



**Escuela de Doctorado
y Estudios de Posgrado**
Universidad de La Laguna

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Bioética y Bioderecho

Diseño de un programa de prevención de violencia obstétrica basado en la bioética dirigido a mujeres embarazadas y profesionales de atención al parto.

Design of an obstetric violence prevention program based on bioethics aimed at pregnant women and childbirth care professionals.

Marina Domínguez Cubas

Curso 2022/2023 – Mayo

ÍNDICE

1	Introducción.....	- 1 -
2	Justificación.....	- 2 -
3	Objetivo.....	- 3 -
4	Metodología.....	- 3 -
5	Evolución histórica de la violencia obstétrica.	- 5 -
6	Programa de intervención educativa en bioética para prevenir la violencia obstétrica.	- 8 -
7	Discusión.	- 25 -
8	Limitaciones.	- 27 -
9	Conclusión.....	- 27 -
10	Referencias bibliográficas.	- 28 -
11	ANEXO I.....	- 30 -

RESUMEN

Introducción: Las prácticas obstétricas más habituales consideran, por lo general, que las mujeres no adoptamos decisiones informadas. Para acompañarnos en la toma de decisiones responsable es imprescindible que los profesionales sigan las recomendaciones basadas en la evidencia que proponen las Guías de Práctica Clínica (GPC) y que cumplan con su Código Deontológico y con los principios de la ética.

Justificación: Pese a que las GPC deberían orientar nuestra práctica habitual, se observa que dichas recomendaciones no acaban de implantarse en los servicios. Esto se debe, en parte, al hecho de que el sistema de salud haya sido descentralizado en las Comunidades Autónomas españolas (SAC) y a sus respectivos modelos de atención. Los protocolos de actuación y la formación del personal sanitario deben seguir actualizándose y poniéndose en práctica.

Objetivo: Diseñar un programa de intervención educativa orientado a prevenir la violencia obstétrica desde la información a la usuaria embarazada, y a los profesionales del ámbito de actuación del parto, siguiendo los principios de la bioética.

Metodología: Para la realización de nuestro programa de prevención, vamos a emplear, principalmente, dos instrumentos. Por un lado, usaremos las Guías de Práctica Clínica (GPC), y, por otro lado, haremos uso del manual de “Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario”.

Resultado: Se obtiene un programa de intervención educativa en bioética para prevenir la violencia obstétrica. Este programa consta de varios apartados: necesidades de formación detectadas, introducción, objetivo, formato, contenidos, planificación, temporalización y evaluación. Para la evaluación se propone un proyecto de investigación.

Discusión: Dada la necesidad de concienciación a nivel de los profesionales y la falta de conocimientos sobre bioética de las mujeres embarazadas, se considera necesaria la interacción de ambos colectivos en el proceso de educación maternal.

Conclusión: Hay razones fundadas para considerar que la violencia obstétrica puede pasar desapercibida para mujeres desinformadas. Lo que pretendemos es lograr una mayor humanización en el proceso del parto, pero sin que ello conlleve el rechazo a la tecnificación en la asistencia, ya que esta pretende conseguir buenos resultados obstétricos. Para ello, se deben considerar los principios éticos a la hora de evitar los riesgos inherentes a este proceso, pero conservando la máxima autonomía por parte de la embarazada durante todo el proceso

ABSTRACT

Introduction: The most common obstetric practices generally consider that women do not make informed decisions. To accompany us in making responsible decisions, it is essential that professionals follow the evidence-based recommendations proposed by the Clinical Practice Guidelines (CPG) and that they comply with their Code of Ethics and the principles of ethics.

Justification: Despite the fact that the CPGs should guide our usual practice, it is observed that these recommendations have not yet been implemented in the services. This is due, in part, to the fact that the health system has been decentralized in the Spanish Autonomous Communities (SAC) and their respective care models. The action protocols and the training of health personnel must continue to be updated and put into practice.

Objective: Design an educational intervention program aimed at preventing obstetric violence from the information to the pregnant user, and to professionals in the field of delivery, following the principles of bioethics.

Methodology: To carry out our prevention program, we are going to use, mainly, two instruments. On the one hand, we will use the Clinical Practice Guidelines (GPC), and, on the other hand, we will use the “Bioethics of motherhood” manual. Humanization, communication and health environment”.

Result: An educational intervention program in bioethics is obtained to prevent obstetric violence. This program consists of several sections: detected training needs, introduction, objective, format, content, planning, timing and evaluation. For the evaluation, a research project is proposed.

Discussion: Given the need for awareness at the level of professionals and the lack of knowledge about bioethics of pregnant women, the interaction of both groups in the process of maternal education is considered necessary.

Conclusion: There are well-founded reasons to consider that obstetric violence can go unnoticed by uninformed women. What we want is to achieve greater humanization in the birth process, but without this leading to a rejection of technical assistance, since it aims to achieve good obstetric results. To do this, ethical principles must be considered when avoiding the risks inherent in this process, while maintaining maximum autonomy on the part of the pregnant woman throughout the process.

1 Introducción.

Las prácticas obstétricas más habituales consideran, por lo general, que las mujeres no adoptamos decisiones informadas, sino que tenemos simples “preferencias”, que pueden ser graciosamente concedidas o rechazadas por el médico. Se nos excluye, por tanto, de las normas sobre consentimiento informado recogidas en la legislación nacional y en los convenios internacionales. En lugar de utilizar el concepto legal de “toma de decisiones libres e informadas” que recoge la vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se usan expresiones que rebajan el poder de decisión de la mujer como “participar en la toma de decisiones” o “las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente” o “se informará siempre a la paciente con carácter previo a la realización de...” [1].

A pesar de que la legislación sobre derechos del paciente establece claramente la necesidad de obtener el consentimiento (o rechazo) del paciente antes de realizar cualquier actuación que afecte a su salud, a las mujeres no se les da explicaciones ni se les pide permiso para realizarles tactos innumerables, sean éstos realizados por el personal médico asignado a su cuidado o por simples estudiantes o residentes en prácticas. Tampoco se les pregunta antes de acelerar el parto con drogas como la oxitocina sintética, que aumenta el dolor y puede ocasionar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo [1].

En su libro sobre el impacto de la I Guerra Mundial en la población, la escritora británica Pat Barker refiere que una de las conclusiones más interesantes del doctor Rivers, psiquiatra que investigó los traumas de los soldados y es considerado hoy por hoy como “el padre” del estrés postraumático, fue que “los hombres responden a las situaciones límite de la guerra de la misma manera que las mujeres en tiempos de paz. Lo que aprieta en último extremo el gatillo del estrés – o lo que antes se llamaba “histeria” – es la incapacidad de poder controlar tu propio destino y de estar a expensas de fuerzas aleatorias”. Para la doctora Ibone Olza, psiquiatra especializada en atención perinatal, la percepción de no tener control en el parto y no ser partícipe de la toma de decisiones es uno de los factores que más influye en su evolución. Esto es justo lo que intenta evitar la figura del consentimiento informado, un ejemplo de cómo un trato humano es a la vez respetuoso con las leyes y con la buena praxis clínica [1].

En la actualidad se tiende a la humanización del momento del parto, buscando que éste ocurra de la manera más natural posible. El problema comienza cuando se pierde la noción real del riesgo materno y neonatal que existe durante el parto. En los últimos años el principio de autonomía del paciente ha ido en auge, de manera que el paciente tiene más información y quiere tomar sus propias decisiones en lo que concierne a su salud. Pero en algunos casos estas decisiones pueden tomarse tras encontrar informaciones

erróneas o tergiversadas, es decir, sin fundamento científico. Esto ocurre, en parte, porque el acceso a internet y a las redes sociales, pone al alcance de todos, una gran cantidad de información que no siempre tiene validez desde el punto de vista científico o, que, aunque tenga validez, no es entendida como es debido por las dificultades a nivel de conocimiento especializado de la materia.

Esto nos reafirma en la necesidad y responsabilidad de informar, como profesionales. Y, como pacientes, la importancia de buscar la información de la fuente correcta, ya que, si bien el parto vaginal es un proceso natural, en él pueden presentarse circunstancias imprevisibles que precisen de una vigilancia adaptada y una capacidad de dar respuesta ante cualquier complicación de última hora.

En esta misma línea, con el objetivo de reducir la mortalidad materna y neonatal, en noviembre de 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reclama que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el nacimiento.

