

# HUMANIZAR Y DIGNIFICAR LA ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

**Comitè de Bioètica de Catalunya**

Gener 2021



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

S/Sistema de  
Salut de Catalunya

**Dirección o Coordinación:**

**Comitè de Bioètica de Catalunya**

**Edita:**

Comitè de Bioètica de Catalunya.

**1 edición:**

Barcelona, enero 2021

**Asesoramiento lingüístico:**

Diseño de plantilla accesible 1.04:  
Oficina de Comunicación. Identidad Corporativa.

## Sumari

1	Introducción .....	4
2	Mejorar la atención .....	6
3	Los principios y valores en juego .....	8
4	El respeto a la autonomía en una sociedad multicultural.....	9
5	El respeto a la intimidad y a la privacidad .....	13
6	El marco normativo internacional .....	14
7	La necesidad de un trabajo conjunto de los ámbitos de atención obstétrica en Cataluña .....	15
8	El plan de parto y nacimiento como herramienta indispensable. La mejora del consentimiento informado.....	17
9	La mejora de la información y del trato .....	20
10	El rechazo al tratamiento .....	23
11	Cómo proteger la seguridad del feto y el bebé frente a los deseos de la madre.....	25
12	La contribución de los comités de ética asistencial y la mejora de la formación de los profesionales .....	27
13	Aprender a dar malas noticias y el duelo perinatal .....	28
14	La necesidad de una regulación más explícita de acuerdo con las recomendaciones y resoluciones internacionales. Su introducción en el razonamiento jurídico actual .....	29
15	Indicadores para medir los cambios en la calidad de la asistencia .....	31
16	Recomendación final .....	33

## 1 Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que adquirieron legitimidad institucional en el año 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo (1994).<sup>1</sup> Este hecho implica que, para garantizar los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva se debe respetar la capacidad de decisión de las mujeres en relación con su cuerpo.<sup>2 3</sup> A lo largo de los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido introduciendo en sus documentos tanto los avances científicos y tecnológicos como los sociales en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Así, en el año 2014 declaró que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados de salud, incluido el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo, el parto y el posparto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.<sup>4</sup>

En un contexto global, aún existe un amplio margen de mejora con respecto a la atención a la salud de las mujeres, y en concreto a la atención durante la maternidad (objetivos del milenio). En este sentido, tanto la Asamblea General de las Naciones Unidas<sup>5</sup> como la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa<sup>6</sup> han publicado informes en los que se reconoce la existencia de violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y se analizan las causas y

---

<sup>1</sup> [Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 5-13 septiembre 1994; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.](#)

<sup>2</sup> En relación con los términos *dona gestante*, *gestante*, *persona embarazada* tenemos que recordar el artículo 16.1 de la [Ley 11/2014, de 10 de octubre](#), para garantizar los derechos de lesbianas, gay, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia, establece: “El sistema sanitario de Cataluña debe incorporar la perspectiva de género y debe tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGBTI, con la finalidad de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y a gozar de los servicios de salud en condiciones objetivas de igualdad.” Y el mismo artículo, en su punto tres, indica: “Las administraciones públicas de Cataluña, en las líneas de actuación relativas a la salud y al sistema sanitario, deben: a) Velar porque la política sanitaria sea respetuosa hacia las personas LGBTI y no trate directa o indirectamente la condición de estas personas, especialmente transgéneros e intersexuales, como una patología. b) Elaborar políticas de salud pública que velen por el derecho a la salud de las personas LGBTI, con la adaptación de los protocolos establecidos, en su caso.”

<sup>3</sup> [Los derechos de la mujer son derechos humanos. Nueva York, Ginebra: Naciones Unidas; 1914.](#)

<sup>4</sup> [Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. \[Ginebra:\] Organización Mundial de la Salud; 2014.](#)

<sup>5</sup> Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. [A/74/137. 11 julio 2019.](#)

<sup>6</sup> [Obstetrical and gynaecological violence. RES 2306. Parliamentary Assembly. Council of Europe; 3 octubre 2019.](#)

problemas estructurales a los que se deberá hacer frente para eliminar dichas formas de maltrato.

Todos estos informes y declaraciones, con las recomendaciones en ellos incluidas, han provocado cambios que no han dejado de irse incorporando progresivamente a nuestra sociedad mediante declaraciones, estrategias y acciones estatales, regionales o locales específicas, que se han impulsado tanto en el ámbito de la salud como en el educativo y el laboral.

En Cataluña, en el año 2008 se empezó a implementar en nuestro sistema sanitario las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, que refuerza, entre otros aspectos, el papel de los profesionales de partería. Dicho trabajo ha supuesto un avance en algunos aspectos, tales como la concienciación de los profesionales acerca de la necesidad de promover la participación de las mujeres en todo el proceso de atención a la maternidad, haciendo hincapié en la disponibilidad de la mejor información que facilite una verdadera autonomía en la toma de decisiones y en mejoras en algunas infraestructuras con el fin de ayudar a promover una atención personalizada sin intervenciones rutinarias no consensuadas. Algunos de estos cambios se ven reflejados en las encuestas de satisfacción sobre la atención a la maternidad, parto y posparto,<sup>7</sup> realizadas periódicamente, y que ponen en evidencia los aspectos que las mujeres valoran como positivos, así como aquellos aspectos que se deben mejorar.

Uno de los aspectos de mejora más relevantes que se ha identificado es la información que reciben las mujeres sobre los procedimientos y la atención durante todo el proceso de maternidad por parte de los profesionales. Esto, que puede tener un impacto sobre la percepción global de la atención y también afecta a la capacidad de toma de decisiones de las mujeres, justifica un trabajo de reflexión que permita emitir algunas recomendaciones que sean útiles para los profesionales. Este es el principal objetivo de este documento, que sitúa a la mujer en el centro de la atención sanitaria del embarazo y el parto, y remarca

---

<sup>7</sup> Enquestes de satisfacció [Internet]. CatSalut. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>

algunas características de la población catalana, como su gran diversidad cultural y diferentes concepciones sobre la maternidad o paternidad, y otros aspectos relevantes con el fin de respetar adecuadamente todos los derechos de la mujer. Otras cuestiones se tratan de forma secundaria o ni se mencionan, como la responsabilidad perinatal de los profesionales por lo que se conoce como *wrongful birth* y *wrongful life*.<sup>8</sup>

## 2 Mejorar la atención

El sistema sanitario ha ido impulsando cambios y tomando conciencia que la asistencia no solo debe ser científica y técnicamente de calidad, sino también respetuosa con el derecho de las mujeres a decidir sobre lo que creen que les conviene a ella y a su futuro hijo. Se trata de profundizar en una práctica no paternalista y menos intervencionista, coherente con el marco de principios y valores en que se fundamenta nuestra sociedad. Esto no se debe interpretar como un cuestionamiento de la confianza de las mujeres en el sistema sanitario —y menos aún en sus profesionales—, sino más bien al contrario, dado que, como consecuencia del diálogo se pueden conocer mejor los deseos y preferencias de la mujer, la cual tendrá mayor confianza que le serán respetados durante la atención. Ello requiere un tiempo para que la información se dé sin prisas y cierta formación en habilidades de comunicación, incluida incluso la posibilidad de disponer de intérpretes en caso de que exista algún tipo de barrera lingüística, o de mediadores, cuando se den situaciones complejas en las que el profesional sea consciente de que la intervención de un tercero puede mejorar la comprensión y el acuerdo. Se deben buscar maneras para que las resoluciones del poder judicial tengan presente esta perspectiva más respetuosa con las

