

# La humanización del parto es una obligación legal

**Trabajo de investigación realizado por Francisca Fernández Guillén. Lda. en Derecho. Miembro de la asociación «El Parto es Nuestro».** Ponencia para el I Congreso "El mundo de la maternidad", organizado por la editorial Ob Stare.Barcelona, 21 de octubre de 2005.

En esta ponencia nos muestra las bases legales en cuanto a la toma de decisiones en el ejercicio de la profesión de matrona, el derecho a la información y a la libre elección por parte de la gestante, padre y recién nacido.

## La humanización del parto es una obligación legal

Represento a la asociación de usuarias y profesionales de servicios de salud materno infantil «El Parto es Nuestro», nacida hace tres años del foro "apoyocesáreas" en el que prestábamos apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos. Las mujeres nos enviaron sus testimonios, y en la mayoría de ellos denunciaban que se les había robado todo protagonismo y poder de decisión, privado de información sobre el desarrollo del parto, engañado respecto a las intervenciones a las que eran sometidas, que les habían practicado cesáreas innecesarias o que las habían separado de sus bebés. En este tiempo hemos desarrollado una red de mujeres y profesionales, accedido a los medios de comunicación, y creado una web en la que disponen de material audiovisual, estudios y artículos de actualidad traducidos por nosotras de revistas científicas e información legal.

Soy madre de tres hijos. Mi primera hija nació en un hospital público español en donde se pisotearon todos mis derechos y los de mi hija. Esa experiencia me revolvió como mujer y como jurista y me impulsó a lanzarme sobre mis viejos libros y ver qué había ocurrido para que las españolas del siglo XXI nos viésemos privadas en un momento así de nuestras vidas de derechos y libertades básicos. Esos derechos están reconocidos en leyes que van desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta la reciente Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante *LB RAP*) [1](#).

Algunos de ustedes pensarán que la humanización de la atención al parto es un ideal admirable, y como buenos utópicos soñadores se habrán atrevido a cometer pequeños o grandes «actos de rebeldía» en su quehacer laboral, probablemente creyendo que se salían del tiesto, que al perseguir ese ideal iban contra toda norma.

En el lado opuesto, los ginecólogos que realizan cesáreas innecesarias lo hacen convencidos de que ello les evitará demandas. Así mismo, las comadronas que acatan las órdenes médicas aunque tengan el íntimo convencimiento de que se trata de intervenciones innecesarias, molestas o peligrosas para las mujeres y los niños me han asegurado que están obligadas legalmente a seguir las instrucciones del ginecólogo porque, aseguran, ellos son «los responsables». Ambos colectivos aplican los protocolos médicos creyendo y haciendo creer a las mujeres que ellas están obligadas a aceptarlos. Es decir, que aquí nadie actúa sino en cumplimiento de la legalidad. ¿Es nuestro

derecho sanitario realmente culpable del modelo de atención al parto que tenemos? Mi charla tiene como objetivo desacreditar este punto de vista y demostrar que, con la ley en la mano, la humanización de la atención al parto no solo no es una utopía sino un imperativo legal. También me gustaría rebatir el consabido argumento de que realizar muchas cesáreas ahorra demandas.

En el año 2003 aparecieron dos leyes muy importantes que regulan el ejercicio de las profesiones sanitarias, las relaciones con los usuarios y las relaciones entre los propios profesionales: la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (en adelante, **LOPS**) y el Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (en adelante, el **Estatuto Marco**). Veremos cómo afecta esta normativa al trabajo de las comadronas y los ginecólogos.

