

El Defensor del Pueblo, tanto a nivel regional (autonómico) como nacional, ha admitido quejas por demora de las autoridades administrativas en responder a reclamaciones de responsabilidad patrimonial de las víctimas, pero sin entrar en el fondo de las mismas (sólo aborda la falta de respuesta) por considerar que es una cuestión de mala praxis clínica que no entra dentro de sus competencias.

En ocasiones, estas instituciones han requerido a la Administración pública española la aportación de información clínica o estadística sobre atención al parto, y han intervenido en casos de acceso restrictivo de las madres a Unidades Neonatales.

¹⁴ Fernández Guillén, Francisca. *International Journal of Applied Ethics*, año 7, nº 18, 113-128, 2015.

¹⁵ https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-obstetrica_0_844816181.html

3. Does your health systems have policies that guide health responses to VAW and are these in line with WHO guidelines and standards on this issue, see: 1 | 2

En el año 2007, para dar respuesta a la demanda social de una atención al parto más humana, más respetuosa con los derechos de las madres y los recién nacidos y más acorde con la evidencia científica, el Ministerio de Sanidad puso en marcha la ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD¹⁶ que declaraba:

“La presente Estrategia responde a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, que se viene manifestando de manera creciente en los últimos años y ante la que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha correspondido liderando el proceso participativo con todas las personas y colectivos implicados, necesario para lograr su elaboración y consenso.

[...] Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, **participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora.**”

En desarrollo de dicha Estrategia se implementaron políticas, se elaboraron programas de formación y se concedieron subvenciones a las comunidades autónomas para “Adecuar y sistematizar las indicaciones de las cesáreas urgentes y programadas **con objeto de reducir su variabilidad injustificada y con ello, mejorar la eficiencia y la seguridad de esta intervención en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.**”; y “reorientar la atención actual hacia una **con menor intervención y medicalización [...]** y **participación de las gestantes [...], más centrada en las necesidades de cada mujer y criatura**”.

En ese contexto, el Ministerio de Sanidad elaboró una “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” (Vitoria-Gasteiz 2010)¹⁷ que era un compendio de la mejor

¹⁶<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

¹⁷<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

evidencia científica para la atención al parto. Le siguieron otras guías como el “Documento sobre Estándares y Recomendaciones para la maternidad hospitalaria”¹⁸ cuyo cumplimiento y eficacia ha sido, a la luz de las cifras y los estudios citados, muy deficiente.^{19 20}

¹⁸ <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

¹⁹ https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

²⁰ Indicadores de atención al Parto Sistema Nacional de Salud, CMBD, 2014