---

<sup>8</sup> En el año 2020, el Departamento de Salud publicó el [Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya](#), que es una edición revisada de la primera edición de 2003. Uno de sus objetivos es promover "una atención respetuosa en la maternidad, lo que implica organizar la atención sanitaria de manera que preserve la dignidad, privacidad y confidencialidad de las mujeres embarazadas y los recién nacidos, en el marco de la libertad de elección, apoyando a las mujeres para que tomen todas las decisiones después de ser correctamente informadas." (*Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya*, p. 15).

mujeres y, si conviene, se introduzcan cambios legislativos concretos con el fin de garantizarlo.

La OMS, en su documento *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, ha explicitado la línea que se debe seguir y las prácticas concretas que se han de revisar. En su recomendación primera dice: “Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto”.<sup>9</sup> Más adelante, insiste en las críticas que ya había denunciado en documentos anteriores: “Los estudios realizados han mostrado que a un porcentaje considerable de embarazadas sanas se les practica como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto y el parto, como las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía. Además, a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto se les continúan aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones. Este enfoque intervencionista no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia de parto.” En nuestro país la atención sanitaria ha mejorado mucho en estos aspectos, pero conviene profundizar en las posibilidades de transformación de ciertas prácticas y formas de organización.

---

<sup>9</sup> [Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019.](#)

### 3 Los principios y valores en juego

El texto de la OMS ya ha destacado la importancia del respeto a la privacidad y a la confidencialidad, así como el principio de justicia, es decir, la equidad de acceso a las prestaciones, o el derecho a una información útil y completa para garantizar el principio de autonomía. Conviene considerar otros principios éticos fundamentales en la asistencia sanitaria durante el embarazo y el parto: el respeto a la dignidad y el principio de no maleficencia, que implica la obligación de no hacer daño a la mujer ni al futuro bebé, y el de beneficencia, por el que el profesional de la salud tiene el deber de ofrecer el mayor bien posible a ambos.

El principio de respeto a la dignidad de la persona obliga moralmente al reconocimiento del valor intrínseco de todo ser humano por el hecho de ser miembro de la humanidad, al reconocimiento de su personalidad como ente moral. Las relaciones personales deben regirse por el reconocimiento mutuo, independientemente de la disconformidad que puedan merecer sus acciones. El principio de respeto a la autonomía obliga moralmente a actuar de acuerdo con las decisiones de las personas, después de haber dialogado proporcionando el conocimiento y la comprensión que necesitan, a fin de que puedan hacer efectiva su capacidad de autogobierno. La autonomía es una capacidad humana que se ejerce en los diferentes contextos sociales según las posibilidades de actuación ofrecidas en cada uno. El reconocimiento de la autonomía de cada persona es el primer paso ineludible en cualquier relación profesional ética, e implica mantener un diálogo explicativo y comunicativo que facilite el razonamiento y las decisiones personales.

El principio de no maleficencia obliga tanto a los profesionales sanitarios como a la mujer en el proceso de embarazo y parto. Los profesionales sanitarios han de velar por la mujer y por el futuro bebé. Las decisiones de la mujer deben tener en cuenta su responsabilidad sobre el fruto de su gestación; sus derechos y obligaciones varían a lo largo del proceso y los profesionales han de respetar sus decisiones ajustadas a la ley.

Estos principios son fundamentales en distintos sentidos: a) ético, según diferentes idearios, doctrinas y religiones; b) ético-político, según la Declaración



universal de los derechos humanos; c) constitucional, y d) legislativo, derecho español, europeo e internacional. Por ello, los encontramos proclamados en la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO de 2005.<sup>10</sup>

#### **4 El respeto a la autonomía en una sociedad multicultural**

Nos encontramos en una sociedad plural, donde conviven culturas muy diferentes y formas de entender la vida muy diversas. Cada cultura desarrolla un imaginario social y unos contenidos simbólicos determinados, a partir de los cuales la maternidad y la paternidad toman una significación específica, ligada a emociones y experiencias de trascendencia vital compleja, que no siempre son fáciles de comprender. Hemos pasado de una sociedad bastante homogénea a una sociedad muy plural, tanto con respecto a las raíces culturales como a maneras de vivir, de expresar el género, de plantearse la reproducción y de entender la maternidad.

Existe la tendencia a creer que las personas que no piensan como uno mismo son irresponsables. La responsabilidad individual es un concepto que forma parte de la sensibilidad ética personal. No existe un modelo único de maternidad o paternidad responsable, como tampoco existe una sola forma de entender la dignidad.

En determinados países o religiones los acontecimientos durante el embarazo o el parto se aceptan como la voluntad divina sobre la que no se puede hacer nada. El

---

<sup>10</sup> [La Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO de 2005](#) establece el objetivo de “promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.” (artículo 2 c)). El artículo 5 indica: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.”. El artículo 6.1 concreta el procedimiento necesario para hacer efectivo este respeto en la práctica: “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 debería 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.”

respeto a las creencias religiosas y a la libertad de culto es también un principio ético y constitucional fundamental, y su reconocimiento está vinculado al respeto a la libertad de cada persona. Cuando las creencias religiosas provocan situaciones que entran en conflicto con el respeto a la vida, a la integridad y a la dignidad de las personas se debe procurar una salida dialogada, con ayuda de mediadores que, si es preciso, pueden ser otros profesionales, personas de autoridad de la confianza de la mujer, miembros de los comités de ética asistencial (CEA), servicios sociales, etc. En último término, el deber de auxilio nos obliga a intentar revertir estas situaciones, dejando la intervención del juez para cuando no existe otra alternativa.

