VIOLENCIA OBSTÉTRICA. DESDE EL OTRO LADO.Y NO SOLO

Cuando la sociedad civil por una parte, y los y las profesionales interesados en los derechos reproductivos de las mujeres por otra, hablamos de violencia obstétrica, solemos hacerlo para evidenciar su existencia ante personas o grupos que la cuestionan o la niegan. Y tenemos que empezar por su definición, y por los múltiples elementos y situaciones en las que dicha violencia se ejerce de modo estructural.

Pero hablando entre quienes no tenemos dudas de su existencia ¿Qué podemos aportar las personas que por nuestro perfil personal o profesional tenemos otros conocimientos sobre la violencia obstétrica? Quizá tengamos un plus de responsabilidad y de oportunidad para profundizar y formar en el tema. Partiendo de entrada de lo fundamental: que se trata de una forma de violencia institucional por parte del personal de salud, dentro o fuera del hospital; y que se expresa en conductas que, por acción u omisión faltan al reconocimiento del papel central de la mujer en el embarazo y el parto. Como sujeto de decisión a respetar. Tratos deshumanizados, medicaciones o intervenciones innecesarias…o cuando lo son, implementarlas sin informar y consultar a la mujer y respetando su decisión final.

Sin abundar en lo anterior ¿Qué podría aportar yo en mi condición de ginecólogo con mi trayectoria de atender a miles de mujeres desde hace 40 años e intentando (muy probablemente sin muchas veces conseguirlo) hacerlo de modo respetuoso y primando la mínima intervención posible? Por un lado, la experiencia, la observación, los conocimientos de ese largo periodo en el interior de un gran hospital terciario. También, en atención primaria partiendo de los primeros Centros de Orientación Familiar. Pero también, y como complemento, los conocimientos de años de estudio en la singularidad biológica del parto humano, muy distinto, por desgracia, del parto de todas las hembra mamíferas, incluidas las primates. Pero ese bagaje profesional no puedo separarlo de mi otra la visión exterior: como ciudadano implicado en movimientos sociales por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cerca de la perspectiva de género, adquirida en las asociaciones en las que desde hace años trabajo y de modo determinante por la influencia de la militancia feminista de las mujeres de mi casa.

Desde nuestra posición compartida de profesionales y sociedad civil, tendríamos el compromiso de ayudar a enfocar, a profundizar en algunos aspectos de este tipo de violencia. Huir de las generalizaciones, escribir con trazo fino, aunque a la vez enérgico, sobre la violencia obstétrica para avanzar significativamente en el objetivo final de erradicarla. Yo me marcaría como objetivos:

1. ASUMIENDO LO QUE ES VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DISTINGUIRLA LO QUE NO LO ES.
2. CUANTIFICARLA Y UBICARLA
3. INVESTIGAR CON RIGOR
4. DENUNCIAR CON PRECISION DONDE, COMO, CUANDO.
5. COMPARTIR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS PECULIARIDADES UNICAS DEL PARTO HUMANO
6. ANALIZAR LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL EMBARAZO Y PARTO “ROMANTICOS” COMO GENERADORES DE EXPECTATIVAS IRREALES Y DE SUFRIMIENTO CONSECUENTE
7. FOMENTAR LA COMUNICACIÓN SOBRE LAS PERSONAS Y ENTIDADES IMPLICADAS
8. DEFINIR QUE ES (Y QUE NO ES) LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Las definiciones no son unánimes. Ya hemos compartido alguna: *Cualquier conducta, por acción u omisión, que realizada por personal de la salud afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, como el trato deshumanizado, la medicalización injustificada y la patologización de procesos que son naturales.*

* Y compartido esto, no está de más compartir lo que no es, y que con frecuencia se confunde en los medios de comunicación y en la visión de algunas protagonistas que han tenido experiencias muy negativas y a veces dramáticas durante su embarazo y su parto…pero que no constituirían violencia obstétrica. Que no es:
* La estricta mala praxis de los sanitarios, reprobable y condenable por otras vías.
* Los malos resultados para la madre o la criatura. A veces inevitables, aun haciéndolo todo bien. Los y las profesionales pueden y deben garantizar buenos cuidados, pero no buenas experiencias y buenos resultados.
* Las intervenciones tocúrgicas, a veces llamativas y mal explicadas y comprendidas. Cesárea, instrumentación del parto (incluido el fórceps), episiotomías, posibles lesiones fetales derivadas algunas veces de algunas intervenciones (en distocia de hombros, cesáreas, versiones externas, partos de nalgas); partos muy largos y dolorosos (si fracasan las herramientas analgésicas); efectos secundarios inevitables de fármacos….cuyos efectos beneficiosos parezcan superiores y siempre que sean aceptados por las mujeres en el balance daño/beneficio. Todo lo anterior, y bien lo saben las mujeres en los entornos en que no lo tienen disponible, pueden suponer simplemente la diferencia entre la salud o la vida de la criatura o la madre.