### El deber de informar

Esta obligación está reconocida en todos los textos que he mencionado antes. Tomemos como ejemplo el artículo 4 de la LBRAP, titulado «Derecho a la información asistencial»:

*1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de **cualquier actuación** en el ámbito de su salud, **toda la información disponible** sobre la misma [...] La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la **finalidad y la naturaleza** de cada intervención, sus **riesgos** y sus **consecuencias**.*

*2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será **verdadera**, se comunicará al paciente de forma **comprensible** y **adecuada a sus necesidades** y **le ayudará a tomar decisiones** de acuerdo con su propia y libre voluntad*

### ¿Quiénes están obligados a informar?

La LBRAP dice que debe informar «Todo profesional que interviene en la actividad asistencial», que está obligado «no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente». El párrafo 3 del artículo anterior dice que

*El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

Una técnica o procedimiento es, por ejemplo, realizar una episiotomía, administrar oxitocina sintética, romper la bolsa amniótica o usar fórceps.

La Sala de lo Civil del Tribunal Supremo dictó una sentencia en la que se condenaba a un pediatra con motivo de una negligencia en la prescripción de un fármaco. La secuela final resultante consistió en una marcha de puntas con pie derecho. La Audiencia Provincial condenó al pediatra y a los enfermeros que pusieron las inyecciones a

pagar solidariamente a la familia de la paciente una indemnización de 8.000.000 de pesetas.

Esta sentencia establece la corresponsabilidad de todos los agentes: laboratorios, administraciones sanitarias, médicos y otros profesionales sanitarios respecto de la información terapéutica, de acuerdo a su parcela de actividad.

### ***Carga de la prueba***

Probar que se prestó información suficiente y que el paciente consintió un procedimiento recae en los asistentes, ya que nadie está obligado a probar un hecho negativo, es decir, que los profesionales no le informaron, lo que desplaza la carga de la prueba.

### **Lex artis**

Informar al usuario y obtener su consentimiento no es un mero trámite o requisito administrativo, ni siquiera ético, sino que es considerado por la jurisprudencia como parte de la lex artis. Así, la simple ausencia de consentimiento informado en casos graves es en sí un daño moral indemnizable con absoluta independencia de la actuación sanitaria.

### **La toma de decisiones: el consentimiento informado**

El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo.

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica** ( en adelante, **LBRAP** ) dice que:

*2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*

*3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

### **Derecho a elegir entre las alternativas disponibles**

Como muy bien dice la escritora norteamericana **Henci Goer** , en realidad esta figura no debería llamarse «consentimiento informado», pues parece que lo único que puede hacer el usuario es consentir, cuando bien podríamos hablar también de «rechazo informado».

El mismo artículo de la LBRAP dice que

*4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*

Cuando un paciente se niega a aceptar una intervención y siempre que existan alternativas, el médico está obligado a tratar al paciente. Así, dice el artículo 21 de la LBRAP:

*... el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.*

El derecho a elegir el tipo de atención que desean las mujeres puede plasmarse en un documento conocido como «Plan de Parto», que se presenta al hospital con antelación para su incorporación al historial médico. Esta forma de expresión de la voluntad es perfectamente legítima en nuestro Derecho, aunque no hay ningún tipo de formalismo jurídico y la mujer puede cambiar de opinión en cualquier momento y revocar o confirmar su consentimiento comunicándolo verbalmente a los asistentes.

En nuestra web [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org) hemos colgado algunos ejemplos de planes de parto que pueden descargarse libremente.

Derecho a la intimidad

Presencia de estudiantes en el paritorio

**La presencia de estudiantes durante el parto sin el consentimiento expreso y por escrito de la mujer vulnera los derechos a la intimidad, la dignidad y la autonomía del paciente consagrados constitucionalmente. La necesidad de advertir al paciente y pedir su consentimiento está claramente recogida en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (en adelante LGS), que dice en su artículo 10:**

*Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:*

*4. A ser **advertido** de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un **proyecto docente** o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.*

La Constitución española incluye el derecho a la libertad y la intimidad personal entre los derechos fundamentales. Así, el artículo 18 dice que «se garantiza el derecho al honor y a la intimidad personal».

Asimismo, el artículo 2 de la LBRAP dice que:

*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica».*

Y es que el principio de la dignidad humana consiste en que cada ser humano es un fin en sí mismo, y nadie debe ser utilizado como instrumento para los fines de otra persona o de un estado, por muy loables que puedan parecer esos objetivos.