Es importante tener presente la diversidad humana de nuestro país, con el fin de saber prever la multiplicidad de demandas que se pueden plantear y poder preparar las diversas maneras de poder asumirlas. Según datos del Instituto de Estadística de Cataluña, el año 2018 había en Cataluña 7.600.000 habitantes, de los cuales 1.082.099 eran recién llegados y el porcentaje de nacimientos de madre extranjera era del 29,6%. En la tabla 1 podemos ver del número de recién llegados por zona geográfica de procedencia

Tabla 1. Número de recién llegados por zona geográfica de procedencia

Zona geográfica	Recién llegados
Resto de la UE	282.410
Resto de Europa	73.110
África	288.581
América del Norte y Central	85.335
América del Sur	192.100
Asia y Oceanía	160.563

El Comité de Bioética de Cataluña (CBC) ha recibido varias peticiones de pronunciamiento sobre cuestiones relacionadas con la diversidad cultural. Por ejemplo, ha dado una respuesta en forma de recomendación sobre las peticiones que sea una profesional la que preste la atención sanitaria; en el resumen final indica: “El CBC encuentra que la demanda que sea una mujer la profesional que preste la atención al embarazo y al parto es pertinente cuando se trata de dar respuesta a una necesidad inherente al sentido de dignidad personal. Si así se ha establecido con un diálogo suficientemente esmerado, en el que se ha comprobado que no se trata de una simple preferencia, la mujer debería poder ser atendida por una profesional del mismo género, aunque ello conlleve una adecuación organizativa y ruptura de la rutina, y mientras que no represente una distorsión excesiva y sea debidamente razonada.”<sup>11</sup>

El CBC se ha pronunciado también acerca de la entrega de la placenta. La conclusión del estudio razonado es: “El CBC no ve ningún inconveniente para acceder a la demanda de la madre que quiere quedarse con su placenta (a pesar de que se haya considerado y tratado anteriormente como residuo sanitario) y aconseja una regulación mínima de esta nueva situación.”<sup>12</sup>

Muchas culturas priorizan la vida del bebé en detrimento de la vida de la gestante. Ello es contrario a los derechos humanos y la actividad profesional debe atenerse a los principios éticos y constitucionales de nuestro país, por lo que los sanitarios deben velar por la vida y el bienestar de ambos, respetando todos los derechos de la gestante ya indicados. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, especifica en su artículo 5.a), que los estados tomarán todas las medidas apropiadas para “modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra

---

<sup>11</sup> [Sobre les preferències de gènere de professional per assistir l'embaràs i el part. Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2019.](#)

<sup>12</sup> [Consideracions sobre l'entrega de la placenta a la mare després del part Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2019.](#)

índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”.<sup>13</sup> Desde el punto de vista de una moral secular, los padres y muy especialmente la madre, son los que han de velar por el bebé y debe respetarse su voluntad de hacerlo así. En este sentido, el bioeticista H. T. Engelhardt Jr.<sup>14</sup> plantea que el feto es de la madre, y por lo tanto es la madre quien es responsable hasta que este tome una posición consciente, hasta que la comunidad social le otorgue una categoría de persona en el seno de la comunidad; desde este punto de vista, las decisiones relativas al embrión y al feto quedarían en el ámbito privado y pertenecerían a los padres y, muy especialmente, a la madre. Puntualiza, sin embargo, que la comunidad pide que la gestante mantenga una actitud y un comportamiento razonables que no perjudiquen a la persona en que ocurrirá el feto, y le impongan limitaciones a sus decisiones cuando tengan consecuencias claramente maleficientes para él, de carácter grave y que se pueden evitar actuando de otra manera. Solo una situación de este tipo puede justificar la intervención coactiva de las autoridades judiciales. El autor, sin embargo, insiste en que la decisión de sacar adelante el embarazo o no, así como otras decisiones sobre los óvulos u otras células reproductivas, corresponden a los procreadores. Engelhardt escribe: “[...] los procreadores mantienen el derecho moral secular de abortar el feto, incluso en caso de que a otras personas les gustara adoptar al futuro niño. Son los padres, especialmente la madre, quien ha producido el feto. Además de nuestro cuerpo, también el esperma, los óvulos, los cigotos y los fetos que producimos son, en términos morales seculares generales, antes de nada, propios. Son la prolongación y el fruto de nuestro propio cuerpo.”<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> [Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 1979. Asamblea General. Naciones Unidas; 3 septiembre 1981.](#)

<sup>14</sup> Engelhardt HT Jr. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995. p. 276 y ss.

<sup>15</sup> *Ibidem* p. 278.

## 5 El respeto a la intimidad y a la privacidad

El espacio físico, mental y social propio de una persona no se puede invadir nunca sin su consentimiento. La confidencialidad de las informaciones y datos sensibles sobre su persona (especialmente los de salud) se deberán respetar y se velará para que no se haga un uso inadecuado. Estas obligaciones vienen prescritas por la ética y por numerosas leyes actualmente vigentes.

Tanto la *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*<sup>16</sup> como distintas declaraciones establecen el derecho de las personas que son atendidas a autorizar a quien desean que esté presente durante la atención, a quien desean que se informe de su estado de salud.

La gestión administrativa y las relaciones personales entre los profesionales sanitarios y las gestantes se han de organizar del modo adecuado para hacer posible a que los datos personales, informes médicos, tratamientos, etc. no estén al alcance de personas ajenas al servicio. Las llamadas telefónicas también se deben gestionar adecuadamente con el fin de preservar la confidencialidad de cualquier información.

Se ha de evitar que en un momento tan íntimo como es el del parto se produzcan aglomeraciones de personas y, en todo caso, siempre recabar la voluntad de la mujer de permitir la presencia de personas que no son indispensables para la atención.

---

<sup>16</sup> [Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Departament de Salut; 2015.](#)

## 6 El marco normativo internacional

La Resolución 2306, adoptada en la 34.<sup>a</sup> sesión de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 3 de octubre de 2019 sobre violencia obstétrica y ginecológica expone con claridad cuáles son las violaciones de los derechos de las mujeres en la atención obstétrica y ginecológica y marca un camino hacia donde se deben dirigir los cambios para conseguir una atención más respetuosa con la mujer embarazada. Esto es importante para tomar conciencia del problema y crear una sensibilidad tanto en la sociedad como en los profesionales, pero no es suficiente. Se requieren normas de cierto rango para que la buena atención no dependa únicamente de la suerte que se tenga de encontrar a un profesional sensible y respetuoso.

Entre otros, el Consejo de Europa pide prevenir y combatir la discriminación de acceso a la asistencia sanitaria y que esta se haga respetando los derechos y la dignidad humanos; que se recojan datos y se elaboren estudios sobre violencia ginecológica y obstétrica; que se difundan y se recomienden las buenas prácticas; que se informe y se sensibilice sobre los derechos de las mujeres y la prevención de la violencia ginecológica y obstétrica. Por todo esto, considera que es preciso mejorar la práctica del consentimiento informado y proporcionar formación específica a los profesionales sanitarios, y aplicar lo que se dice en el Convenio de Estambul de la ONU, donde se reitera la importancia del consentimiento informado para hacer efectivo el derecho de la mujer a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. En este Convenio también se reitera la importancia de sensibilizar a abogados y jueces y la ciudadanía en general. También es importante recordar que la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas, en su artículo 12, crea la obligación de los estados partes, los cuales “adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Es preciso destacar, en este punto, la reciente situación de pandemia de la COVID-19, donde se han producido

situaciones que han tenido un impacto negativo en la salud reproductiva de las mujeres en el ámbito global, poniendo de manifiesto la necesidad de mantener los avances conseguidos hasta el momento en la atención respetuosa con las mujeres embarazadas<sup>17</sup> y el cuidado de sus bebés. Se han tomado medidas totalmente desproporcionadas que han separado a la madre de su hijo en las unidades de recién nacidos con la intención de evitar la propagación de la pandemia, pero que han supuesto un significativo aumento del grado de angustia de la madre o padre, así como un incremento de recursos por parte del personal asistencial.