Es importante que conozcamos las prestaciones a las que tenemos acceso en nuestro sistema de salud, y que, además, se nos recomiendan por un organismo tan importante como es la OMS, ya que, el hecho de que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, implica una conducta clínica apropiada, lo que puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

En la primera parte de este trabajo hago una introducción sobre el tema que se va a abordar, seguida de una justificación de la importancia de introducir aspectos bioéticos en la preparación al parto. Acto seguido, establezco el objetivo del estudio. Posteriormente describo cuál será la metodología de trabajo, mencionando la importancia de la participación de mujeres y profesionales de este ámbito para el desarrollo del programa. A continuación, hago un pequeño resumen de la historia de la violencia obstétrica. Tras esta contextualización, procedo a describir el diseño del programa de prevención de violencia obstétrica basado en bioética, seguido del diseño de un proyecto de investigación que nos servirá de evaluación del programa realizado. Finalmente, expongo algunos testimonios de mujeres que han sufrido violencia obstétrica, menciono las limitaciones del estudio y concluyo.

2 Justificación.

Entendemos que cualquier sistema de salud pretende mejorar la salud de su población. Entre las principales características de un sistema de salud se encuentran el derecho de cada ciudadano a proteger su salud, el financiamiento público y la prestación de servicios para garantizar una atención de salud de calidad [4]. Para ello, se utilizarán los diferentes modelos de sistemas sanitarios existentes. En España, la ley de cohesión y calidad del

Sistema Nacional de Salud (SNS) [5] permitió la descentralización política de la sanidad en sus Comunidades Autónomas españolas (SAC) en 2003. Esta descentralización de los sistemas sanitarios puede tener repercusiones directas en el cuidado de la salud materna, tema que ha sido centro de debate durante varias décadas [6]. A pesar de esta descentralización que se está produciendo en España, el Ministerio de Sanidad español sigue emitiendo Guías de Práctica Clínica para diferentes patologías. Un ejemplo concreto de ello se remonta a 2010 cuando se publicaron las Guías de Práctica Clínica para el Parto Normal [7], cuyo objetivo era reducir la variabilidad en la práctica clínica contribuyendo a transformar el modelo de atención al parto en el sistema sanitario en una atención más eficiente, segura y personalizada para España [7].

Un estudio de la Universidad Jaume de Castellón refleja que España tiene un grave problema de salud pública y de respeto de los derechos humanos en relación con la VO. El hecho de que el sistema de salud haya sido descentralizado en los SAC y sus respectivos modelos de atención, puede haber influido en sus resultados. Los protocolos de actuación y la formación del personal sanitario deben seguir actualizándose y poniéndose en práctica, así como políticas de transparencia que aporten datos reales sobre cómo se trata a las mujeres en estos centros. Es fundamental resaltar la desconfianza, el miedo o la vulnerabilidad típica de algunos procesos en la etapa perinatal, lo que hace que las mujeres no expresen sus dudas o temores ante las intervenciones. Esto significa que las mujeres pueden permitir inconscientemente que la VO se perpetúe. Es necesario reflexionar sobre las prácticas obstétricas y solicitar el consentimiento informado a las mujeres, quienes se sienten completamente dominadas por la autoridad técnico-científica del personal de salud y la autoridad patriarcal de la violencia estructural [9].

Todo esto nos lleva a la necesidad de realizar este programa para darle a estas mujeres herramientas básicas para reconocer si están siendo víctimas de violencia obstétrica e intentar prevenirla.

3 Objetivo.

Diseñar un programa de intervención educativa orientado a prevenir la violencia obstétrica desde la información a la usuaria embarazada, y a los profesionales del ámbito de actuación del parto, siguiendo los principios de la bioética.

4 Metodología.

Para la realización de nuestro programa de prevención, vamos a emplear, principalmente, dos instrumentos. Por un lado, usaremos las Guías de Práctica Clínica

(GPC), ya que responden a criterios objetivos, basados en la evidencia científica, y cumplen los principios éticos de aplicación, es decir, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, teniendo en cuenta los valores de igualdad y equidad. Y, por otro lado, haremos uso del manual de “Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario” de Margarita Bolladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas, ya que contempla numerosos aspectos relevantes sobre la bioética del momento del parto.

Se consideran Guías de Práctica Clínica (GPC) al “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” [12].

En especial haremos uso de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [13].

La participación de pacientes puede contribuir a aumentar la aceptabilidad y accesibilidad a los servicios de salud, así como a mejorar tanto la calidad como la relevancia de la investigación [14]. Los/as pacientes contribuyen a través de sus conocimientos específicos basados en la experiencia personal con la enfermedad, los síntomas, la terapia y el sistema de salud. Este conocimiento basado en las propias experiencias puede complementar el conocimiento de investigadores e investigadoras al proporcionar perspectivas y opciones más amplias [15]. Todo ello aspira a incrementar la relevancia de la investigación en salud, ya que es posible que las preguntas de investigación que son relevantes desde una perspectiva científica no satisfagan las expectativas y necesidades de los/as pacientes [16].

Por todo ello, considero necesaria la inclusión de la perspectiva de mujeres, cuyos partos han tenido lugar recientemente, así como la de los profesionales en la realización del diseño de este programa. Para ello, se ha contado con la participación de 3 mujeres que han tenido recientemente un parto, y de dos matronas del servicio canario de salud.

Se procederá a entregar una primera aproximación del trabajo a las participantes para tener en cuenta su perspectiva en el desarrollo del mismo. Una vez hecho esto, se procederá a realizar una nueva entrega que incluya la perspectiva de las participantes y un desarrollo en profundidad del trabajo, y se pedirá la inclusión de un apartado de discusión para la puesta en común de las experiencias, tanto de las mujeres, como representantes de las pacientes, como de la matrona, como representante de los profesionales, para garantizar la calidad y la relevancia del programa.

5 Evolución histórica de la violencia obstétrica.

En la década de 1970, como alternativa al parto hospitalario, algunos colectivos comenzaron a divulgar los beneficios del “parto natural”. Tal como la antropóloga Margaret Macdonald explica “el ideal del parto natural se ha usado como una estrategia retórica de éxito en populares estudios académicos feministas sobre el parto para responder y criticar al predominante modelo biomédico o tecnocrático del cuerpo embarazado o del parto como inherentemente problemático y potencialmente peligroso para el feto”. También la narrativa del parto natural “sitúa a las mujeres como naturalmente capaces y fuertes, y a sus cuerpos como perfectamente diseñados para portar un feto y dar a luz con éxito sin estar bajo la estrecha vigilancia de la alta tecnología y las intervenciones de los médicos en un establecimiento hospitalario”. Uno de los objetivos principales defendidos por las posturas cercanas al parto natural, en contraposición a la tendencia de la medicina moderna, centrada en observar y resolver síntomas físicos, es prestar atención al bienestar emocional de las mujeres embarazadas y dejar que sean ellas quienes guíen el proceso de parto, por ejemplo, eligiendo la postura en la que quieren parir [3].

Actualmente, uno de los más influyentes científicos trabajando bajo el enfoque del “parto natural”, es Michel Odent, quien fue el director de la unidad de Cirugía y maternidad del hospital francés, Phitivers, entre 1962-1985. Odent, en línea con las aportaciones del obstetra Frederik Leboyer, escritor de uno de los primeros libros críticos con el parto tecno-medicalizado, “Nacimiento sin violencia” (1975), fue el primer médico en escribir acerca del parto acuático y el parto en casa en la literatura médica. En 1987 fundó The Primal Health Research Center en Londres, que se convirtió en la primera institución explícitamente dedicada a la investigación y divulgación de estudios acerca de “las correlaciones entre lo que nos pasa al principio de la vida y lo que pasará después en términos de salud y rasgos de personalidad”. Odent, argumenta que la atmósfera del parto es crucial para garantizar la secreción hormonal (especialmente oxitocina) por parte de las mujeres, lo que permite un parto y posparto menos problemático. También considera que una asistencia despersonalizada, monitoreada tecnológicamente y con falta de privacidad, son factores clave que obstaculizan la relajación necesaria para liberar las hormonas. También defiende que las intervenciones médicas y tecnológicas pueden tener consecuencias a largo término en el desarrollo personal del recién nacido, afectando su sociabilidad e incrementando las posibilidades de desarrollar comportamientos agresivos o suicidas. Estas dos ideas, una defendida por el modelo biomédico hegemónico, y la otra por un grupo alternativo de profesionales y activistas, reflejan visiones encontradas acerca de qué es un parto y qué factores son importantes para que éste sea exitoso. Aspectos de carácter antropológico que, implícitos en las demandas relacionadas con los movimientos en contra de la violencia obstétrica, hacen reconsiderar el paradigma del modelo biomédico actual. Por ello, debemos ser conscientes que, tras las demandas por el parto respetado, no sólo la calidad de la atención al parto es puesta en cuestión sino también los cimientos teóricos en los que se basa [3].

