



@belligera

FUENTE: usuaria de Twitter belligera

# En el parto, yo decido

Hace décadas que las mujeres luchan para que sus derechos como seres humanos sean reconocidos, pero existe un tipo de violencia de género que permanece latente. Hablamos de la denominada violencia obstétrica, aquella que se impone a las embarazadas por parte de las instituciones sanitarias. Se traduce en hechos desde humillaciones verbales hasta prácticas quirúrgicas innecesarias en un parto natural y contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud.

Por: ALMUDENA ALFARO // 10/12/2018

**E**ran las dos de la mañana y Patricia (nombre ficticio) se despertó sobresaltada por un dolor muy fuerte en su barriga. Parecía que su pequeña por fin iba a conocer el mundo. Con tranquilidad despertó a su marido y ambos prepararon todo lo necesario para el nacimiento antes de partir para el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. Lo que Patricia no sabía es que nunca iba a olvidar esa madrugada, y no por el nacimiento de su hija, sino por el infierno por el que tuvo que pasar durante días y semanas después. Se llevó el kit completo: desde amenazas por parte del personal médico (“pórtate bien o no dejaremos pasar a tu marido”) hasta una episiotomía que acabó en más de siete puntos de sutura, pasando por la maniobra de Kristeller.

“Era mi primera vez y me dejé hacer. Según uno de los ginecólogos, la episiotomía es un procedimiento que se le hace a todas las primerizas para evitar desgarros”. Esta afirmación pone el problema sobre la mesa: ciertas prácticas que se les realizan en los hospitales a las mujeres a la hora del parto no son necesarias, pero además resultan ser contraproducentes tanto para la mujer como para el bebé. La episiotomía es una incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.

La Organización Mundial de la Salud publicó en febrero de este año su nueva guía de recomendaciones para la atención a mujeres embarazadas sanas, donde contraindicaba la práctica de la episiotomía rutinaria, ya que no existen evidencias científicas que ratifiquen su efectividad en un parto natural y sano. Estas recomendaciones ya se recogían en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, publicada por el Ministerio de Sanidad español en 2010, donde se afirma que no se debe practicar la episiotomía rutinaria en parto espontáneo, ya que esta no supone beneficios ni a corto ni a largo plazo para las mujeres. Los resultados del estudio realizado para llevar a cabo esta guía mostraron que “la episiotomía restrictiva (la que se realiza solamente en casos concretos donde hay peligro) frente a la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes”.

Patricia, a raíz de este parto traumático, desarrolló fobia a los ginecólogos, y hasta pasados casi dos años del nacimiento de su hija no pudo mantener relaciones sexuales con su marido. “Lo intentamos con lubricantes, pero seguía sintiendo un dolor muy fuerte. Me destrozaron la vagina”. Al año acudió al hospital, y los médicos le dijeron que una solución sería operarla para cortar una dureza que había cicatrizado mal y hecho que la vagina se tensara. “El ginecólogo que me iba a operar me dijo que ni con la operación me aseguraba que todo volviera a ser como antes. Las lágrimas brotaron a borbotones de mis ojos porque ellos me habían dicho que esta era la solución”.

Según la guía mencionada anteriormente, la no utilización de la episiotomía rutinaria disminuye además la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al



FUENTE: Pamela Maday

alta, que en el estudio realizado suponían todas las mujeres evaluadas tras sufrir una incisión perineal en el momento del parto. Pese a que en España parece que se tienen muy claras las recomendaciones de la OMS según declaraciones de profesionales y asociaciones, existe una falta de transparencia por parte de los hospitales de la red pública estatal. Los últimos indicadores oficiales ofrecidos por el sistema nacional de salud datan de 2010 y mostraban que en los hospitales españoles el porcentaje de episiotomías superaba el 41%, cifras muy superiores a las recomendaciones de la OMS. Según el Observatorio de Violencia Obstétrica, en el año 2017 hubo 49.000 cesáreas innecesarias y 117.000 episiotomías que se podían haber evitado.

### Las principales recomendaciones de la OMS

- Se debe proporcionar un cuidado maternal respetuoso y mantener una comunicación efectiva entre el personal médico y la madre
- No se deben hacer episiotomías de forma rutinaria
- La primera fase del parto no tiene una duración estándar establecida.
- En ausencia de complicaciones no se debe utilizar oxitocina, ni otros métodos para acelerar el parto
- La madre tiene derecho de elegir la posición que considere más cómoda y no se le debe presionar a la hora de empujar
- Se debe esperar al menos un minuto para cortar el cordón umbilical
- Se debe facilitar el contacto piel con piel entre el bebé y la madre (o padre)

**“Era mi primera vez y me dejé hacer. Según uno de los ginecólogos, la episiotomía es un procedimiento que se le hace a todas las primerizas para evitar desgarros”**

El procedimiento de la episiotomía forma parte de un tipo de abuso contra la mujer del que se está empezando a saber más actualmente: la violencia obstétrica. Su definición se conoce como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres y los derechos más básicos de los recién nacidos por el personal de salud de hospitales y centros médicos. Se puede manifestar como violencia física, con prácticas invasivas como la mencionada episiotomía de rutina, el uso de fórceps, la maniobra Kristeller (“masaje” que se realiza en la barriga de la embarazada para empujar al bebé y hacer el parto más rápido), las cesáreas sin justificación médica o el suministro de medicamentos innecesarios, como la oxitocina.