## **7 La necesidad de un trabajo conjunto de los ámbitos de atención obstétrica en Cataluña**

La atención a la mujer gestante no puede depender únicamente de la voluntad y sensibilidad de los profesionales. Se precisa una mayor clarificación del modo en que se organiza la atención al embarazo en el sistema sanitario público, dado que actualmente coexisten equipos dependientes de la atención primaria y otros de los servicios hospitalarios, y posiblemente ello no facilita una continuidad ni la implantación de un modelo más respetuoso para todas las mujeres. Es necesario disponer de un marco (guía o protocolo) conjunto para toda Cataluña, con unas recomendaciones sobre el abordaje de las distintas situaciones por parte de los profesionales que trabajan en los diferentes dispositivos de asistencia obstétrica y que también se definan una serie de indicadores que permitan medir las mejoras. También es muy conveniente disponer de un espacio para compartir casos, dudas y criterios de actuación. Dentro del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña se deben garantizar los derechos de forma homogénea, pero las recomendaciones serán flexibles y permitirán la adaptación a cada situación personal.

Se deberían establecer circuitos eficaces de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales y los distintos profesionales de cada nivel que atienden a la

---

<sup>17</sup> [Policy brief: the impact of COVID-19 on women. United Nations; 9 abril 2020.](#)

misma persona con el fin de ofrecer una línea de atención coherente en el continuo asistencial e ir estableciendo la cultura de atención al nacimiento y a la maternidad respetuosa y centrada en la persona.

Se debería poner el énfasis en la mejora de la comunicación, de la escucha y el diálogo, en la manera de incrementar la confianza mediante la relación clínica y la deliberación y en cómo abordar las situaciones adversas cuando existe posibilidad de riesgos para el feto o la madre.

En algunas situaciones, la voluntad de la mujer prevalece por encima del criterio del profesional, como es el caso en que la mujer quiere abortar o no tener un niño con muchas probabilidades de graves déficits neurológicos. En otros, cuando la urgencia aconseja actuar en una mujer no competente, la opinión del profesional tiene mucho más peso, sobre todo si no existe una voluntad previa bien explicitada, ya sea escrita o mantenida por una persona que ostenta la representatividad legalmente válida. Existen situaciones en que la futura madre puede tomar una decisión contraria a la opinión del profesional, incluso errónea según su opinión. El deber del profesional es intentar persuadir para que las personas cambien de opinión y acepten las actuaciones que consideran indicadas en aquella situación, pero recordando que la madre tiene el derecho a tomar las decisiones que considere más convenientes. Para evitar muchas situaciones controvertidas o de rechazo sobrevenido, es conveniente trabajar intensamente de manera anticipada para prever posibles escenarios que pueden plantearse. Algunas demandas por parte de la gestante pueden suponer un coste económico no previsto en el centro asistencial que atiende a la mujer. El principio de justicia obliga a reconocer las limitaciones necesarias para actuar con equidad para proteger el bien común. Se puede recomendar a la mujer dirigirse a un centro donde la puedan atender.

De la misma manera que se transmiten datos clínicos entre los diferentes niveles asistenciales para una correcta asistencia, sería conveniente transmitir la información en lo referente a las preferencias del parto expresadas durante el embarazo; ello implica la consideración del plan de parto y nacimiento como un documento importante en la historia clínica de la mujer. Sin embargo, también es



preciso adecuar espacios de encuentro entre los profesionales para abordar aquellas situaciones que puedan ser más complejas y garantizar una atención individualizada. Habría que establecer un marco de actuación para aquellas situaciones en las que una mujer rechaza las recomendaciones, con el fin de poder dar respuesta a sus necesidades y también a las de los profesionales para hacer un correcto abordaje.

## **8 El plan de parto y nacimiento como herramienta indispensable. La mejora del consentimiento informado**

El plan de parto y nacimiento se debe ver como un instrumento facilitador de las decisiones compartidas y planificadas en el marco del cual se pueden prever las diferentes alternativas, ventajas e inconvenientes que cada una plantea. A través del diálogo se pueden reflejar, en un documento, las actuaciones que la mujer y su pareja prefieren de acuerdo con sus valores y voluntad, y por lo tanto ayudará a que el proceso de consentimiento sea realmente informado. No podemos olvidar que a lo largo del embarazo la mujer puede cambiar de opinión y por ello su consentimiento puede variar, tanto el que se da de manera implícita —cuando acepta ponerse una vía de perfusión—, como cuando es preciso un consentimiento de manera explícita por escrito —para practicar una cesárea. Durante la atención al embarazo, a través del diálogo, se va creando un vínculo de confianza entre la mujer y los profesionales que la atienden, pero ello no obvia que se pueda cambiar de opinión y se desestime alguna propuesta que antes se había aceptado, o bien se pide una cierta adaptación o modificación en la manera que ahora concibe la mujer su estado, su vida o percibe los riesgos. Es este vínculo de confianza creado a través del diálogo lo que fundamenta el modelo deliberativo para la toma de decisiones que entiende el consentimiento informado como un proceso continuado, en el que la división de papeles entre usuaria y profesional no se entiende como la suma de tareas independientes, sino como un trabajo conjunto y colaborativo, en el que el diálogo desempeña un papel central. Es en el marco de dicho proceso de deliberación que los profesionales han de realizar sus recomendaciones y orientaciones y la usuaria debe exponer las

preferencias, valores y deseos que quiere sean respetados. Cuando la opción escogida por la mujer se aparta de la buena práctica, hay que intentar persuadirla de manera respetuosa para cambiar la decisión, pero ello no puede significar menospreciar la voluntad ni la decisión.

El plan de parto y nacimiento, por lo tanto, no tendría que interpretarse como un documento cerrado, que facilita el trabajo ante la presión asistencial y da seguridad a los profesionales, sino como una herramienta de información y planificación flexible, revisable y adaptable a las necesidades y preferencias de las mujeres. Es evidente que debe trabajarse para que los cambios no sean constantes ni imprevistos, pero nadie que pueda expresar de manera competente una voluntad puede sentirse atrapado de manera irreversible por lo que había dicho anteriormente.

Se debe estar atento para que el plan de parto y nacimiento no se convierta en un mero formulismo y tome una deriva parecida a la que muchas veces poseen los documentos de consentimiento informado. El plan de parto y nacimiento deberá ser dinámico, flexible, revisable, continuo y útil como herramienta para reforzar la confianza de la mujer en el profesional y el sistema. Se reflejarán en él los deseos y valores que la gestante quiere que sean respetados y tenidos en cuenta. No hay que olvidar la esencia de este documento, que es facilitar la toma de decisiones informadas de la mujer. A veces el plan de parto y nacimiento es un listado de opciones rígidas que la mujer tiene que elegir, sin ninguna información adicional y expresadas con lenguaje imperativo.<sup>18</sup> Incluso en algunos casos se explicitan prácticas que no se apoyan en la evidencia científica y técnicas definidas como “obligatorias” (como es el caso de la canalización de una vía endovenosa rutinaria). Se evitará que el plan de parto y nacimiento se convierta en un documento que especifique anticipadamente cómo ha de ser el manejo del parto, dando poco margen entre las opciones presentadas para que la mujer pueda tomar decisiones realmente.