### **Derecho a la presencia de un acompañante**

Aunque la presencia de un acompañante durante la dilatación y el parto no figura en la carta de derechos de los pacientes, la OMS contempla esta posibilidad en aras del bienestar psicológico de la madre, como fue reconocido en la Conferencia de Pekín.

En algunas Comunidades Autónomas, los decretos sobre derechos y obligaciones de los pacientes ya contemplan «como derecho específico de la mujer, el estar acompañada por la persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante el parto y en el periodo inmediatamente posterior al mismo».

Se cita en alguno de los decretos que «se excluye la presencia en los casos de especial riesgo, en los que el criterio del personal médico prevalecerá sobre la voluntad de la madre». Lógicamente, no estamos de acuerdo con este tipo de disposiciones, en primer lugar porque dudamos de que la presencia de un acompañante pueda suponer un riesgo para la mujer, segundo porque, precisamente cuando la mujer se enfrenta a una intervención como una cesárea o el uso de fórceps es cuando más necesita del apoyo emocional del marido, y en tercer lugar, aun suponiendo que la presencia de un acompañante supusiera riesgos, la mujer tiene derecho a asumirlos si lo desea. Las prohibiciones paternalistas son machistas y por ello detestables.

Otro poder-deber olvidado: la patria potestad y los derechos del niño hospitalizado

Es una queja común de los usuarios: la falta de poder de decisión de los padres respecto a los niños

Algunos padres lamentan no haber podido decidir sobre la salud y el bienestar de sus hijos durante su estancia en el hospital, habiendo sido sustituidos por el personal médico en la toma de decisiones. Así, se sintieron usurpados cuando otros decidieron si sus bebés tomarían el pecho de su madre o biberones de suero glucosado, o permanecerían en el nido tras el parto porque la madre «necesitaba descansar» (descanso obligatorio). Ello por no hablar de ingresos para observación gratuitos en los que el niño no era observado por nadie. La patria potestad corresponde a los padres, y comprende el derecho y la obligación de velar por los hijos. Los padres ostentan la representación legal de los hijos menores de edad y son las únicas personas autorizadas a tomar decisiones por ellos.

La mujer que da a luz tiene la doble dimensión de usuaria directa y representante legal del recién nacido. La madre es cotitular, junto con el padre, de la patria potestad sobre el hijo. Pero tampoco en esta dimensión de mujer-madre es respetada, pues ni se le informa de las consecuencias que para el bebé pueden tener determinadas intervenciones, ni se le pide permiso para administrar vacunas o dar biberones a los menores. La queja más común de las mujeres que acudieron a nosotras fue la separación impuesta de los recién nacidos, que eran llevados al nido para que la madre descansara «obligatoriamente» o alejados de la madre durante horas y horas a costa de la realización de pruebas u observación rutinarias que en otros países se realizan en la

misma habitación en la que se encuentra la madre. La misma imposición resulta cuando los padres no pueden optar por el método canguro en el caso de prematuros.

En 1986 el parlamento europeo redactó la Carta de los derechos del niño, en la que se establece su derecho a permanecer acompañados por sus padres el máximo tiempo posible y el derecho de los padres a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

### **El papel del médico y el de la comadrona**

A lo mejor han vivido ustedes una situación como ésta: una comadrona tiene un criterio de actuación distinto al del ginecólogo, o bien le transmite un deseo de la mujer que contraría igualmente al médico. Entonces él o ella pretenden atajar la cuestión con una frase del tipo: «se va a hacer esto porque yo soy el responsable». Esto es falso por dos motivos:

Primero, porque responsable sólo es aquél que paga las consecuencias de sus actos, y desafortunadamente los únicos que van a pagar las consecuencias de los actos del médico serán la madre y el bebé. ¿O han visto ustedes alguna vez que un ginecólogo, cuando ha habido sufrimiento fetal o muerte o se han lesionado los genitales de la mujer se dirija a ella y le diga «lo siento, ha sido culpa mía, me he equivocado, estoy dispuesto a indemnizarla y acompañarla en su dolor de hoy en adelante». Más bien ocurrirá que, de repente, todo ha sido culpa de la mujer o el bebé y finalmente ellos se convierten en los únicos «responsables». ¿No es paradójico? Quien no ha podido decidir nada es responsable de todo. Es por esto que el papel de los asistentes al parto no es el de decidir sino el de proponer;

En segundo lugar, es falso que los médicos sean los responsables porque probablemente todos los intervinientes sean co-demandados.