Pero también hay una violencia obstétrica psicológica, que se traduce en un trato deshumanizado contra la mujer, mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero (“seguro que no te dolió cuando lo engendraste”), humillación, burlas y críticas por parte del personal sanitario. De igual forma, en la mayoría de ocasiones se omite información a la embarazada sobre los procedimientos que se están siguiendo durante el parto, lo que conlleva después dolores y problemas físicos que las mujeres no saben cómo afrontar o solucionar.

Lo mismo que la incisión perineal, la maniobra de Kristeller también está contraindicada para supuestamente facilitar el descenso del feto, según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Esta maniobra puede causar a la madre traumatismos que van desde



Francisca Fernández Guillén forma parte del departamento legal de El Parto Es Nuestro

hematomas y dolor, incluida fractura de costillas, hasta rotura del útero e inversión uterina, que pueden provocar a su vez hemorragias graves y, en casos extremos, conducir a la extirpación del útero. En cuanto al bebé, también puede producirle traumatismos y lesiones en la red de nervios.

Francisca Fernández Guillén, abogada especializada en Derecho de los pacientes y miembro del Observatorio de la Violencia Obstétrica, reconoce que se dio cuenta de este problema cuando una vecina ginecóloga la invitó a presenciar un parto que iba a atender y vio cómo dirigía todo el proceso por teléfono, cómo la introdujo en el paritorio sin permiso de los padres, cómo hablaban ella y sus compañeros médicos de las parturientas, como si fuesen objetos y no personas dotadas de razón y conciencia propias. Tras su horrible experiencia en el parto de su primera hija, allá por el año 2002, en un hospital de Móstoles, decidió investigar y estudiar por qué en pleno siglo XXI a las mujeres se las privaba de libertad y dignidad en un momento tan vulnerable como es el parto. “Mi experiencia

personal corroboró lo que había visto como testigo. Lamentablemente no me sirvió para escapar, aunque en el segundo parto sí lo conseguí y fue una experiencia muy sana y feliz”, ya que Francisca dio a luz a sus gemelos en un parto en casa, acompañada de una *doula* (persona que se encarga de brindar apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto) y un enfermero que ejercía como matrona.

Ella misma en el relato llamado *Una horita corta* contó su experiencia y gratitud hacia esta forma de dar a luz, rodeada de gente de confianza y en un lugar cómodo y familiar. En España el 50% de los embarazos gemelares acaban en cesárea por ser más rápido y cómodo para el personal médico. Francisca quería evitar el mal trago que pasó con su primer parto, así que eligió ella misma cómo iba a traer a sus gemelos al mundo, siguiendo el curso natural de la vida. La cesárea, al igual que otros procedimientos quirúrgicos, solo es necesaria en caso de un embarazo de alto riesgo, los cuales constituyen el 10% de todos los embarazos.

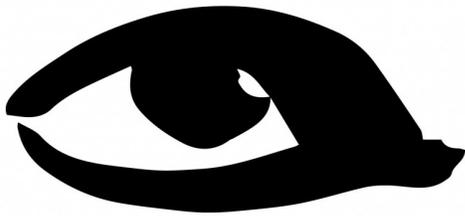
**-Desde su perspectiva como abogada, ¿hay un número elevado de mujeres que acuden a usted para denunciar a autoridades médicas debido a prácticas de violencia obstétrica o son casos aislados?**

*-Si pensamos en la alta morbilidad que hay, las mujeres que se quejan o reclaman son pocas, porque cuando van al médico con problemas como dolor o incontinencia, muchas veces les dicen que lo que les pasa es por el parto en sí, no por culpa del fórceps, de la episiotomía o de la postura que le obligaron a adoptar. También interfiere el estereotipo de género, que dice que, si nuestro hijo está con vida, lo demás no importa, porque nosotras no importamos y estamos en este mundo para sacrificarnos y ser desgraciadas. Aun así, cada día más mujeres se informan y reclaman porque hay más información disponible y se sabe que parte de la morbilidad y mortalidad materno infantil es evitable, que no se debe al parto en sí sino a una baja calidad de la atención.*

“Me puse en contacto con El Parto Es Nuestro, donde me recomendaron visitar a un fisioterapeuta especializado en el suelo pélvico. En dos meses



**el PARTO es  
NUESTRO**



**OBSERVATORIO DE  
LA VIOLENCIA  
OBSTÉTRICA**

de tratamiento he logrado recuperar muchísimo”. Patricia obtuvo ayuda en esta asociación sin ánimo de lucro formada en 2003 por usuarias y usuarios del sistema sanitario, principalmente mujeres y madres, que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos o hijas durante el embarazo, parto y posparto. Su función principal es prestar apoyo a mujeres que sufren cesáreas y partos traumáticos y proporcionar información basada en la evidencia científica.