---

<sup>18</sup> Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella, Escuriet R. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sex Reprod Healthc.* 2017;13:41-50.

Existen muchos formatos de plan de parto y de nacimiento, que van desde un folio en blanco donde la mujer expresa sus preferencias hasta documentos predefinidos. Independientemente del formato, el plan debería dar respuesta principalmente a los aspectos siguientes:<sup>19 20</sup>

- Los valores y las creencias. ¿Cuáles son los valores centrales y los objetivos de la mujer sobre el nacimiento? ¿Cuáles son sus miedos? ¿Qué es más importante para ella en el proceso de nacimiento?
- El entorno. ¿A quién quiere la mujer con ella en el proceso de parto? ¿Qué la ayudaría a sentirse confiada y relajada? ¿Desea la participación del padre o pareja durante todo el proceso?
- El confort. ¿Qué recursos desea la mujer tener disponibles para su comodidad y apoyo?
- Los tratamientos. ¿Existen formas específicas de tratamiento que la mujer desea o no? ¿Por qué?
- Las opciones. Si el trabajo de parto no se desarrolla como se esperaba, ¿cómo desea abordar sus opciones de intervención?
- El bebé. ¿Cómo quiere interactuar la mujer inicialmente con su hijo? ¿Cuáles son sus preferencias para el vínculo, alimentación y cuidado después del nacimiento?

El asesoramiento del plan de parto y nacimiento para facilitar la toma de decisiones debería realizarse presencialmente y seguir los pasos siguientes: entender la experiencia y las expectativas de la mujer, crear una relación de colaboración, proporcionar la evidencia existente, incluidas las incertidumbres, presentar las recomendaciones y comprobar la comprensión y llegar a un acuerdo.<sup>21</sup>

Como en otros ámbitos de la atención sanitaria, el consentimiento informado se ha desvirtuado y es preciso recuperar su verdadero sentido y materialización

<sup>19</sup> Kitzinger S. Letter from England – birth plans. *Birth*. 1992; 19(1):36-7.

<sup>20</sup> DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(1):31.e1-31.e4.

<sup>21</sup> Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision-making. *JAMA*. 2004;291(19):2359-66.

correcta. Es un elemento primordial para la superación de la visión paternalista de la asistencia, pero ha de entenderse como un proceso de información y reflexión para que la mujer pueda participar en la asistencia y no como un elemento para evitar litigios y fomentar la práctica defensiva. Previa realización de cualquier actuación, se informará siempre y se obtendrá el consentimiento ya sea de manera tácita o explícita. Deberá ser un consentimiento específico para un procedimiento determinado en una situación concreta y para una persona determinada. Los modelos de consentimiento elaborados por las sociedades científicas se adaptarán a las singularidades de cada persona, patológicas, sociales, a los valores y preferencias y necesidades. Se deberá disponer de documentos de consentimiento en diferentes idiomas a fin de que sea inteligible para la persona, sea cual sea su lengua y procedencia y, en caso de no disponerse en la lengua pertinente, se solicitará o facilitará la participación de un traductor. Un consentimiento se obtendrá después de haber dado la información y el tiempo suficientes, y la oportunidad de aclarar las dudas, y será revisable en todo momento y de forma revocable.

## **9 La mejora de la información y del trato**

El núcleo del plan de parto y nacimiento es la transmisión de una buena información, pero se produce la sensación de que muchas veces la información se ofrece de una manera imprecisa, sin argumentar las causas de los riesgos a que se puede ver sometida la mujer ni las consecuencias para el niño, tanto si acepta como si rechaza el procedimiento propuesto. No siempre se explican las alternativas existentes, ni las ventajas y riesgos que conlleva. Ello es especialmente importante en los casos de rechazo al tratamiento, en los que es muy importante profundizar mediante el diálogo acerca de las causas de dicho rechazo.

Se deberá mejorar la información escrita de que disponen a las mujeres embarazadas, que explique los servicios que se les ofrece, las opciones ante situaciones controvertidas y los derechos que tienen la mujer y su futuro hijo. Una información que también tiene que prever unas cifras orientativas para poder

valorar el riesgo: porcentaje de secuelas en el niño después de una determinada intervención prenatal, número de intervenciones de la misma naturaleza que ha realizado el profesional y el centro, número de secuelas de los niños que han nacido en casa asistidos por aquel profesional, tasa de cesáreas, morbilidad y mortalidad perinatal, etc.; cuando una situación no prevista se produce en un servicio donde no se puede atender, se deberán indicar los centros de referencia que disponen de un dispositivo específico para atender la situación no prevista, como puede ser un parto de nalgas o una hemorragia a domicilio. La existencia de dicha información escrita no suplirá la información oral y el diálogo continuado. Se deberá ser diligente en la manera en que se informa y se da salida a la angustia de la mujer.

Muchas quejas de las mujeres sobre la atención recibida están relacionadas con un trato poco cuidadoso, en el que es fácil que surja la desconfianza. Mejorar la empatía puede contribuir a afirmar la confianza y la relación entre el profesional y la mujer. También hay que plantearse la individualización ante la práctica de determinadas actuaciones de manera rutinaria. La formación del carácter responsable del profesional permitirá discernir la pertinencia o no de una determinada actuación al margen del protocolo.

La atención sanitaria no puede olvidar nunca el carácter personal y social de la maternidad. No puede convertirse en un procedimiento mecánico que cosifica e instrumentaliza a la mujer. Gracias a la atención sanitaria especializada se han podido superar las cifras de muertes de mujeres y de bebés de otras épocas, pero ahora es preciso llegar a un uso personalizado y justo de todos los medios de los que disponemos. Es preciso dialogar con la mujer para explicarle los procedimientos disponibles y prever las diferentes situaciones que se pueden presentar para consensuar las opciones que ella considere mejores.

La buena comunicación es la pieza clave de la buena atención sanitaria y la buena atención personal. No existe atención centrada en el paciente si no existe una buena comunicación. Se puede informar sin comunicar, sin conectar con el

interlocutor. La acción comunicativa (verbal y no verbal) permite compartir significaciones, valoraciones y emociones, y proporciona elementos cognitivos y expresivos que mueven tanto el pensamiento como la voluntad; este es el medio para lograr una buena relación y el entendimiento necesario para tomar decisiones compartidas.

La mejor comunicación no es la más exhaustiva ni la más larga, sino la que sabe escoger las palabras oportunas, las miradas, los pequeños gestos, aquella que es capaz de generar un diálogo breve con confianza y adecuarlo a cada momento. Ello es especialmente importante cuando se deben dar malas noticias. Se deberá ser muy cauto de no asustar innecesariamente (por ejemplo, en el caso de resultados de determinadas pruebas que no son concluyentes o con amplias tasas de falsos positivos). El proceso de gestación permite una dosificación gradual de la información.