En el año 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito. El artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” determina que: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer [2].

En el año 2009, Argentina promulga la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” la cual define, la violencia obstétrica, en el apartado e) del artículo 6 como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Esta definición incluye no sólo a los profesionales actuantes durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer embarazada. También especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica [2].

De acuerdo con estas leyes, la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género que implica “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”[3].

Algunas de las denuncias más comunes definidas como violencia obstétrica recogidas por algunos colectivos por el parto respetado, incluyen:

- a) la negación de información a las mujeres usuarias sobre los procedimientos médicos empleados durante el proceso de parto.
- b) prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto,

privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.

c) la realización de cesáreas innecesarias y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller.

d) rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías, o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto [3].

La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos. En el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se estipula que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación ...”. Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través de la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del porqué de estas prácticas ni se les pide su acuerdo: “Me metieron mano, más o menos 13 estudiantes ... me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran” [2].

Por esto es tan importante el derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada ...”. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas, y esto es lo que pretendemos evitar, dado que lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

No podemos olvidar el Derecho a la integridad personal. Como se indica en el Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Este es otro de los derechos que se ve violentado dentro del marco de la violencia obstétrica, a través de prácticas improcedentes.

Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, de la Conferencia General de la UNESCO, el ser humano se caracteriza por su capacidad de distinguir el bien del mal, percibir la injusticia, evitar el peligro, buscar cooperación y poner en práctica un sentido moral que dé expresión a principios éticos. Así, un trato inhumano en la atención obstétrica sería aquel que impide a una mujer comportarse como “humana”: Impedirnos “pensar” el parto, privarnos de información y poder de decisión – No ofrecernos alternativas, elegir por nosotras, obligarnos a parir en una determinada

posición, la más común, tumbada de espaldas y subidas a un potro; Separarnos de nuestros hijos al nacer por rutina– Privarnos de apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida por nosotras– Engañarnos: inducir los partos por conveniencia o decir que hay que programar una cesárea porque tenemos la pelvis estrecha, por ejemplo– Crear un ambiente falto de intimidad en torno a la mujer que está de parto– Practicar la episiotomía de forma rutinaria [1].

En el ámbito de la asistencia a la maternidad surgen cuestiones delicadas de índole sanitaria, ética, social y legal. Dicha asistencia conlleva una serie de exigencias, en cuanto a los resultados de las intervenciones y a los valores, para conseguir una atención a la embarazada basada en la excelencia y la responsabilidad. Toda profesión dispone de un código deontológico que proporciona las normas que todos sus profesionales deben cumplir en el desarrollo de sus tareas. Pero, además, está a nuestra disposición la ética profesional, que complementa a dichos códigos profesionales y posibilita justificar cada acción que realizamos [24].

Una de las consideraciones importantes por la que se pretende involucrar tanto a mujeres embarazadas como a profesionales es esta, ya que la relación del equipo obstétrico con la gestante es algo a lo que, en ocasiones, no se le presta demasiada atención. Y, dado que los problemas morales que surgen en el mundo de la atención al embarazo, parto y puerperio son numerosos, queremos dedicarle especial atención.

6 Programa de intervención educativa en bioética para prevenir la violencia obstétrica.

Necesidades de formación detectadas

La violencia obstétrica en España

Durante 2019 se llevó a cabo un estudio observacional transversal que incluyó a 899 mujeres que habían dado a luz en los últimos 12 meses. Se distribuyó un cuestionario en línea a través de matronas y asociaciones de mujeres en España. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas, clínicas y prácticas asistenciales. La variable de resultado primaria fue la violencia obstétrica y sus tipos verbal, físico y psicoafectivo.

Los criterios de inclusión fueron el parto en los últimos 12 meses (en hospital público, privado o domiciliario) y que la madre tuviera un nivel suficiente de instrucción para leer y comprender el español. Los únicos criterios de exclusión fueron mujeres menores de 18 años.

La edad media fue de 35,2 años (DE 4,25 años), el 63,7% (572) eran primíparas y el 60,0% (539) tuvo un parto vaginal normal. La atención del parto se brindó en un hospital

público para el 81,9% (736), el 16,9% (152) en hospitales privados, el 0,3% (3) en centros de maternidad y el 0,9% (8) en el domicilio.

Los resultados del estudio no dejan lugar a dudas: la violencia obstétrica fue reportada por el 67,4% (606) de las mujeres; 25,1% (226) verbal, 54,5% (490) físico y 36,7% (330) psicoafectivo [22].

El acudir a clases de educación maternal no se relacionó con una menor violencia percibida, sino que la violencia se dio con más frecuencia, o quizá las mujeres fueron más conscientes de la misma. Además, muchas mujeres se sintieron violentadas cuando no se respetó su plan de parto, cuando les hicieron cesárea o episiotomía sin una clara indicación médica y/o sin explicaciones, y cuando su recién nacido fue ingresado en la UCIN.

Estos datos tan alarmantes nos instan a la necesidad del desarrollo de este programa de prevención.

Introducción

En 1996, el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS de Ginebra, presentó el Informe sobre cuidados en el parto normal: una guía práctica, que sirvió de base para textos posteriores. Este informe aporta un conjunto de reflexiones y recomendaciones a favor de un tipo de prácticas y en contra de otras, entre las que encontramos algunas relacionadas con aspectos éticos importantes:

- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto, y el posparto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
- Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
- Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.

Uno de los principios básicos de las sociedades democráticas que en las últimas décadas ha tenido un importantísimo papel en el ámbito de la salud es la autonomía. En este sentido, Margarita Boladeras nos muestra cómo la autonomía personal no es algo dado que hay que preservar, sino que es una capacidad humana que hay que reconocer y estimular para que pueda activarse y fortalecerse. «Solo cuando la persona es reconocida con capacidad de obrar desde sí misma puede asumir la plena responsabilidad de sus acciones y los deberes que le son inherentes. El reconocimiento del otro no es algo

abstracto, sino que ha de concretarse en el respeto a su forma de ser personal y en el apoyo a su mejor interés. Este principio concierne a todos los ámbitos de las relaciones personales y debe aplicarse en todas las actuaciones profesionales, entre las que se encuentran todas aquellas relacionadas con la atención al nacimiento» [19].

Como pacientes, es importante que conozcamos toda esta información y hagamos todas las preguntas que sean necesarias para entender lo máximo posible y poder aclarar cualquier duda que nos surja, ya que es aquí dónde podemos nutrirnos de los profesionales. Si estamos bien informadas y asesoradas, seremos capaces de tomar nuestras propias decisiones.

Como profesionales, debemos predicar con el ejemplo, es decir, debemos reconocer nuestra capacidad de autonomía para facilitar el ejercicio de dicha capacidad por nuestras pacientes. De esta forma hacemos efectivo un principio fundamental de la ética y un derecho legal reconocido por la Constitución como es la autonomía.

Un motivo de preocupación es que las estructuras de poder incrustadas y reproducidas en biomedicina construyen un currículum oculto en la formación de los profesionales de la salud que favorece su socialización en la aceptación de normas, disciplina corporativa y castigo, mientras que los aspectos emocionales y las dimensiones de la atención se descuidan. Las condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud también deben visibilizarse como formas de falta de respeto y abuso. El uso del concepto violencia obstétrica contribuye a la visibilización de esta violencia institucional y evitan «culpar a los trabajadores de la salud como un grupo, cuando se trata del resultado de una situación estructural de la cual los profesionales son también víctimas». La evidencia científica muestra que el personal de salud expuesto a la violencia que se ejerce en los paritorios puede sufrir estrés traumático o fatiga por compasión, entendida como una exposición traumática secundaria a factores estresantes en el seno de su propia organización, similares a los experimentados por las propias mujeres gestantes [9].

La importancia de aportar conocimientos relevantes sobre el embarazo y el parto, sobre lo que ocurre y lo que debe ocurrir, instruyendo y preparando a la embarazada de esta manera, persigue formar una mujer entregada a cooperar con su mente, su respiración y su relajación adecuada para cada período del parto, lo que debe garantizar un rápido nacimiento del niño; aun cuando, por otras razones, el parto pueda presentarse distócico, la conducta adecuada de la gestante posibilitará que sea menos traumático [10].