Así que en realidad tanto comadronas como ginecólogos responden ante la mujer y la familia.

Esto me sirve para introducir la cuestión de las relaciones interprofesionales y el papel de la comadrona a la luz de la nueva legislación sobre ordenación de las profesiones sanitarias.

Con la nueva ley desaparece la clásica división entre personal facultativo y no facultativo, reconociéndose a los diplomados sanitarios autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. La delimitación de funciones no queda clara, sin embargo, porque la ley se limita a establecer las bases para que se produzcan pactos entre profesionales con la intención de que «la praxis cotidiana evolucione de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente». En nuestro derecho, podemos encontrar la definición de las funciones de la matrona en la **Directiva 80/155/CE de 21 de enero de 1980, incorporado a la legislación española pro Real Decreto de 28 de junio de 1991**

El artículo 9.3 de la LOPS, dedicado a las relaciones interprofesionales, permite recurrir al principio de actuación jerarquizada o en su caso colegiada cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales. Para el establecimiento de la

jerarquía se atenderá a los criterios de conocimientos, competencia y, en su caso, titulación. La redacción de este apartado es tan abierta que algunos podrían intentar aplicar el principio de jerarquía basándose en el criterio de la titulación (licenciatura para médicos y diplomatura para comadronas). Yo opino que esto último no es lo que quería el legislador al hacer que el criterio jerárquico figure en último lugar, por detrás de los principios de conocimiento y competencia. En mi opinión, el principio de jerarquía es residual y no es aplicable cuando el ámbito de competencia de médicos y comadronas está bien diferenciado. Y resulta que la formación y competencias de la comadrona están definidas con claridad en la normativa europea.

Según la **Directiva 80/155/CE de 21 de enero de 1980**, incorporada a la legislación española por Real Decreto de 28 de junio de 1991, es propio de las matronas:

5. asistir a la parturienta durante el desarrollo del trabajo y vigilar el estado del feto in útero por los medios clínicos y técnicos apropiados;
6. ayudar al parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, e incluso, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, ayudar al parto en caso de presentación de nalgas;
7. detectar en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico, y asistir a éste en caso de que intervenga; tomar las medidas de urgencia que sean necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida del reconocimiento uterino manual si fuera necesario;
8. reconocer al recién nacido y ocuparse del cuidado del mismo; tomar todas las iniciativas que sean precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;

Pienso que sólo puede exigirse a la comadrona que actúe subordinada al médico cuando un parto es patológico y ella pasa a ser una colaboradora, lo que también está entre sus funciones (pero insisto: ¡sólo en caso de embarazo o parto patológico!). En otro caso es una profesional autónoma.

Por otro lado, El artículo 4.7 c) de la LOPS exige la existencia de normas de funcionamiento interno escritas que deben contener las funciones específicas que corresponden a cada miembro del equipo asistencial. Estas normas podrían ser un buen instrumento para delimitar competencias entre médicos y comadronas. Si bien en muchos centros no existe esta delimitación de funciones, en la práctica existe el consenso más o menos general de que el parto normal es competencia de las comadronas y los ginecólogos-obstetras sólo intervienen cuando se dan complicaciones. Así pues, debe haber una delimitación funcional del trabajo y no una relación jerárquica, tal y como decíamos antes.

Muchas comadronas, sobre todo las más jóvenes o las que tienen un empleo más precario no son capaces de defender su ámbito de competencia. Pero como hemos explicado, el problema no es legal sino de otro orden.