El sistema deberá procurar una buena coordinación entre los diferentes niveles que asegure un flujo homogéneo y coherente de la información que recibe a la mujer en todo el proceso. Se evitará tener que volver a empezar el diálogo porque no se contempla lo que se ha realizado previamente. Con ayuda de una buena coordinación se pueden simplificar muchos procesos y trámites.

La falta de información de la mujer nunca puede ser motivo para prescindir del consentimiento, que es inseparable de la necesidad de informar adecuadamente, es decir, de forma completa y comprensible. Las peticiones de la mujer se atenderán siempre que sea materialmente posible y no se ponga en riesgo su vida ni la del feto, teniendo presente que el embarazo supone una situación de vulnerabilidad en algunos aspectos.

Es especialmente relevante evitar el estigma. Las mujeres no se pueden estigmatizar porque en un momento dado tomaron una decisión que puede haber sido errónea poniendo en riesgo su vida y la de sus hijos y provocando intervenciones suplementarias. Las recriminaciones inoportunas por parte de los profesionales de la salud no son admisibles en un sistema como el nuestro. Son causa de sufrimiento y angustia y no responden a la ayuda que buscan las personas en el sistema sanitario.

También se deberían considerar que determinados cursos clínicos o datos relativos a los métodos reproductivos utilizados y a las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) deberían caducar automáticamente en la historia clínica, o no estar expuestos a cualquier otro profesional que no tenga que ver directamente con el proceso.<sup>22</sup>

## 10 El rechazo al tratamiento

El rechazo al tratamiento es un derecho previsto en nuestra legislación. El CBC ya realizó unas recomendaciones de cómo tratar el rechazo de los enfermos a la actuación sanitaria.<sup>23</sup> En el caso de la mujer gestante, tampoco existen valores absolutos pero, en principio, prevalecerá la voluntad de la madre.<sup>24</sup> Las mujeres no tienen que tomar conscientemente decisiones que vayan en contra del bienestar de su futuro hijo o en contra de la propia salud. Prever y conocer esta posibilidad de rechazo desde el inicio de la atención, a través de la escucha, la información, el diálogo y la negociación continuados, posibilitarán que la mujer tome la mejor decisión y no tener que actuar en contra de la voluntad de la mujer llegando a la judicialización de la situación, que deberá ser un hecho excepcional, para evitar un perjuicio para el bebé.

Lo más juicioso es saber por qué la mujer no acepta lo que se le propone. Por algún motivo lo debe hacer; es más fácil ir a ver el motivo e intentar intervenir sobre él. Una vez más se pone de manifiesto la importancia de la prevención. Ante la decisión de rechazo a la inducción del parto, siempre es posible mantener un compromiso de ser revisada cada día o cada dos días, o tener la oportunidad de acceder a una segunda opinión y quizá a realizar la inducción más adelante; o

---

<sup>22</sup> En este sentido, la historia clínica electrónica de atención primaria (ASSIR) prevé la posibilidad de clicar aquello sobre lo que “la usuaria pide confidencialidad”. Este clic permite que el resto de profesionales no vean dicha información. Debería generalizarse esta opción en todo el sistema.

<sup>23</sup> [Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament. Comitè de Bioètica de Catalunya. 9 marzo 2010.](#)

<sup>24</sup> Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. Refusal of recommended maternity care: time to make a pact with women? *Women Birth*. 2018;31(6):433-41.

ante el deseo de parir en casa cuando se aprecia un riesgo grave para la madre o para el feto se puede facilitar la alternativa de un parto en una clínica, centro de nacimiento u hospital con habitaciones especiales, maternizadas, o más parecidas a una estancia familiar que a un quirófano.

Existen situaciones especialmente complicadas como es el caso del rechazo a la transfusión de sangre por parte de los Testigos de Jehová o por parte de otros colectivos, que pueden tener consecuencias evidentes en el niño. Son situaciones en las que se deben realizar determinadas actuaciones que obligarán a explicar las ventajas que tendría dicha transfusión a fin de que el hijo no tenga una complicación. Sea cual sea la causa y motivación alegadas, actuar en contra de la voluntad de la mujer se deberá ver como un recurso extremo. En estos casos, el asesoramiento de los CEA puede aportar una importante ayuda. Existe jurisprudencia a favor del respeto a las creencias religiosas y, al mismo tiempo, de la protección de la vida de la madre y del feto. Sobre esta problemática específica son de interés las recomendaciones que realizan Urquizu y colaboradores.<sup>25</sup> Como en muchos otros ámbitos de la medicina, es importante distinguir lo que es un factor de riesgo de lo que es una patología. No es lo mismo que exista un riesgo porque una gestación se prolonga, pero todas las pruebas diagnósticas son correctas, que cuando estas confirman que existe una patología.

---

<sup>25</sup> Urquizu X, Font R, Andújar M, Galindo M, Quintana S. [Reflexions sobre l'atenció a les gestants que rebutgen transfusions de sang: aspectes ètics i legals. Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya. 2016 febrero.](#)

El texto muestra cómo se han de interpretar los cuatro principios bioéticos en estos casos. Por lo que se refiere al principio de no maleficencia, los autores indican el siguiente: "Estaríamos haciendo daño si: No utilizamos todos los medios de los que disponemos para evitar la hemorragia o reducirla. No hemos previsto los riesgos individuales para la paciente en concreto y no hemos realizado una adecuada valoración preparto. Cuando existen varias alternativas disponibles y no seleccionamos la de menor riesgo. Si no se conocen las diferentes alternativas a la transfusión. Si se administra una transfusión sin ser necesaria ni consentida."



En este sentido, también debe recordarse el apartado 49 de la Resolución 71/170 del Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas.<sup>26</sup>

## **11 Cómo proteger la seguridad del feto y el bebé frente a los deseos de la madre**

Esta es una situación por suerte infrecuente pero muy estresante, en la que se deberá disponer de todos los recursos para afrontarla. A pesar de que el embrión, y más adelante el feto, no se ha convertido aún en una persona, de la falta de cuidado o del maltrato prenatal pueden derivarse consecuencias graves y perdurables para la salud del futuro bebé que han de evitarse. En estas situaciones hay que intentar trabajar para que se modifiquen los hábitos o cambien las decisiones consideradas lesivas para el futuro bebé utilizando todos los apoyos que están a nuestro alcance.

El tiempo para dialogar es muy importante pero también lo es la posibilidad de disponer de una persona con habilidades de mediación que sea capaz de persuadir, alejándose del enfrentamiento y la estigmatización en los que se puede caer en estas situaciones. Existen profesionales de la mediación que prestan sus servicios dentro del sistema público y se puede recurrir también a otros servicios externos. Hay mujeres que son muy vulnerables por varios motivos, como las adicciones o los problemas mentales; en estos casos, la atención desde una perspectiva preventiva integral contando con la intervención de los servicios especializados (psicólogos, psiquiatras, trabajadores de los servicios sociales, etc.) se hace más necesaria.

---

<sup>26</sup> Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. [A/74/137. 11 julio 2019.](#) “La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto.”