Algunos estudios, como el realizado por la licenciada Arlene Vidal Martí en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, demuestran que un plan de preparación psicofísico del parto, lleva a las mujeres a sentirse capacitadas gracias a que los conocimientos adquiridos en el mismo las ayudan a enfrentar el trabajo de parto [11].

Objetivo

Prevenir la violencia obstétrica mediante la formación en bioética de mujeres embarazadas y profesionales.

Formato

Se organiza e inicia la práctica de una sesión informativa con soporte audiovisual con el fin de que las mujeres embarazadas y los profesionales conozcan el concepto de violencia obstétrica, la autonomía en el contexto del parto, el consentimiento informado, el plan de parto, etc.

Contenidos

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género que implica “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” [3].

Algunas de las denuncias más comunes definidas como violencia obstétrica recogidas por algunos colectivos por el parto respetado, incluyen:

a) la negación de información a las mujeres usuarias sobre los procedimientos médicos empleados durante el proceso de parto.

b) prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto, privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.

c) la realización de cesáreas innecesarias y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller.

d) rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías, o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto [3].

Deontología

La deontología es el conjunto de normas que definen los deberes y obligaciones del profesional en el desempeño de sus funciones. Busca establecer un conjunto de normas exigibles a todos los que ejercen una misma profesión y queda determinada por lo que es aprobado por un colectivo determinado (Códigos Profesionales). La ética profesional se refiere normalmente a los valores que guían nuestra conducta y que orientan nuestra actuación como miembros de un colectivo. La diferencia entre códigos éticos y códigos profesionales es que los códigos éticos se basan en valores y por tanto orientan hacia una tendencia determinada en las acciones. Por el contrario, los códigos profesionales se basan en normas y por tanto obligan a cumplir un determinado comportamiento [24].

Derecho a la información y toma de decisiones

Es importante el derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal

sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada ...”. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas, y esto es lo que pretendemos evitar, dado que lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Derecho a la integridad personal.

Como se indica en el Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Este es otro de los derechos que se ve violentado dentro del marco de la violencia obstétrica, a través de prácticas impropiedades.

Autonomía en el contexto del parto

La autonomía es uno de los principios básicos de las sociedades democráticas que en las últimas décadas ha tenido un importantísimo papel en el ámbito de la salud. De la mano de la bioética, la autonomía se ha concretado como el respeto a que la persona tome las decisiones relacionadas con su salud y se ha reformulado como uno de los cuatro principios bioéticos, *prima facie*, de la buena práctica profesional. De acuerdo con el principio de autonomía, los profesionales deben actuar conforme a los deseos o preferencias de la persona atendida, informándola y obteniendo previamente su consentimiento [21].

Autonomía relacional

La bioética corre el riesgo de idealizar la capacidad de autocontrol y de autosuficiencia al ignorar la importancia de la calidad de la relación entre la persona y los profesionales, el papel del grupo o familia y su situación de vida concreta [17]. La bioética ha generado la suposición de que la capacidad de razonar está sujeta a la información veraz y exhaustiva, obviando que la naturaleza moral de la razón es relacional, dado que se desarrolla en el seno de una cultura, familia, grupo..., esto es, que para tomar decisiones la persona modula la información de la que dispone en función de las expectativas y valores que ha aprendido a lo largo de su vida y que aplica, en función del contexto y de las personas con quienes cuenta, en la situación concreta. En esta línea de argumentos surge el concepto relacional de la autonomía. Si bien la autonomía, tal como la entendemos hoy, reside en lo que Kant denominó «razón práctica» —la capacidad individual de razonar para valorar, priorizar, escoger y actuar en consecuencia—, en el ámbito de la salud parece necesario profundizar en sus circunstancias empíricas [18].

Con esto quiero decir que debemos escuchar a nuestros profesionales y tomar las decisiones de forma deliberada, pues sus conocimientos y experiencias son cruciales a la hora de tomar una decisión que conlleve un resultado acertado.

Y en este punto, como profesionales, debemos asegurarnos de actuar éticamente, es decir, debemos respetar los principios de dignidad y autonomía de las personas, lo que implica, por un lado, ayudar a los seres humanos a comprender las cuestiones relativas a su situación y, por otro lado, tomar decisiones sobre las opciones que se presenten, teniendo en cuenta sus circunstancias. Además, debemos crear un ambiente cordial para dar información completa mediante una buena comunicación, aportando los cuidados que se hayan decidido atendiendo a los mejores procedimientos disponibles en ese momento.

No maleficencia

Evitar daños y perjuicios. Este principio obliga a no hacer daño intencionadamente. En ética este principio está directamente relacionado con la máxima *primum non nocere*: “En primer lugar, no hacer daño” [23].

Beneficencia

Grupo de normas sobre la adjudicación de beneficios y el análisis perjuicio-beneficio y coste beneficio. Este principio requiere mayor implicación que el principio de no maleficencia ya que los sujetos deben actuar en beneficio del otro, y no solo abstenerse de causar daños con sus actos. El principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia no son obligatorios, pero el principio de beneficencia, tal y como lo entienden estos autores, impone la obligación de ayudar a otros [23].

Justicia

Grupo de normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes. Los términos equidad, mérito y titularidad se han usado por distintos filósofos para explicar la justicia. Así, la justicia se interpreta como un trato igual, equitativo y apropiado en referencia a las personas o a lo que es propiedad de ellas. En referencia a esto surge el término justicia distributiva, refiriéndose a una distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, que es determinada por normas justificadas que estructuran la cooperación social [23].

El Consentimiento Informado

En general, conocemos el consentimiento informado porque en numerosas actuaciones de la vida diaria nos piden que lo firmemos, pero la cuestión es si realmente sabemos lo que estamos firmando.

En el artículo 6.1 de La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 dice que: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento deberá ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

El problema radica en que, en el proceso de parto, no nos piden el consentimiento informado absolutamente para nada. Pero esto no debe ser motivo para que estemos desinformadas, al contrario, es un motivo crucial para que reclamemos nuestro derecho a ser correctamente informadas, y de esta manera podamos tomar decisiones por nosotras mismas.

Plan de parto

En los últimos años se ha introducido la práctica del «plan de atención al parto», un nuevo instrumento que sirve para mejorar la relación entre usuarios y profesionales, y optimizar los servicios. En España, se crea “el Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2011, y se presenta así: «Este plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial».

Se trata de un documento de veintiséis páginas que nos puede ser de gran ayuda, tanto a pacientes como a profesionales. Pero como comentábamos anteriormente, desde el punto de vista de los profesionales, debemos explicar bien en qué consiste dicho documento, qué consideraciones se tienen en cuenta, qué implica que optemos por unas opciones u otras dentro de cada apartado, tanto para la mamá como para el bebé, para garantizar que la toma de decisiones de la madre sea la acertada. Y, desde el punto de vista de las mamás, debemos hacer todas las preguntas que sean necesarias para entender y ser capaz de tomar decisiones de forma libre pero deliberada, teniendo en cuenta todos los factores influyentes.

Expectativas y limitaciones del plan de parto

Debemos tener en cuenta que, a pesar de que empleemos nuestros conocimientos para realizar nuestro plan de parto, debemos tener cuidado con nuestras expectativas, ya que, ante la necesidad de hacer alguna actuación de carácter urgente, para la madre o para el bebé, existiría la posibilidad de que no se pudiera cumplir nuestro plan. Un ejemplo de esto sería el caso de un parto prematuro. En este caso, sería difícil cumplir con las condiciones de intimidad reflejadas en el plan de parto, dado que, en el momento del nacimiento, deben estar presentes no sólo la matrona, sino también el ginecólogo y los pediatras que van a atender al bebé. Probablemente este bebé precisaría de atención especializada, por lo que sería separado de su madre, en primera instancia, para ser ingresado en la UCI Neonatal.

Aspectos éticos de la asistencia en el embarazo y el parto

El modelo clásico de relación entre el ginecólogo-matrona y la embarazada estaba basado en que el profesional decidía unilateralmente sobre los tratamientos o intervenciones a realizar. Es el denominado paternalismo. Prevalecía el principio de beneficencia y suponía una limitación de la autonomía [24].