Pero España no es el único país que se enfrenta a este tipo de violencia contra las mujeres, y tampoco el primero. Conversaciones sobre el embarazo y parto digno llevan años en círculos feministas de países como Estados Unidos, Reino Unido, Argentina, Ecuador, México o Venezuela. Una encuesta nacional en el primero mostraba que el 18% de las mujeres presentaban síntomas de estrés postraumático después del parto. Un estudio de partos instrumentales publicado en el *British Medical Journal* comprobó que el 50% de las mujeres no deseaban otro hijo por miedo a otro parto. En el

artículo “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, publicado en 2015 en la revista *Dilemata* por Silvia Bellón se recogen las experiencias de violencia obstétrica en estos países. Fue Venezuela en 2007 el primero en emplear este término en un texto legal, seguido de Argentina en 2009 y México en 2014, que decidió denominar estas prácticas como constitutivas de crimen en sus leyes sobre violencia contra las mujeres.

“En las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada”. Bellón reconoce la violencia obstétrica como un instrumento más de subyugación de la mujer por parte de la sociedad patriarcal, una forma más sutil pero igual de efectiva para minimizar el papel de la mujer y su poder para decidir en el mundo. Este artículo también reconoce que las acciones de los profesionales de la obstetricia y ginecología juegan un papel importante en el hecho de que se respete a las mujeres o se vulneren sus derechos en el momento de dar a luz.

En un país donde los expertos estiman que aproximadamente el 35% de las madres presentan algún grado de estrés postraumático (ya sea físico o psicológico), organismos oficiales como la Sociedad Española de Ginecología y

---

**“Mi experiencia personal  
corroboró lo que había  
visto como testigo.  
Lamentablemente no  
me sirvió para escapar,  
aunque en el segundo  
parto sí lo conseguí y  
fue una experiencia muy  
sana y feliz”**

---



# S.E.G.O.

## Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Obstetricia (SEGO) sigue negando la existencia de violencia obstétrica, y llega a comentar que es “un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado y científicamente inaceptable”. Desde El Parto Es Nuestro inciden en la aplicación de la evidencia científica a la atención al parto, ya que muchas de las prácticas actuales van en contra de las Guías y Protocolos del Ministerio de Sanidad, de la OMS y de la propia SEGO. “Estas declaraciones me parecen una sandez. Lo que es delictivo e inmoral es la violencia hacia las mujeres, no su denuncia”, afirma Francisca Fernández, que en el artículo publicado en 2015 “¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos” destaca el argumento implícito y además falso de que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos. Esta justificación fue la que utilizó el Consejo Rector y Asesor del Comité Científico de la SEGO este mismo año en un comunicado oficial para negar la existencia de algún tipo de violencia contra la mujer en la ginecología y obstetricia.

Parece ser que la solución a la violencia obstétrica radica en las medidas que las instituciones quieran o no instaurar, así como en la educación que se dé a los futuros profesionales, destacando las cuestiones éticas y deontológicas, en especial el hecho de tratar a las mujeres como individuos poseedores de derechos en una sociedad civilizada. “Es imprescindible que se sensibilice a los estudiantes respecto al problema que representa el sesgo de género

en la atención médica para la salud de las mujeres, que se incida en la importancia del consentimiento informado y el respeto a los derechos del paciente”, afirma Francisca Fernández, que cree también necesario recoger de forma transparente datos de morbilidad completos y actualizados, hacer estudios y que el Ministerio de Sanidad exija la aplicación de la Estrategia de Atención al

Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, que carece de efectividad ejecutiva.

Patricia reconoce que lo que le sucedió a ella ya es pasado, pero anima a las mujeres a contar sus experiencias y buscar ayuda para así conseguir mayor visibilización sobre un problema que ha permanecido durante décadas en un estado latente y parece que poco a poco va rompiendo paredes y llegando a la sociedad. “Con el tiempo comprendí que no es a las mujeres a quienes nos tiene que dar vergüenza hablar de esto, sino a los ginecólogos y personal sanitario que hacen estas brutalidades con cuerpos que no son los suyos”.



FOTOGRAFÍA: Martín Espinoza

Inducen tu parto sin tu consentimiento



Te realizan la EPISIOTOMÍA



Te obligan a PARIR TUMBADA



Violencia VERBAL

Dificultan la lactancia materna



Ignoran tus decisiones