1. CUANTIFICAR Y UBICAR

Posiblemente no sea la mejor herramienta la generalización. En España hay 508 maternidades, 278 de ellas públicas. Podemos y debemos avanzar en situar donde y en qué medida se ejerce la violencia obstétrica. Y en que prácticas concretas. El “café para todos” puede ser más fácil, pero menos efectivo…y menos justo, además de generar sufrimiento innecesario en mujeres que pueden esperar agresiones en su parto…que nunca se producirán en la maternidad a la que acudan. Episiotomías sistemáticas (termino mencionado por la OMS) no se realizan desde hace más de 30 años, aunque en muchos centros se hagan en un porcentaje injustificable. Ayuno durante el parto, rasurado, enema, bloqueo injustificado del contacto piel con piel, practicas frecuentes hace una década, hoy son inexistentes en casi todos nuestros hospitales. Insistir en ellas de un modo general, reitero, serviría paradójicamente para generar inquietud y sufrimiento innecesario en muchas mujeres por un mal que no se va a producir. Hay otros elementos desgraciadamente frecuentes en los que merecería la pena centrar nuestros esfuerzos, con criterios rigurosos. Haciéndose en muchos centros excesivas cesáreas, dejemos de repetir genéricamente que “la OMS recomienda no hacer más de 15 % de cesáreas”. Lo sugirió, analizando solamente la mortalidad y no la morbilidad maternofetal europeas en Fortaleza (Brasil) hace 35 años, en el ya lejano 1985. Merece leerse con atención su más reciente documento de Ginebra de 2014, en el que, insistiendo que se hacen demasiadas cesáreas (en algunos lugares, ¡más del 60 % de los partos!), el objetivo no tan solo reducirlas ni alcanzar una tasa determinada, sino garantizar que se hacen a todas las mujeres que la precisan, e investigar en que situaciones se hacen de más. Para ello reclama como elemento fundamental que todos los centros clasifiquen a sus cesáreas en los 10 grupos Robson para poder comparar y detectar las situaciones que requieren intervención. Esa exigencia de que los hospitales clasifiquen sus cesáreas, y en base a ella publicar sus datos, está llamativamente ausente de las reclamaciones de la sociedad.

Hay que detectar y denunciar deficiencias y violencias. Precisando donde y cuanto se producen. Pero también puede debiéramos explicitar y explicar los avances muy llamativos en algunos campos. En menos de 10 años casi se ha reducido a la mitad la práctica de la episiotomía. El simple termino contacto “piel con piel” nos era prácticamente desconocido hace muy pocos años, y en la actualidad se lleva a la practica en la mayoría de nuestros centros públicos, y aun privados. La presentación a las mujeres de cada persona que las atiende, el consultarle sus preferencias, hace muy poco eran una rareza, y algo tan básico afortunadamente se está generalizando. Mucho más recientemente, pero con rapidez, aparece tímidamente el interés, especialmente entre las nuevas generaciones de matronas y ginecólogos, por formarse en la detección y erradicación de la violencia obstétrica.

1. INVESTIGAR CON RIGOR.

Las mujeres lo merecen. En cualquier otra situación de salud no aceptaríamos como fuente de conocimiento métodos como estudiar un caso de 1000 o de 100.000 y pretender sacar de lo encontrado categorías generalizables. Menos aun seleccionar con criterios reconocidamente subjetivos a ese pequeñísimo grupo. Esto lo vemos en estudios y tesis doctorales con pretensión de herramienta para estudiar la violencia obstétrica. Asumiendo sin crítica que entre ese mínimo y sesgado número de personas se mezclan casos terribles de violencia obstétrica con situaciones de vivencias de embarazos o partos difíciles, penosos o con malos resultados maternofetales…pero que nada tienen que ver con la violencia obstétrica que pretendemos estudiar.