Es preciso haber hablado con anterioridad y hacer ver claramente las futuras situaciones que pueden plantearse. No puede ser que una mujer llegue al parto sin haber recibido información de las posibilidades asistenciales que tiene, o descubra unas consecuencias que desconocía. Durante el embarazo deberá poder acceder a las diferentes opciones y valorarlas a través de los centros de atención primaria, o más específicamente, de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR). Se garantizará y mejorará la continuidad asistencial. En todo caso cada situación se valorará de manera individual.

En las situaciones conflictivas, el profesional corre el riesgo de que las cosas no puedan ir bien y, además de los problemas para el futuro bebé y la mujer, él mismo puede verse involucrado en una acusación de homicidio por imprudencia. Este miedo a las repercusiones penales puede llevar en determinadas situaciones a imponer su criterio por encima de la voluntad de la mujer, en las que quizá existiría margen para mantener una conducta expectante o buscar una alternativa consensuada.

El profesional siempre tiene que realizar propuestas apoyadas en una evidencia científica contrastada, y deberá quedar claro que no es pertinente hacerlo de otro modo ni que tampoco está obligado a atender aquellas decisiones que se apartan de dicho criterio. Pero se actuará sopesando bien las razones de cada uno: la mujer no está obligada a aceptar que le induzcan el parto, cuando existen alternativas o los motivos no son claros, ni el profesional tiene que aceptar inducir por razones de complacencia con la mujer, si no lo considera justificado.

Siempre se registrarán en la historia clínica aquellas decisiones controvertidas en las que se ha actuado sin contemplar la voluntad de la mujer o aquellas en las que se ha optado por respetarla en contra del criterio profesional y cuando se crea conveniente se comunicará a las correspondientes instancias.

## **12 La contribución de los comités de ética asistencial y la mejora de la formación de los profesionales**

Debe tenerse más presente la ayuda que pueden aportar los CEA como órganos consultivos, multidisciplinarios y que integran varias ideologías morales de su entorno. Analizan los problemas éticos que puedan surgir en la atención al embarazo y al parto, con el propósito de mejorar la calidad asistencial. No solo deben ayudar en casos concretos deliberando y buscando el curso óptimo de acción, sino también impulsando la formación de los profesionales y la elaboración de recomendaciones y directrices que atiendan nuevas demandas de la sociedad desde una perspectiva no paternalista y respetuosa con los valores y deseos de la mujer gestante.

Esta actualización continuada de la formación ayuda a mantener el nivel óptimo de la práctica profesional actualizando el sentido de las exigencias de respeto a los derechos y valores de las mujeres que se atienden, y evita actuaciones que pueden ser causa de iatrogenia. Cuando la percepción de la mujer y la del profesional no coinciden, el diálogo resulta la herramienta más poderosa para hacer entender que el riesgo es importante y la actuación propuesta es pertinente o bien que el riesgo es asumible o incluso, dado el caso, entender que la mujer capaz tiene derecho a mantener opiniones no compartidas por los profesionales. La formación en aspectos de comunicación, trato y aspectos éticos y legales deberá ser complementaria a la formación técnico científica de los profesionales que prestan atención a las mujeres durante el embarazo y el parto. Es conveniente revisar casos que no sean complejos, cotidianos, pero donde también se lesiona y violenta a las mujeres: tacto vaginal que podría evitarse o sin el debido respeto ni sensibilidad. Es importante profundizar en qué significa el respeto a la dignidad y a la privacidad en relación con la autonomía. Se deberán crear espacios de prevención y recurrir a la formación pregraduada y posgraduada con el fin de mejorar la atención sanitaria y ser sensibles a los cambios sociales que se van produciendo y a las necesidades singulares de cada persona.

### **13 Aprender a dar malas noticias y el duelo perinatal**

El nacimiento de un niño es siempre motivo de ilusión, pero cuando este anhelo de tener un niño se ve truncado por una situación adversa, malformación grave o muerte del feto, debe saberse acompañar a la pareja en la adversidad y realizar un seguimiento. En alguno de estos casos puede plantearse la necesidad o la posibilidad de un aborto. Aquellas instituciones en las que por ideario religioso no se acepta realizar interrupciones legales del embarazo tienen el deber de indicar a la persona y acompañarla diligentemente en el traslado al centro donde se atiendan sus demandas. A veces no se tiene en cuenta el sufrimiento que representa para la mujer la demora de la realización del aborto y por ello se debería agilizar este procedimiento y explicar con cuidado los motivos de la demora cuando esta no puede atenderse diligentemente.

Tanto antes como después del nacimiento de un niño con importantes problemas de salud se debe reforzar el acompañamiento por parte de todo el equipo o de los especialistas en salud mental (psicólogos).

La pérdida de un hijo durante la gestación, o poco tiempo después de nacer, supone un fuerte impacto emocional para las mujeres y las familias desde el momento en que se recibe la noticia, y requieren de un acompañamiento integral por parte de los profesionales de la salud en el proceso del duelo perinatal.<sup>27</sup>

La complejidad e intensidad de hechos tan traumáticos hacen que los equipos de profesionales deban ser extremadamente cuidadosos, implicados y empáticos para dar respuesta centrada en las necesidades de la mujer y la familia, reconociendo el sufrimiento y actuando con el máximo cuidado, dando tiempo, procurando intimidad y respetando el silencio. Requiere también la implicación de todos los profesionales participantes en el acompañamiento, que en determinadas situaciones también puede implicar los equipos de curas paliativas perinatales,

---

<sup>27</sup> Llaboré-Fàbregas M, López-García S, Marí-Guasch M, Martín-Ancel A, Pi-Sunyer-Peyri T, Rueda-García C, et al. [Guía de acompañamiento al duelo perinatal. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016.](#)

apoyo psicológico, así como facilitar el contacto con los grupos de duelo con otros padres y madres que han perdido a un hijo.

## **14 La necesidad de una regulación más explícita de acuerdo con las recomendaciones y resoluciones internacionales. Su introducción en el razonamiento jurídico actual**

Como indica el Convenio de Roma para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de 10 de diciembre de 1950, en su artículo 8.2, toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar; en la Constitución española de 1978, el artículo 15 recoge el derecho a la integridad física y moral de las personas y en el artículo 18.1 el derecho a la intimidad personal y familiar, y el artículo 9 garantiza la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos. La Ley general de sanidad 14/1986 trasladó la condición de todo paciente de mero enfermo a usuario del servicio sanitario y en igual sentido la normativa autonómica plasmada en la Ley 15/1990 de ordenación sanitaria de Cataluña. Posteriormente, se dio un importante paso más con la Ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, y con la Ley estatal 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En estas leyes no se concreta que las mujeres en estas situaciones están amparadas por esta normativa igual que cualquier otra persona. Bajo la vigencia de los mencionados convenios y leyes ha surgido el plan de parto y nacimiento.