Desde el momento en que la mujer está embarazada, surgen unas situaciones en las que las matronas tienen que encajar sus actividades dentro de los principios éticos. El embarazo es algo fisiológico, donde la educación para la salud consiste en informar del curso de la gestación, haciendo partícipe a la mujer de sus cuidados y dotándola de conocimientos para minimizar los riesgos, cobrando fuerza la autonomía personal. Durante la gestación se pueden producir situaciones en las que puede haber conflicto entre unos principios y otros, por ejemplo, ante tratamientos recomendados, pero no obligatorios (vacunas), pruebas invasivas (amniocentesis, biopsia de corion), etc. La autonomía se consolida como principal valedora de la dignidad de la gestante, pero el profesional debe siempre informarle de manera objetiva y adecuada para que este principio se cumpla. Un punto clave es considerar a la pareja como parte del proceso. La mayoría de ellas así lo desean y se puede incluir como parte del principio de autonomía estar acompañadas y sentirse apoyadas en todo momento por su pareja. La matrona debe garantizar, siempre que sea posible, el cumplimiento de dicho deseo [24].

El plan de parto es un documento donde la mujer deja constancia de las intervenciones que desea para el momento del parto y de las que no. Es uno de los documentos donde más conflicto puede haber entre los principios éticos. Es aquí donde la matrona (profesional que puede ayudar a implementarlo), tiene un papel primordial, pues debe informar sobre el proceso y de lo que la evidencia científica recomienda. Asimismo, debe valorar si los deseos de la gestante son compatibles con una práctica asistencial basada en la excelencia [24].

Instaurado el parto, el deseo de la embarazada obliga al profesional a respetar sus valores y deseos, aplicando solo las actividades autorizadas por ella. No obstante, debe prevalecer la excelencia y las actuaciones basadas en la evidencia científica. Debemos garantizar la autonomía, pero teniendo en cuenta que la no maleficencia prevalece, y, por tanto, ningún deseo podrá conllevar un posible daño para ella o el feto. Sin embargo, sí podrá negarse a recibir los tratamientos que no desee, si ello no comporta daños o riesgos añadidos. Finalizado el expulsivo, debe favorecerse el contacto precoz del recién nacido con la madre, no solo para cumplir el deseo de ésta (principio de autonomía), sino también porque es recomendable para el recién nacido. Si la matrona no favorece este contacto inmediato, no solo se obviaría el principio de beneficencia, sino que se estaría actuando de manera contraproducente, lo que implicaría el incumplimiento del principio de no maleficencia [24].

En la asistencia al embarazo y parto, toda decisión del profesional en relación a la gestante debe acompañarse de una reflexión sobre todos los aspectos implicados; la ética profesional es el soporte que sustentará dicha decisión. En caso de tener que negar la posibilidad de autonomía personal, debemos fundamentar y explicar cuidadosamente a la embarazada el por qué, de dicha situación, sus características, riesgos y posibles consecuencias [24].

Consideraciones éticas asociadas a las fases del parto

Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.

- Restricción de líquidos y sólidos:

La restricción de líquidos y sólidos durante el parto es una rutina asistencial que trata de prevenir el riesgo de aspiración gástrica en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general, aunque se conoce que no garantiza la reducción de contenido estomacal por vaciamiento y que el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o de ingerir alimentos. En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas y, además, guías como la de la OMS promueven el ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción. Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto.

- Prevención de la cetosis:

El desarrollo de cetosis durante el parto es motivo de preocupación ya que se cree que puede ocasionar náuseas, vómitos y cefaleas y ser causa de agotamiento materno. Se ha sugerido que una dieta ligera o la ingesta de fluidos con carbohidratos durante el parto puede reducir la producción de cuerpos cetónicos, aunque el aumento del volumen del contenido gástrico puede producir malestar. Se recomienda que las mujeres sean informadas de que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

Desde el punto de vista ético, se está faltando a la autonomía de la mujer al no darle la posibilidad de decidir si desea beber o ingerir alimentos de manera libre. Se debe informar de esta posibilidad o, al menos, de las recomendaciones de las GPC, para que puedan tomar decisiones libremente.

- Dilatación:

Llamamos dilatación a la primera etapa del parto. Esta etapa se compone de dos fases: la primera es la fase latente, considerada como el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación. Y, la segunda, es la fase activa, considerada como el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cm de dilatación y se acompaña de manera regular. Es difícil establecer la duración de la primera fase debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto. En cuanto a la segunda fase, su duración es variable. En las primíparas, el promedio de duración es de 8 horas, y es improbable que dure más de 18 horas. En el caso de las multíparas, el promedio de duración es de 5 horas y no suele superar las 12 horas.

Es por esto que, la decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.

- ***Admisión en maternidad:***

El ingreso precoz de la gestante comporta la espera durante varias horas hasta que se inicia la fase activa del parto. Esta situación puede generar ansiedad en las mujeres y sus acompañantes. Además, la admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente, se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos. Debido a esto, se recomienda que la admisión se realice cuando se establezca una dinámica uterina regular, haya un borramiento cervical mayor al 50% y la dilatación sea de 3-4 cm.

Desde el punto de vista ético, no sería conveniente ingresar a las mujeres hasta que no estén en trabajo activo de parto, ya que varios estudios concluyen que ingresarlas antes de dicha fase puede incrementar el intervencionismo innecesario.

- ***Cardiotocografía:***

La monitorización cardiotocográfica externa es una práctica cada vez más extendida que se aplica a las gestantes que acuden al hospital con sospecha de trabajo de parto. Existen dudas de si se realiza en el contexto de una medicina defensiva y aumenta el intervencionismo obstétrico debido a falsos positivos o si se trata de un procedimiento realmente útil para mejorar los resultados perinatales. Debido a que su aplicación incrementa el intervencionismo y que no se ha demostrado que sea beneficiosa en mujeres de bajo riesgo, no se recomienda su uso en admisión de embarazadas de bajo riesgo.

En este punto, una vez más, no se respeta la autonomía de la paciente, ya que, para poder decidir libremente si someterse a dicha práctica, tendría que ser correctamente informada, debido a que en el plan de parto no se refleja este aspecto.

- ***Enema:***

La utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales. Por este motivo, se recomienda no usar enema de forma rutinaria durante el parto.

- ***Atención una a una:***

La importancia de un apoyo continuo, tanto emocional como informativo, físico y psicológico, proporcionado por las matronas, ha sido enfatizada a la luz de estudios que muestran que puede mejorar el resultado obstétrico y la satisfacción de las mujeres. El contar con apoyo una a una durante todo el trabajo del parto, se asocia con una menor probabilidad de utilizar analgesia y de parto vaginal instrumentado, así como con una mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo. Debido a esto, se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona. Es más, una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

En este punto es importante saber que, aunque la mujer esté acompañada por una persona de su entorno, que ella misma haya elegido para el momento del parto, tiene derecho a ser acompañada por un profesional.

- ***Movilización y adopción de diferentes posturas:***

En la actualidad, la mayoría de las mujeres en España permanecen acostadas desde su ingreso en el hospital. La monitorización electrónica fetal sistemática, las infusiones intravenosas, la utilización generalizada de la analgesia neuroaxial y las rutinas asistenciales han limitado las posibilidades de las mujeres de deambular durante la dilatación o adoptar posiciones diferentes al decúbito. Sin embargo, se ha sugerido que las posiciones verticales y la deambulación podrían acortar la duración de la primera fase del parto y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de la mujer y su sensación de protagonismo y control. Por este motivo, se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Este aspecto sí que está contemplado en el plan de parto, por lo que es importante conocer estos datos para elegir moverse de forma libre siempre que sea posible.

- ***Frecuencia de tactos vaginales:***

El propósito del tacto vaginal es comprobar la evolución del parto. Sin embargo, hay publicaciones que asocian el riesgo de infección con el número de exploraciones vaginales. Además, el tacto vaginal durante el parto puede ser molesto y a menudo crea ansiedad y distrae a la mujer de la atención que presta a su parto. Debido a esto, se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas. Se debe garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.

- ***Expulsivo:***

Se trata de la segunda etapa del parto y transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. Consta de dos fases, una pasiva en la que se alcanza la dilatación completa del cuello y otra activa en la que se inicia el expulsivo como tal. La duración de la segunda etapa varía entre 1 y 2 horas según si la mujer es nulípara o multípara y según si tienen anestesia epidural o no.

Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF. También se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml. Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas (cuadrupedia) presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de duración). En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (incluido de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a posición supina durante la segunda etapa del parto. La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento.