Hay múltiples herramientas de calidad sociológica validada, que nos serán útiles para el objetivo de cuantificar, analizar y ubicar. Encuestas de satisfacción que detecten las prácticas violentas, que ya se están utilizando en algunos hospitales periódicamente, en un número significativo de mujeres que hayan terminado su proceso de embarazo, parto y puerperio. Podemos y debemos pedir a los responsables sanitarios la implementación de estas y otras herramientas para valorar la calidad y calidez de la atención prestada, al igual que podemos exigir, como ocurre en algunos otros lugares, que se publiquen los resultados de indicadores obstétricos y de satisfacción de las mujeres.

1. Con todo lo anterior, DENUNCIAR SISTEMATICAMENTE DONDE Y COMO, se ejerce la violencia obstétrica, diseñando prácticas y sinergias para erradicarla. Centrando la intervención en centros y situaciones concretas, interpelando a sus responsables y a sus administraciones, como herramienta para el cambio.
2. COMPARTIR CONOCIMIENTOS REALISTAS SOBRE LA DESGRACIADA ESPECIFICIDAD DEL PARTO HUMANO.

Merece la pena compartir la peculiaridad única del parto humano. Completa y desgraciadamente distinto al de cualquier otra especie. Nada que no sepa la humanidad desde la prehistoria hasta hoy.

Como explica el gran antropólogo Juan Luis Arsuaga “*Somos cabezones. Esto provoca el parto más complicado de todos los mamíferos: la extraña, dolorosa, incomoda y excepcional manera que tenemos los humanos de llegar al mundo*”. El parto como acto fisiológico, si, pero cuya peculiaridad y riesgos llevo desde la noche de los tiempos a buscar ayuda especializada. En muchas sociedades, antes que los médicos surgieron las comadronas, para evitar lo que sabían entonces y hoy sabemos: que sin ella, y con frecuencia nada excepcional, es un acto fisiológico que mata, a veces de dos en dos. Es llamativo el aprendizaje milenario: en todas las especies, y en concreto en las primates, las hembras buscan la soledad, el aislamiento para parir. Menos la mujer, que en todas las culturas busca la compañía, la ayuda. Las primates, si iniciada la salida de la criatura esta no progresa, pueden ayudarse a sí mismas tirando hacia si del feto. En la especie humana, con el occipucio fetal hacia arriba, esta autoayuda, cuando hay dificultades, sería letal para la criatura. Esa ayuda externa y especializada que con frecuencia se necesita es lo que hoy constituye el núcleo de lo que evita las muertes que origina ese proceso fisiológico: el parto seguro.

El día de hoy han muerto en el mundo 870 mujeres por su embarazo y parto. Al año, más de 300.000. La segunda o tercera causa de muerte en el mundo entre las mujeres en edad fértil. La mayoría, muertes evitables. En parte, por dejarlas parir solas, o acompañadas por personas sin formación, sin la asistencia profesional del enfermero, médica, matrona o ginecólogo. Eso, afortunadamente no ocurre entre nosotros. Cuando escuchamos y leemos relatos insistiendo en el parto como proceso fisiológico, asimilándolo a los de comer, defecar, dormir o tener relaciones sexuales solo podemos entenderlos como relatos desde el desconocimiento….sobre lo que la humanidad sabe desde hace miles de años. *“Vemos esta circunstancia desde el pensamiento positivo de que la naturaleza es sabia y confiamos en la capacidad de la madre para parir cuando le toque y la del bebé para nacer cuando es su momento”.* No solo es desconocimiento. Yo diría que falta de respeto a esas 300.000 mujeres que mueren por su embarazo o parto o esos millones de criaturas que nacen prematuras con enorme sufrimiento para ellas y sus familias. Los cuerpos de esas mujeres, esos bebés ¿no eran sabios? ¿Esos bebés eran estúpidos, o sabiendo cuando nacer, lo hacían a destiempo? La naturaleza, el cuerpo, las células son sabios…. hasta que, con mucha frecuencia, son crueles y mortíferos.

1. LA CONSTRUCCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO “ROMANTICOS” COMO GENERADORES DE EXPECTATIVAS IRREALES

Los movimientos feministas nos han ayudado a la deconstrucción del relato del “amor romántico”, irreal, como fuente de sufrimiento y de frustración. Sin estar muy seguro de que el símil sea muy adecuado, creo que la sociedad actual hace relatos “románticos” de muchas otras situaciones. Vidas sin problemas, sin dolor, con desarrollo y final feliz. Si en algún caso no fuera así, la ayuda externa (en este caso, de los sistemas sanitarios), nos aseguraran que nuestros problemas tienen siempre la solución. Pocos embarazos, gratificantes, perfectos; partos perfectos y felices, con el resultado de una criatura perfecta.