En todo caso, incluso cuando opere el principio jerárquico, por ejemplo cuando una comadrona asiste a un ginecólogo en una cesárea, ésta tiene derecho a dejar constancia

escrita de su no conformidad, pues como dice la ley, si un profesional sanitario «hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales distintos de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito» (art. 8.5 de la LOPS). Y en cualquier caso, la desobediencia es obligada cuando las órdenes recibidas «constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general» (art. 17 g) del **Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud**, Ley 55/2003 de 16 de diciembre).

### **El valor de las normas deontológicas**

La nueva legislación las ha elevado al rango de ley (véase art. 19 del Estatuto Marco). Como me decía hace poco Roser Gallardo, una comadrona ejemplar en la defensa de la profesión, resulta chocante que algunas colegas se preocupen tanto por cumplir las órdenes médicas y no por cumplir las normas deontológicas. Dice la LOPS:

*Art. 4. 5 Los profesionales tendrán como guía de su actuación [...] el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas...*

Las obligaciones deontológicas de las comadronas están recogidas en un texto magnífico, el Código deontológico de la enfermería española, del que cabe destacar que:

deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente

no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

**no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.**

Así que éstas son las órdenes que han de cumplir las comadronas en primer lugar. ¿A que parecen pensadas para la humanización del parto?

Otro deber de los profesionales de la salud es **identificarse** por su nombre y categoría profesional ante los usuarios.

### **Valor de los protocolos**

Los protocolos médicos no obligan a los profesionales, que ejercen su actividad con «plena autonomía técnica y científica» (art. 4.7 de la LOPS). Dicho esto, el sistema jurídico les da el máximo valor al establecer como principio de actuación de los profesionales sanitarios que «se tenderá a la unificación de criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser

utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.»

Entiendo que los profesionales han de tener razones fundadas para desviarse de la práctica habitual y para su seguridad les conviene dejar constancia escrita de los motivos por los que se apartan del protocolo.

Pero lo más importante que quiero decirles sobre los protocolos es que **en ningún caso son obligatorios para los usuarios. Los usuarios son libres de aceptar o rechazar una práctica independientemente de si está o no en un protocolo.**

Los protocolos otorgan al profesional amparo a la hora de justificar su actuación, especialmente ante las reclamaciones de que puede ser objeto. Este apoyo será mayor si los protocolos utilizados se hallan avalados por las sociedades científicas de su especialidad. Sin embargo, y creo que esto es lo que ocurre en la mayoría de los casos, si un protocolo discrepa de los sostenido por la mayoría de la doctrina científica, considero que su aplicación resultará mucha más gravosa para el profesional si se genera algún daño por su aplicación .

### **Practicar muchas cesáreas ahorra demandas**

Todos hemos asumido sin rechistar que esto es cierto y que, aunque no está bien, es la cruda realidad. Yo pienso que esta estrategia es inmoral y contraproducente. Esta estrategia no da resultado. Como prueba de ello véase que el número de demandas en ginecología no para de crecer: un ginecólogo que inicie hoy su carrera será demandado al menos dos veces a lo largo de su vida profesional.

Las intervenciones innecesarias son peligrosas, y al realizarlas se aumenta considerablemente el número de resultados adversos, lo que a su vez hace aumentar el número de demandas. Sí es cierto que a veces los abogados no demandan por la realización de actos peligrosos como la inducción del parto, por ejemplo, sino por no haber evitado un resultado fatal mediante la realización de una cesárea. Ese bosque no ha de impedirnos ver que el verdadero motivo por el cual el profesional ha sido demandado es haber realizado una intervención peligrosa. No veo cómo podría condenarse a un equipo por no realizar un procedimiento rechazado por la usuaria después de recibir información veraz tendente a la toma de una decisión libre e informada.