Debido a esto, se recomienda que la mujer adopte la posición en la que se encuentre más cómoda para el expulsivo, siempre que sea posible.

- ***Pujos maternos y pujos dirigidos:***

Una práctica obstétrica objeto de controversia es la de dirigir los pujos maternos durante la segunda etapa del parto. De hecho, los beneficios del pujo dirigido son cada vez más debatidos, aunque el amplio uso de la analgesia neuroaxial hace que sea necesario en muchas ocasiones dirigir el pujo. En los últimos 35 años la analgesia epidural se ha convertido en el método más común para el manejo del dolor durante el parto en los hospitales. Uno de los efectos negativos de la analgesia epidural es que frecuentemente inhibe la natural necesidad de empujar una vez iniciado el periodo expulsivo. Los obstetras a menudo han tratado de compensar esta inhibición impulsando a las mujeres a empujar inmediatamente después de alcanzada la dilatación completa. Este método puede no estar basado en la evidencia. Retrasar el pujo se ha propuesto como una alternativa para permitir el descenso y la rotación espontánea de la cabeza fetal, reduciendo así la tasa de partos instrumentales. Sin embargo, retrasar el pujo prolonga la segunda etapa del parto y este hecho ha sido asociado al traumatismo del suelo pélvico y la subsecuente morbilidad materna. Además, la segunda etapa del parto se ha considerado como de particular riesgo para el feto.

Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, y en mujeres con analgesia neuroaxial, se recomienda dirigirlo cuando haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.

- ***Episiotomía:***

La episiotomía introducida en la práctica clínica en el siglo XVIII es ampliamente utilizada durante el parto, a pesar de la pobre evidencia científica sobre sus beneficios, siendo todavía un procedimiento muy controvertido. La justificación de su uso se basaba en la reducción del riesgo de los desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal. Se pensaba que los potenciales beneficios para el feto eran debidos a un acortamiento del periodo expulsivo que facilitaba mayor número de partos espontáneos. A pesar de los limitados datos, la episiotomía se convirtió virtualmente en rutinaria, subestimando los potenciales efectos adversos, incluyendo su extensión a desgarros de tercer y cuarto grado, la disfunción del esfínter anal y la dispareunia.

Debido a esto, no se recomienda su práctica de forma rutinaria en el parto espontáneo. Solo debe realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal. Este es otro aspecto que se refleja en el plan de parto.

- ***Maniobra de Kristeller:***

La maniobra Kristeller consiste en hacer presión del fondo uterino en el período expulsivo para finalizar la segunda etapa del trabajo de parto.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en sus recomendaciones de 2007, afirma que la maniobra de Kristeller está contraindicada para facilitar el descenso del feto. Esta maniobra puede causar a la madre traumatismos que van desde hematomas y dolor en las inserciones musculares y 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 como las del plexo braquial, que provocan la parálisis de Erb.

Debido a esto, se recomienda no utilizar dicha maniobra.

- ***Alumbramiento:***

Llamamos así a la tercera etapa del parto, que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la HPP, que sigue siendo un motivo de preocupación primordial ya que es la responsable de la cuarta parte de las muertes maternas en el mundo. El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La duración de la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de la HPP se incrementa cuando su duración se alarga, aunque no hay criterios universalmente aceptados sobre la duración óptima del alumbramiento. La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.

Existen dos enfoques contradictorios para el manejo de la tercera etapa del parto: el manejo activo y el manejo fisiológico o expectante. El manejo expectante es un enfoque no intervencionista, todavía ampliamente utilizado. Los factores que contribuyen a la elección de este método son el deseo de una experiencia más natural durante el nacimiento, la creencia de que el manejo activo es innecesario en mujeres de bajo riesgo y el deseo de evitar los efectos asociados con el uso de los uterotónicos habituales. El manejo activo generalmente implica al médico o a la matrona y la principal ventaja asociada descrita es la reducción de la incidencia de la HPP.

Hay evidencia de alta calidad que demuestra que el uso rutinario de oxitocina como uterotónico en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de HPP > 500 ml.

Debido a esto, se recomienda el manejo activo del alumbramiento y el uso de oxitocina de forma rutinaria en esta fase. Eso sí, Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica, y, de que son libres de elegir un alumbramiento espontáneo o fisiológico si así lo desean.

- ***Pinzamiento tardío del cordón umbilical:***

Se cree que el pinzamiento precoz del cordón umbilical reduce el riesgo de HPP y de ictericia neonatal. Sin embargo, hay estudios que indican que el pinzamiento tardío, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto. Por otro lado, hay datos que sugieren que puede haber beneficios si el pinzamiento se realiza tardíamente. Entre los beneficios se ha descrito una reducción de la probabilidad de transfusión feto-materna, incremento de los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro en el neonato con una reducción de la anemia durante la infancia, mejor adaptación cardiopulmonar e incremento de la duración de la lactancia.

Debido a esto, se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical, sugiriendo que sería conveniente hacerlo a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del cordón umbilical.

- ***Contacto piel con piel:***

Existe evidencia de que el contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna. Es por ello que se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento. Se

recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el RN con registro de signos vitales del mismo.

- ***Dolor y analgesia:***

El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y la mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor. Por eso es importante conocer la relación que pudiera haber entre el dolor y las formas eficaces de alivio del mismo y estudiar si el fracaso del método elegido para el alivio de dolor puede conducir a insatisfacción materna con la experiencia del parto.

La experiencia de parto está influenciada por varios factores tales como las expectativas, nivel de preparación, complicación del parto y el grado de dolor experimentado. La actitud y el comportamiento de los cuidadores es el factor que más influye en la satisfacción materna. Las mujeres están más satisfechas cuando sus expectativas de dolor y de elección del manejo del mismo se cumplen. Las mujeres con analgesia neuroaxial combinada intradural-epidural administrada en PCEA, (controlada por ellas) alcanzan mayor satisfacción con el alivio del dolor durante el parto que las que reciben apoyo continuo por la matrona más otras formas de analgesia (petidina IM, Entonox® y métodos no farmacológicos). La satisfacción global con la experiencia del parto y nacimiento es alta y similar en mujeres de ambos grupos. La satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el grado y tipo de dolor, el alivio del dolor, la participación, cuidado estructurado y control en la toma de decisiones.

En este sentido, se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.

- ***Métodos no farmacológicos de alivio del dolor:***

Se recomiendan los siguientes métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto:

- Inmersión en el agua caliente durante el período de dilatación.
- Masaje y contacto físico tranquilizador durante la primera y la segunda etapa del parto.
- Uso de pelotas de parto para buscar posturas confortables.
- Técnicas de respiración o relajación.
- Inyección de agua estéril informando de su efecto.

- ***Métodos farmacológicos de alivio del dolor:***

- Inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.
- Si se elige la administración de opioides parenterales como método analgésico, se recomienda informar que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
- Se recomienda informar a las mujeres de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir

hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumentado.

Planificación

Se procederá a impartir tres sesiones presenciales.

En las dos primeras sesiones se impartirá una charla informativa, teórica y grupal.

En la tercera sesión se procederá a realizar una mesa de debate. En esta sesión, mostraremos diferentes relatos de parto, unos en los que no se ha sufrido violencia obstétrica, otros en los que sucede de forma sutil y otros en los que se ha sufrido violencia obstétrica evidente, con el objetivo de que, tanto las mujeres, como los profesionales, pongan en práctica los conocimientos adquiridos a nivel teórico en la sesión anterior.

Temporalización

- Sesiones teóricas: cuatro horas.
- Mesa de debate: dos horas.

Evaluación

Para evaluar la efectividad de este programa, en la detección de situaciones de violencia obstétrica con el fin de prevenirla, se realizará una encuesta, tanto a las mujeres embarazadas como a los profesionales, antes y después de la recepción del programa de intervención educativa. Con este objetivo, se propone la realización del siguiente proyecto de investigación.

Proyecto de investigación.

Efecto de un programa de prevención de violencia obstétrica siguiendo los principios de la bioética versus la educación maternal habitual dirigido a mujeres embarazadas y profesionales del ámbito de la obstetricia.

1. Resumen.

Por un lado, se impartirá un programa de prevención de violencia obstétrica con formación en bioética a un grupo de mujeres embarazadas y de profesionales del ámbito del parto. Por otro lado, se impartirá educación maternal habitual. Para evaluar la eficacia del programa basado en bioética, se realizará una encuesta antes y después de la formación, y se compararán los resultados.