Pero al menos en uno de cada 5 embarazos o más, la realidad no será, no es así. E ignorarlo generará expectativas irreales y dolor por no cumplirse.

En otros entornos, la criatura o la madre enfermaran o morirán. Afortunadamente en nuestro entorno, dentro o fuera del hospital eso no ocurrirá. A pesar de que también en nuestro medio desgraciadamente circunstancias sociales nos alejan de la situación de la mujer gestante como joven y sana. En muy pocos años, la edad media de las madres españolas ha pasado de 30 a 35 años. Paren más mujeres de más de 40 años que de menos de 25. Y esto supone más diabetes, más preeclampsia, más distocias durante el parto, más abortos espontáneos y más prematuridades. Los embarazos gemelares, por definición de riesgo, con su resultado de prematuridad, se han triplicado en pocos años, fruto de las técnicas de reproducción asistida y de la edad de las madres. En España, en la actualidad hasta el 7% de las gestaciones son fruto de esas técnicas: la tasa más alta de Europa. Aquí, y con los mejores y respetuosos cuidados, de cada 500 mujeres 70 parirán por cesárea; 20 o 30 tendrán un parto instrumental, en esas cifras, bien indicado; 15 tendrán una hemorragia postparto y 20 una preeclampsia (las dos primeras causas de muertes maternas); 20 tendrán un embarazo múltiple y 25 un parto prematuro; a 5 se les desprenderá prematuramente la placenta y 2, con embarazos normales, acudirán inesperadamente a urgencias la más devastadora situación: la muerte del bebé intrautero. Una criatura nacería síndrome de Down si a veces, y no siempre lo diagnóstica un diagnostico prenatal y lo evita la elección de una interrupción del embarazo. Insomnio, varices dolorosas, dolores de espalda o abdomen, nauseas y vómitos que a veces se extienden por meses. La vida, el embarazo mismo. Nada que no sepamos desde hace miles de años. ¿Mucho riesgo, poco riesgo, insistencia o ignorancia del riesgo? Depende de la percepción personal y social del riesgo, nada excepcional, que supone el embarazo. ¿Esta visión realista embarazo y el parto, de sus complicaciones y resultados la comparten, lo asumen la sociedad, las mujeres o sus familias? Con frecuencia no encaja a la visión “romántica”, con cuanto el romanticismo tiene de irreal. Con el doloroso colofón de lo que con frecuencia escuchamos decir a las mujeres: “no era lo que me esperaba”, o aún peor: “no he sido capaz de parir a mi hijo”

1. COMUNICAR. Favorecer la comunicación constructiva entre mujeres, sociedad, centros sanitarios y profesionales será una herramienta fundamental para la mejora, para el avance en la erradicación de la violencia obstétrica. Favoreciendo, como expresaba una reunión de las partes implicadas en el Ministerio de Sanidad, la creación de “regazos, no de corazas”. Posiblemente en esa línea estamos cuantos compartimos objetivos.

**En resumen:**

¿Violencia obstétrica? Sin duda: frecuente, estructural y en muchos ámbitos. Percibida, y a veces no percibida por las mujeres y por las profesionales. Violencia oculta, no detectada sin una atenta observación y cuidadoso análisis. Y además, quienes por interés o profesión tenemos conocimientos específicos sobre el proceso del embarazo y el parto, tenemos también una responsabilidad específica, añadida, para disminuir y erradicar esa violencia. Un plus de obligación para buscarla, describirla y denunciarla con trazos enérgicos pero finos y precisos. Acercarnos también con esos conocimientos, y desde todos los ángulos, a la especificidad del embarazo y parto humanos y a su atención segura y respetuosa hacia sus protagonistas: las madres. Avanzar, con esos trazos finos, en DEFINIR, CUANTIFICAR, UBICAR, DENUNCIAR, COMPARTIR vivencias y competencias. Favoreciendo la COMUNICACIÓN entre las protagonistas…y todas las partes implicadas. Creando “regazos, no corazas”.

Se lo debemos a las mujeres.

Miguel Reyero. Ginecologo