En septiembre de 2001, en el marco del Congreso Mundial de Medicina Perinatal, se aprobó la denominada *Declaración de Barcelona*, que instaba a los legisladores de todo el mundo y organizaciones políticas y sanitarias supranacionales a respetar los derechos de la madre y del niño. En octubre de 2007 el Sistema Nacional de Salud de España emitió un informe sobre la Estrategia para la asistencia al parto normal, y se recogió e implementó también en los sucesivos planes de salud de Cataluña. Dicha Estrategia se ha ido actualizando en el 2012 y en el 2015. En el 2015, y últimamente en el 2018, la

OMS ha dictado sendos informes con recomendaciones a los estados para la prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante el embarazo y el parto. En junio de 2015 el Departamento de Salud aprobó la *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Más recientemente, en julio de 2019, el Secretariado de la ONU emitió un informe desde el enfoque de los derechos humanos, del maltrato y violencia sobre la mujer y la salud reproductiva, el parto y la violencia obstétrica. Y en octubre de 2019 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 2306, se pronunció sobre la violencia obstétrica y ginecológica. También hemos de citar el *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya* de 2020 del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, que es una edición revisada de la primera edición de 2003.

De todo ello se desprende una necesidad evidente de adaptar y actualizar la normativa sanitaria y la penal (específicamente, los artículos 157 y 158 del Código penal de 1995) a las nuevas recomendaciones, informes y resoluciones de los organismos internacionales, de modo que se logre una mayor incidencia en la regulación de la atención al tratamiento del embarazo y el parto bajo el principio de respeto a la voluntad de la gestante o parturienta y se prevea en su caso el posible conflicto de interés con el feto, como se ha indicado en el punto 10.

Resulta urgente reformar la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, para que prevea de forma específica dicha cuestión; de esta manera y salvando las lógicas interpretaciones y adaptaciones a cada caso concreto, se dispondría de una normativa más detallada que permitiría que las decisiones clínicas, la actuación de los abogados y las resoluciones judiciales en esta materia no dependieran tanto del criterio subjetivo más o menos sensible y concienciado de unos y otros profesionales como se ha reflejado ya y se ha mencionado en puntos anteriores del presente documento.

También es conveniente desarrollar una formación continuada precisa y adecuada para todo el personal sanitario que interviene durante el embarazo y el parto, así como de los profesionales juristas que tengan que aconsejar o resolver sobre estas cuestiones.

## **15 Indicadores para medir los cambios en la calidad de la asistencia**

Se deberán establecer unos indicadores para ver cómo opera el cambio con respecto al respeto a la autonomía y a la privacidad o intimidad de la mujer en relación con el embarazo, parto y posparto. <sup>28</sup>

Para poder evaluar de forma continuada y garantizar la equidad de la implantación de las medidas y protocolos establecidos para una atención respetuosa con los derechos reproductivos, sería preciso que se aplicaran los mismos estándares e indicadores en todo el sistema sanitario. También sería necesario un trabajo conjunto de las sociedades científicas y las mujeres en la definición de los nuevos estándares de calidad e indicadores, así como el procedimiento para su evaluación, sobre todo aquellos que hacen referencia a la participación en la toma de decisiones respecto de las preferencias expresadas, trato y respeto.

*Indicadores descriptivos:* Estos indicadores permiten ver si los resultados obtenidos están dentro de los rangos internacionales aceptables y su evolución a lo largo del tiempo. Algunos de estos indicadores sobre el total de partos son: porcentajes de partos normales, partos inducidos, partos instrumentales, y de cesáreas; porcentajes de episiotomías; número de tacto vaginal por parto; porcentaje de monitorizaciones continuas; porcentajes de maniobras no recomendadas; medidas de alivio del dolor (porcentaje de punciones epidurales, uso de la bañera para la dilatación, partos en el agua...).

Sobre el plan de parto y nacimiento: número de planes realizados en la atención primaria en relación al total de gestantes vistas; porcentaje de planes recogidos en el momento del parto; número de planes asesorados en la ASSIR y recogidos y discutidos en la atención hospitalaria.

*Indicadores cualitativos:* Es recomendable elaborar un cuestionario para detectar posibles acciones u omisiones que supondrían violencia obstétrica y que tendría

---

<sup>28</sup> Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtnner C, Visser GHA. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. Int J Gynaecol Obstet. 2019 Jul;146(1):65-73.

que incluir información de la indicación y solicitud de consentimiento sobre los diferentes procedimientos y técnicas de atención al parto como: exploraciones vaginales, administración de fármacos, amniotomía, prácticas que no se deben aplicar de forma rutinaria, tales como la aplicación de enemas o rasurado, entre otras; medidas para valorar el respeto a la intimidad y a la confidencialidad; información y consentimiento para la presencia de personas en formación (alumnos o residentes); información sobre los profesionales que atienden; medición del respeto de las preferencias y expectativas registradas en el plan de parto y nacimiento en casos de parto normal, y también aquellas relacionadas con el confort (acompañante, movilidad, ingesta de líquidos o alimentos...). Existencia de un procedimiento de quejas bien establecido y accesible, a disposición de todas las mujeres que han dado a luz.

Es necesario la realización periódica de reuniones de grupo de mujeres gestantes y sus parejas que exploren aspectos como la información recibida, el asesoramiento del plan de parto y nacimiento, cumplimiento y respeto a las expectativas expresadas en el plan de parto y nacimiento, así como la vivencia y valoración de la atención recibida durante el proceso de embarazo, parto y posparto, con el objetivo de conocer las necesidades de las mujeres y establecer aspectos de mejora.

Otro indicador cualitativo que se deberá considerar es en el número de protocolos de actuación elaborados o actualizados. La elaboración de protocolos de actuación sobre documentación y comunicación centrados en la mujer, con el objetivo de dar apoyo a las mujeres y profesionales ante una declinación de cuidados o técnicas recomendadas, se considera indispensable para una atención de calidad.

El establecimiento de estos procesos de evaluación mediante indicadores permitirá establecer mecanismos de mejora continua de la calidad de la atención ajustados a cada contexto donde se lleve a cabo.

Con el fin de conocer la realidad de nuestro entorno, establecer líneas de investigación con respecto a la violencia obstétrica basadas en estos indicadores se convierte en un objetivo importante.



## **16 Recomendación final**

El CBC considera, como se ha indicado en el punto 13, que habría que legislar de manera explícita a favor del respeto a la voluntad de la mujer, en la estela de las recomendaciones de la ONU, la OMS y del Consejo de Europa. En este sentido, se deberían hacer llegar a las consejerías de Justicia y Salud, a los ministerios de Justicia y de Sanidad y al Consejo General del Poder Judicial las conclusiones de este Comité.

Mientras esta regulación de carácter básico estatal no se produce, el CBC recomienda que tanto los profesionales de la salud como los jueces que se ven implicados en una decisión comprometida siempre actúen a favor de que la decisión de la mujer gestante sea acogida de la mejor manera posible y, si es posible, respetada.

Este documento fue aprobado a la 115.<sup>a</sup> reunión del CBC del día 15 de diciembre de 2020, y han participado en su elaboración: Margarita Boladeras, Josep M. Busquets, Ramon Escuriet, Josefina Goberna, Montserrat Boada, Elena Carreras, Yolanda Canet, Marta Busquets, M. Concepción Céspedes, Àngels Avecilla, Pilar Martín Coscolla, Encarnación López, Olga Canet.