2. Objetivo.

Valorar la efectividad del programa de intervención educativa en bioética para prevenir la violencia obstétrica.

3. Hipótesis:

Los participantes en el programa de intervención educativa en bioética para prevenir la violencia obstétrica son capaces de reconocer y prevenir situaciones de violencia obstétrica gracias a los conocimientos éticos adquiridos en el mismo.

4. Participantes y métodos.

a. Emplazamiento.

El reclutamiento de mujeres embarazadas se hará en la consulta de la matrona del centro de salud en el que se llevará a cabo el proyecto. Para reclutar a los profesionales, se informará al servicio de obstetricia de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud y del Hospital Universitario de Canarias. El estudio se realizará en el área de maternidad de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.

b. Diseño.

Estudio clínico prospectivo de dos grupos experimentales, aleatorizados (aleatorización simple) e independientes, para estimar el efecto de dos intervenciones, la intervención “A” que incluye prevención de violencia obstétrica según principios bioéticos y la intervención “B” que consiste en realizar educación maternal habitual, sobre la percepción y la prevención de violencia obstétrica.

a. Pacientes:

i. Criterios de inclusión.

- 1. Mujeres embarazadas de más de 20 semanas de gestación.*
- 2. Profesionales del ámbito de la obstetricia.*

ii. Criterios de exclusión.

- 1. Déficit de atención.*
- 2. Incapacidad para tomar decisiones.*

b. Análisis estadístico.

iii. Cálculo del tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra se basará en el criterio de poder incluir mujeres y profesionales en un año. Al final de ese año de reclutamiento, se realizará un análisis exploratorio para calcular la potencia necesaria para encontrar diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control.

i. Análisis de datos.

Las comparaciones de grupos se realizarán con las pruebas t de Student o de Mann-Whitney, según proceda.

Para comparar la distribución de las variables cualitativas entre ambos grupos se usarán las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher, según proceda.

c. VARIABLES DE ESTUDIO.

ii. *Independientes.*

1. *Principal: grupo control/grupo experimental.*
2. *Variables a controlar:*
 - a. *Valores sociodemográficos:*
 - i. *Edad de la madre.*
 - ii. *Nulípara/ Primípara/Múltipara.*
 - b. *Valores clínicos:*
 - i. *Gestación múltiple.*
 - ii. *Embarazo de riesgo.*
 - iii. *Sobrepeso/Obesidad.*
 - iv. *Tipo de parto.*

iii. *Dependientes.*

3. *Desgarros en suelo pélvico.*
4. *Depresión postparto.*
5. *Lesiones físicas en el bebé.*

d. **Intervención.**

- iv. Tipo de intervención: *tras el consentimiento informado, las pacientes se asignarán al azar a dos programas de prevención: intervención A: Prevención de violencia obstétrica según principios bioéticos (PVOPE) e intervención B: Educación maternal habitual (EMH).*
- v. Procedimiento.
 6. *Evaluación inicial: encuesta previa a la participación en el estudio.*
 7. *Grupo 1.*
 - a. *Protocolo de prevención según principios bioéticos.*
 8. *Grupo 2.*
 - a. *Educación maternal habitual.*

5. Recogida de datos:

La recogida de datos será realizada por el investigador. El primer día de la intervención se recogerán los datos generales y se realizará la encuesta.

Tras la participación en el estudio, se repetirá la encuesta y se recogerán los datos.

Los datos quedarán recogidos en una tabla de recogida de datos.

a. Dificultades y limitaciones del proyecto.

Por un lado, podemos encontrar una población con límites a la hora de obtener los conocimientos que se pretenden transmitir. Por otro lado, podemos encontrarnos dificultades de aplicación debido a protocolos asistenciales que no sean consecuencia exclusiva de los profesionales del servicio. Estos aspectos pueden imposibilitar la consecución de nuestro objetivo.

6. Contenido de plan de trabajo.

a. Cronograma.

Se presentará el proyecto en el Comité de Ética Asistencial de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.

Si la solicitud se resuelve positivamente, en el plazo de un mes se presentará a los responsables de las Unidades y Servicios donde se desarrollará el proyecto.

El presente estudio se realizará en los servicios de atención primaria del servicio canario de salud.

Los participantes en el estudio serán asignados de forma aleatoria al grupo experimental o al grupo control. En primer lugar, se realizará una entrevista con los participantes con la finalidad de presentarles el propósito del estudio, garantizarle la confidencialidad de los datos y agradecerles la colaboración. Seguidamente, se les proporcionará una hoja de información sobre el estudio y se les solicitará el consentimiento informado.

Comenzaremos la intervención con la previsión de alcanzar nuestro tamaño de la muestra para el análisis exploratorio en el plazo de un año. Seis meses después se presentarán y diseminarán los resultados. La previsión total de tiempo es de dos años, por parte de la persona responsable de este proyecto.;

7 Discusión.

Conocer la opinión de las gestantes y sus necesidades permite trabajar los aspectos mejorables relacionados con la asistencia, el entorno y el bienestar personal. El acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto y el posparto es necesario y puede mejorarse. La asistencia natural del parto normal debe contemplarse como un procedimiento no excepcional y ser una práctica habitual normalizada [20].

Es por esto por lo que se ha decidido hacer un programa conjunto entre mujeres y profesionales, para que puedan interactuar y compartir vivencias, de manera que a los profesionales llegue la dura realidad que están viviendo dichas mujeres. Ya que, aunque sea doloroso, escuchar el relato de mujeres que se han sentido tan violentadas es necesario para crear mayor consciencia entre los profesionales. Dado que, sin la creación de esa consciencia a nivel de los profesionales, no se podrá solventar el problema de la violencia

obstétrica, debe ser un proceso bidireccional. Y, aunque es un reto mayor conseguir que los profesionales participen conjuntamente con las pacientes en un programa formativo, considero que es un eje central que exista comunicación entre ambos colectivos.

En la asociación “El Parto es Nuestro” han recogido cientos de testimonios de hospitales de toda España como los que siguen:

- *“Me trataron como a una vaca.”*
- *“Me trataron muy bien, con mucha delicadeza afeitaron mi vagina con las puertas abiertas, a la vista de todo el mundo.”*
- *“Me sentí como un trozo de carne listo para cortar.”*
- *“Entraron unas diez personas, gritaban, me zarandeaban, nadie me hablaba. De repente una cara me dijo, ‘soy el anestesista, te voy a operar yo’. Fue el único que me miró. Yo lloraba y temblaba muchísimo, me pusieron en la mesa como si fuera un cerdo, estaba desnuda, no paraba de entrar gente. Hablaban entre ellos de sus cosas sin importarles que yo estuviese allí: lo que hicieron el fin de semana, que no sé quién está enfermo... Hablaban sin importarles que iba a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo.”*
- *“Alguien me echó la bronca por temblar, me pusieron los brazos en cruz, pedí que me soltaran un brazo, dijeron que no podía ser. Me durmieron el cuerpo. Yo notaba lo que me hacían, pero me callaba porque quería acabar cuanto antes. Entró alguien, no sé quién, a explicar cómo hacia la cesárea, cómo cortar, qué mover...”*
- *“Aún me resulta bastante duro recordar el día en que ‘me nacieron’ a mi hija. Porque yo siempre digo que no di a luz, aunque todo el mundo me mirara con cara rara. La ginecóloga llegó con muy buena cara a decirme que firmara el consentimiento informado, que no informaba de nada, y que ‘el fracaso de la inducción era un motivo de cesárea’. Mi marido y yo nos miramos, porque nos olió muy mal. Nadie nos había hablado de ningún riesgo.”*
- *“No vi nacer a mi hija. Después vi fotos en la incubadora y me moría de pena. Durante la noche le dieron dos biberones sin permiso.”*
- *“Dijo el anestesista ‘Ese es Aner’. Se lo llevaron, lo trajeron vestido y limpio, me dijeron ‘dale un beso’, como si fuera una orden, y se lo llevaron. Estuve tres o cuatro horas en la sala del despertar, no paraba de llorar para que me trajeran al niño, quería darle el pecho. Había cinco pacientes más, una sin útero, yo gritaba que me trajeran al niño. Me decían ‘estás loca’. Vino un celador contando: ‘tranquila, chica, si yo ya he visto a tu niño y es muy bonito.’ ¡Cómo si eso me animara! Todo el mundo lo había visto menos su propia madre” [1].*

Encontramos diversos testimonios de mujeres que han sufrido violencia obstétrica, muchos de ellos son bastante claros y demuestran que las mujeres están “disgustadas” por la forma en que han sido tratadas, pero tras la lectura de este trabajo por parte de algunas mujeres que han dado a luz recientemente, se verifica que no sólo se produce violencia obstétrica de manera clara y evidente para las mujeres, existen numerosos casos en los que estamos siendo víctimas de violencia obstétrica sin saberlo. Y es precisamente esto lo que pretendemos evitar.

No obstante, debemos ser conscientes de las circunstancias, y tener en cuenta que, a pesar de que empleemos nuestros conocimientos para realizar nuestro plan de parto, debemos tener cuidado con nuestras expectativas, ya que, en algunas ocasiones, se pueden presentar complicaciones en las que, por riesgo de la madre o sufrimiento fetal, no se pueda cumplir nuestro plan. Un ejemplo de esto sería el caso de un parto prematuro. En este caso, sería difícil cumplir con las condiciones de intimidad reflejadas en el plan de parto, dado que, en el momento del nacimiento, deben estar presentes no sólo la matrona, sino también el ginecólogo y los pediatras que van a atender al bebé.

Gracias a la implicación de las mujeres y matronas con las que he compartido el desarrollo de este proyecto, y a su feedback, he logrado un punto de vista más cercano y fiel a la realidad que nos encontramos.

8 Limitaciones.

A pesar de la realización de esta formación, nos podemos encontrar diversas barreras, como por ejemplo sería la falta de colaboración de los profesionales sanitarios, las dificultades de aplicación de los conocimientos aprendidos por parte de las mujeres embarazadas, la forma de afrontar los imprevistos de las mismas, etc.

9 Conclusión.

Del dicho “el que no sabe es como el que no ve” podemos hacer un símil hacia el tema que estamos tratando. Hay razones fundadas para considerar que la violencia obstétrica puede pasar desapercibida para mujeres desinformadas, que, por este motivo, no son capaces de prevenir o reconocer cuándo están siendo víctimas de la misma. Debemos darnos cuenta de su gravedad y repercusión para la salud física y psíquica de la persona que la sufre y la sociedad en su conjunto. Es por ello que este programa pretende dar herramientas básicas para la prevención y el reconocimiento de dichas situaciones, dándole la posibilidad a la mujer de tomar decisiones de forma autónoma y deliberada.

La realidad de que haya aparecido un concepto como el de “violencia obstétrica”, y se hayan aprobado leyes específicas para minimizar el impacto de la medicalización de los cuerpos de mujeres y bebés en el momento del parto, nos lleva a averiguar cuáles son las causas y soluciones posibles hacia este tema.

Lo que pretendemos es lograr una mayor humanización en el proceso del parto, pero sin que ello conlleve el rechazo a la tecnificación en la asistencia, ya que esta pretende conseguir buenos resultados obstétricos. Para ello, se deben considerar los principios éticos a la hora de evitar los riesgos inherentes a este proceso, pero conservando la máxima autonomía por parte de la embarazada durante todo el proceso.

10 Referencias bibliográficas.

Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18, pp. 113-128.

Belli, L. F. (2013). La Violencia Obstétrica: Otra Forma de Violación a Los Derechos Humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* pp. 25–34.

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18, pp. 93-111.

National Health System NHS; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: Madrid, Spain, 2012.

Jefatura del Estado. Ley 6/2003, de 28 mayo de 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; Boletín Oficial del Estado: Madrid, Spain, 2003.

Berardi, J.C.; Richard, A.; Djanhan, Y.; Papiernik, E. Decentralization of maternity care. *WorldHealthForum* 1989, 10, 322–326.

Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: Vitoria-Gasteiz, España, 2010.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á. Andreu-Pejó, L., y Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7726.

Goberna-Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *Musas*, 4 (2), pp.26-36.

Fernández Nieves Y. Preparación psicofísica de la embarazada como prevención de los trastornos del neurodesarrollo y las necesidades educativas especiales: una urgencia del siglo XXI. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 2006;7(2):75-90.

Lic. Arlene Vidal Martí. Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. ISSN:1727-897X. *Medisur* 2012; 10(1).

Borja Aburto, V.H. (2020). Guías de Práctica Clínica.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

Crawford, M. J.; Rutter, D., Manley, C.; Waver, T.; Bhui, K.; Fulop, N., et al. (2002). «Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care». *British Medical Journal*, 325, 1263- 1267.

Entwistle, V. A.; Renfrew, M. J.; Yearley, S. et al. (1998). «Lay Perspectives: Advantages for Health Research». *British Medical Journal*, 316, 463- 466.

Serrano-Aguilar, P.; Trujillo-Martín, M. M. y Ramos-Goñi, J. M., et al. (2009). «Patient Involvement in Health Research: A Contribution to A Systematic Review on the Effectiveness of Treatments for Degenerative Ataxias». *Social Science and Medicine*, 69 (6), 920-925.

Delgado Rodríguez, J. (2012). La autonomía relacional, un nuevo enfoque para la bioética. Trabajo fin de máster. Facultad de Filosofía. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Kim, Scott Y. H. (2013). «Autonomy and the relational self». *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, vol. 20, n. ° 2, pp. 183-185.

Boladeras Cucurela, M. (2017). Bioética de la atención al parto y nacimiento. Maternidad responsable: autonomía personal y reconocimiento de deberes. En *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 59-82). Edicions de la Universitat de Barcelona.

Gómez Roig, M.D. (2017). La atención sanitaria al parto y nacimiento: propuestas y cambio. En *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 113-125). Edicions de la Universitat de Barcelona.

Busquets Surribas, M. (2017). La autonomía relacional. En *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 83-90). Edicions de la Universitat de Barcelona.

Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021. Sep; 34 (5):e526-e536.

Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principios de ética biomédica*. 4th. Ed. Barcelona: MASSON; 1999.

Manrique Tejedor, J., Isabel Fernández Cuesta, A., et al. (2015). Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *Ágora de enfermería*, ISSN 1575-7668, Vol. 19, Nº. 2. (pp. 80-82).

11 ANEXO I

Cuestionario.

Identificación bioética de violencia obstétrica por parte de mujeres embarazadas y profesionales que atienden el parto.

La participación en este estudio es confidencial, por lo que este formulario se realiza de manera totalmente anónima y voluntaria. Es por esto que se ruega la máxima sinceridad e implicación posibles con el objetivo de obtener los resultados más próximos a la realidad.

El tratamiento de datos se realiza respetando la ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales), que garantiza la total confidencialidad de la información y su no utilización para fines ajenos a este estudio.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación o supresión enviando un correo electrónico a mdguezcub@gmail.com.

Gracias por su participación.

¿Da su consentimiento para participar en este estudio?

Sí

No

1. ¿Cuál es su categoría de participación en este estudio?

Mujer embarazada

Profesional

2. ¿Considera que la bioética puede tener una influencia positiva sobre el parto?

Si

No

3. ¿Cree que la práctica de episiotomía puede afectar al derecho a la integridad personal?

Sí

No

4. ¿Considera ético que, a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, durante el trabajo activo de parto, se les debe restringir la ingesta de líquidos (agua, zumos o bebidas isotónicas) y sólidos de manera injustificada?

Sí

No

5. **¿Cree que es ético que se intervengan los partos para disminuir su duración?**
Sí
No
6. **¿Cree que se está violando el principio de autonomía al no posibilitar libertad de movimiento durante el trabajo de parto?**
Sí
No
7. **¿Cree que se está procurando el principio de beneficencia a la hora de realizar tantos tactos vaginales como el profesional considere oportunos, y por todos los profesionales que estén presentes?**
Sí
No
8. **¿Considera que es importante la comunicación en la relación profesional-paciente a la hora de la toma de decisiones?**
Sí
No
9. **¿Considera que la mujer debe elegir, libremente y de forma deliberada, la postura para el expulsivo en condiciones normales?**
Sí
No
10. **¿Considera que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada?**
Sí
No
11. **¿Entiende que el plan de parto es algo fundamental o cree que podría prescindir de él? Fundamente su respuesta.**
12. **¿Cree que la mujer tiene derecho a ser acompañada por una matrona durante todo el proceso de parto?**
Sí
No
13. **¿Cree que la mujer es libre de tomar sus propias decisiones de forma deliberada durante todo el proceso del parto?**
Sí
No

14. ¿Cree usted que sería capaz de reconocer una situación de violencia obstétrica?

Sí

No