La desconfianza, el escamoteo de información y el abuso de poder sólo pueden favorecer la presentación de más demandas cada día. Cuando los padres han sido debidamente informados y son ellos mismos quienes toman las decisiones son menos proclives a presentar demandas ante un resultado adverso que cuando las decisiones las tomaron exclusivamente otros en los que ellos habían depositado toda su confianza, pues se sienten traicionados.

¿Qué podemos hacer?

Todos tenemos una esfera, grande o pequeña, de poder. Usémosla. Para cambiar la atención al parto hay que empezar por respetar la dignidad, intimidad y protagonismo de

la mujer que da a luz. Son las mujeres las que han de tomar las decisiones respecto a su propia salud y su propio cuerpo, y son las madres y los padres quienes deben tomar las decisiones sobre la salud de sus hijos.

La nueva legislación obliga a establecer pactos interprofesionales, desarrollar normas de actuación consensuadas y actualizar protocolos «con la participación de aquéllos que los deben aplicar» (art. 4.7 b) de la LOPS). Ésta es una buena ocasión para intervenir a favor de la humanización de la atención.

Antes les hablé de la obligación legal de proteger los derechos de los usuarios. Esta obligación pueden y deben utilizarla como instrumento para limitar los abusos de poder y los intentos de arrebatarles competencias. Empecemos a facilitar información a las mujeres para que decidan libremente, preséntense siempre y pidan permiso para realizar exploraciones ¡Den ejemplo a los estudiantes que les acompañen!

¿Quiénes de ustedes trabajan en preparación al parto? La información que se facilite en estos cursos es fundamental para ayudar a la mujer a tomar decisiones. Ha de ser imparcial, veraz, suficiente y basada en la evidencia científica, comprendiendo todas las intervenciones habituales y excepcionales y sus alternativas, incluyendo las consecuencias de no hacer nada.

También podemos empezar por algo tan sencillo como cambiar el lenguaje. Por ejemplo, dejar de decir cosas como «a esta mujer la paro yo» o «a ésta párela tú» o «partear» a una mujer. Las mujeres somos sujetos, no objetos. Las mujeres parimos, no «nos paren». Hagamos alianzas de mujeres y profesionales. Hagáis lo que hagáis, contad con nosotros para todo lo que queráis y ¡a por ello, camaradas!

©Francisca Fernández Guillén. Lda. en Derecho. Miembro de la asociación «El Parto es Nuestro». Ponencia para el I Congreso "El mundo de la maternidad", organizado por la editorial Ob Stare. Barcelona, 21 de octubre de 2005.

Correspondencia: [francisca.fernandez@1webmail.net](mailto:francisca.fernandez@1webmail.net)

En realidad ni siquiera se aplican los protocolos. Si, por ejemplo, se aplicasen los protocolos de la SEGO para atención al parto estrictamente, muchas de las intervenciones rutinarias que ahora sufren las mujeres no se darían con tanta frecuencia. Éstos protocolos, con todo lo criticables que son, son menos malos que la práctica que en su nombre se hace.

1 La legislación sobre deberes y derechos en materia sanitaria abarca, entre otros, los siguientes textos:

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, del año 1948;
- DECLARACIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA, de 1994, de la Organización Mundial de la Salud;
- CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO RESPECTO DE LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA, del Consejo de Europa, el cual ha entrado en vigor en

el Reino de España el 1 de enero de 2000, vinculante para los países que lo suscriben. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas;

- LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. Destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual; y

- LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

- La LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS ordena expresamente a las CCAA que aborden «actuaciones para la humanización de la asistencia».

- Ley 44/2003 de ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

- Ley 55/2003 del ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- DIRECTIVA 80/155/CE DE 21 DE ENERO DE 1980, SOBRE LA COORDINACIÓN DE LAS DISPOSICIONES LEGALES, REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS RELATIVAS AL ACCESO A LAS ACTIVIDADES DE MATRONA O ASISTENTE OBSTÉTRICO Y AL EJERCICIO DE LAS MISMAS, incorporada a la legislación española pro Real Decreto de 28 de junio de 1991

- CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO de 13 de mayo de 1986 del Parlamento europeo

- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA