

Violencia obstétrica: una lacra agudizada por la COVID-19 y la desfinanciación de la sanidad

IRENE RUIZ, SANDRA GALLEGO :: 06/04/2021

Es la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo y el parto, es una violencia machista estructural en el capitalismo patriarcal

Violencia obstétrica: una lacra agudizada por la COVID-19 y la desfinanciación de la sanidad

Es la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo y el parto, es una violencia machista estructural en el capitalismo patriarcal, asociada al control de los cuerpos de las mujeres y su función de producción y reproducción. Una sanidad pública cada vez más desfinanciada y subcontratada, ve agudizarse esta realidad en tiempos de pandemia.

El Observatorio de Violencia Obstétrica de España la define como “el desconocimiento de las necesidades emocionales de la madre y del bebé en cualquier momento del embarazo, del parto y del puerperio inmediato, así como de la autoridad y autonomía que la mujer tiene sobre su sexualidad, su cuerpo y sus bebés y las posturas, ritmos y tiempos que requiere el parto para desarrollarse con normalidad”.

En el estado español abordar la violencia obstétrica de una forma integral sigue siendo una asignatura pendiente. El Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), instó el pasado febrero a España a indemnizar a una mujer por las diversas situaciones sufridas durante el parto. Además el International Journal of Environmental Research and Public Health revela en su última publicación que en nuestro sistema sanitario la información a las mujeres y la solicitud de su consentimiento informado está gravemente infrapacticado.

Los resultados arrojados, que analizan más de 17.500 cuestionarios realizados entre enero de 2018 y junio de 2019 en el estado español, muestran que el 38,3 % de las mujeres percibió haber sufrido violencia obstétrica; el 44,4 % percibió que se habían sometido a procedimientos innecesarios o dolorosos, de los cuales el 83,4 % no fueron aceptados en un consentimiento informado.

Los profesionales añaden que los test han sido respondidos de forma mayoritaria por mujeres con un nivel socioeconómico medio, "teniendo en cuenta que a mayor precariedad y menos medios la posibilidad de sufrir violencia obstétrica es superior estos datos pueden ser sólo la punta del iceberg", afirman.

Uno de los indicadores de violencia obstétrica fácilmente interpretable es el porcentaje de cesáreas practicadas. En España se practican un 26% de cesáreas, según datos del Ministerio de Sanidad, el doble de lo recomendado por la OMS, la cual recomienda que la

tasa de cesáreas no supere el 10-15% y se practiquen sólo en casos necesarios según criterio médico. Estamos hablando de someter a las mujeres a intervenciones quirúrgicas consideradas de gravedad mayor, y a su posterior recuperación, sin ninguna base científica que explique **porqué la media del estado español duplica la de otros estados**.

Otro de los indicadores es la relación entre partos provocados y naturales. En la primera consulta obstétrica de seguimiento de su gestación las mujeres son informadas sobre su FPP (fecha de parto probable), lo que se conoce popularmente como “salir de cuentas”. Ésta se sitúa sobre las 40 semanas de embarazo. Este cálculo fue establecido por Aristóteles para identificar al posible padre de la criatura tras su nacimiento.

Llegó a esta conclusión tras multiplicar dos “números mágicos” de la cultura griega, el 7 y el 40. Restando 280 días al nacimiento del bebé podía afirmarse casi con seguridad quién era el padre, desestimando los tiempos y necesidades individuales de la madre en este evento, y concluyendo que todos los fetos finalizan su gestación en una misma cantidad de tiempo. Como vemos este no es un cálculo ni actual ni fruto de una amplia observación, dista del método científico, y supone un grave conflicto para otorgar la paternidad de multitud de niños y niñas.

La realidad es que, un 70% de los partos naturales tienen lugar entre las semanas 40 y 42 de la gestación, siendo el 30% de partos restantes los ocurridos antes de la semana 40 y después de la 42. Esta premisa sigue siendo la utilizada en muchos casos para justificar la utilización de la inducción al parto en la semana 40 a pesar de que el embarazo pueda continuar todavía y concluir dando a luz de forma natural.

Las diferencias entre comunidades autónomas y hospitales en el uso de este método muestran la misma arbitrariedad que se observan con las cesáreas sin base científica que lo justifique. De nuevo de los propios datos se abstrae que en muchos casos se somete a las mujeres a intervenciones innecesarias como la utilización de altas dosis de oxitocina, muy superiores a las que el propio cuerpo libera cuando el bebé se encuentra de forma natural en el canal del parto.

La supuesta neutralidad de la ciencia es una de las bases de la violencia obstétrica. En el capitalismo patriarcal la ciencia, como todos los recursos, está puesta al servicio de la reproducción del capital, y por tanto esta no puede ser ajena al objetivo de control y explotación tanto de la fuerza productiva como del cuerpo de las mujeres y la reproducción de la especie.

De la misma manera, nos encontramos con que a lo largo de la historia se han creado oportunamente, sin ninguna base científica, patologías de las mujeres, como la llamada "histeria" que tenían y tienen un claro objetivo de control social mediante la desacreditación de la figura femenina.

La violencia obstétrica es por tanto una violencia estructural que también incluye la infantilización de las mujeres, cuestionando su capacidad y racionalidad para la toma de decisiones, criterios de los que este sistema se sirve para privar de información cuando es solicitada sobre las decisiones que se toman respecto a su gestación, que a veces ocurren de forma explícita pero que en muchas otras ocasiones tienen lugar bajo el amparo del

desconocimiento de las mismas.

Violencia obstétrica en la era covid

Durante la pandemia y la crisis hospitalaria se realizó un seguimiento por parte de la revista científica «Journal of Clinical Medicine» sobre la tasa de cesáreas en España durante la primera ola de Covid-19 de 2020. En el artículo «El perfil de las pacientes obstétricas con infección por SARS-CoV-2 según el país de origen» se obtiene un incremento del 10% en la tasa de cesáreas con respecto al mismo periodo en años anteriores.

«En concreto, el porcentaje de cesáreas que se realizaron entre marzo y septiembre, a mujeres con Covid-19 ascendió hasta el 35,9%», asegura el doctor Juan León, Jefe de sección de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, encargado de liderar la investigación. «En aquellos primeros meses, a falta de herramientas terapéuticas para controlar la enfermedad, la cesárea se convertía en la alternativa más oportuna para salvaguardar la salud de la mujer que, en ocasiones, tras dar a luz pasaba a la UCI con el objetivo de controlar la Covid-19».

Tirso Pérez de Medina, Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, también reconocía que "en las primeras semanas de marzo, ante gestantes que presentaban neumonía bilateral grave que amenazaba su vida se optó por practicar cesárea"

El doctor Pérez de Medina asegura que «las cesáreas aumentan el riesgo de complicaciones en las embarazadas con coronavirus». Y según un estudio dirigido por Óscar Martínez Pérez, adjunto del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda los datos lo corroboran. Este estudio, publicado en la revista científica «JAMA» en mayo de 2020, señaló que el 21,6% de las gestantes Covid-19 sufrió un empeoramiento de su situación clínica tras dar a luz por cesárea, frente al 4,9% de las que lo hicieron por vía vaginal. Tras la intervención, un 13,5% de las madres tuvo que ser ingresada en la UCI, frente a ninguna de las que dieron a luz por vía vaginal.

Los datos evidencian que estas decisiones, en muchos casos, no son tomadas en base a hechos científicos comprobados sino en base a una lógica de privatización, desfinanciación, infracontratación y precariedad de gran parte del personal de la sanidad pública, que ha instaurado un funcionamiento a golpe de cuadrante y agendas de inducción, por encima de las necesidades de pacientes y trabajadores.

Sanidad Pública en descomposición

La grave situación de la sanidad pública durante la pandemia ha evidenciado y agudizado situaciones que ya antes eran terribles.

Los datos reflejan grandes diferencias entre hospitales, entre comunidades y entre la sanidad pública y privada. Así, la probabilidad de dar a luz por cesárea en un hospital privado de Valencia cuadriplica la de los centros públicos de Euskadi y la tasa de cesáreas

en los centros públicos de Cáceres es 9 puntos superior a la de Toledo.

La probabilidad de que una mujer dé a luz por cesárea en La Rioja cambia según en qué hospital lo haga. De 2000 a 2016 el 22% de los partos de la sanidad pública riojana fueron por cesárea, mientras que en la privada, aunque con mucho menos partos, la tasa ascendió al 47,8%.

Por poner un ejemplo de la arbitrariedad en la atención dispensada y la posibilidad de sufrir violencia obstétrica dependiendo de cuál sea tu hospital de referencia, señalaremos que de los nacimientos registrados el año pasado en el hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Extremadura), **el 45% tuvieron lugar mediante cesárea**, cuando la media nacional que recordemos, dobla la de otros estados de la UE, es del 26%.

La Gerencia del área de salud de este hospital afirmó ser consciente de «la necesidad de mejorar estos porcentajes» y señaló que «se ha doblado el número de matronas en cada turno», pasando de una a dos y ha convocado «una reunión monográfica» con la idea de «crear un grupo de trabajo específico para abordar esta cuestión, que hará un análisis de situación y planteará las medidas correctoras necesarias».

Es decir, los datos muestran que la infracontratación de personal y la falta de formación y actualización del personal existente en determinadas técnicas que evitan la intervención quirúrgica están estrecha y directamente relacionadas con el incremento de la tasa de cesáreas y por tanto con la posibilidad de sufrir violencia obstétrica, al no poder ser atendidas las necesidades de las pacientes por el personal disponible, por falta de recursos humanos numéricos, fatiga pandémica, carestía de recursos y ausencia de formación complementaria.

Teniendo en cuenta que los datos del estudio que concluyen que a menor posición socioeconómica mayor riesgo de sufrir violencia obstétrica, se llegaría a la conclusión lógica de que aquellas personas con acceso a la sanidad privada o las contrataciones público-privadas tendrían un menor riesgo de finalizar su embarazo mediante cesárea. Pero los datos nos llevan a una realidad diametralmente opuesta: en la sanidad privada o las contrataciones público-privadas que de facto esconden privatizaciones de servicios vemos como en algunos casos se disparan.

Esto se debe a un proceso de industrialización de los partos como vienen denunciando algunos profesionales, pero también a que, en las contrataciones público-privadas existe un catálogo de servicios con un coste asignado que luego se le pasa a la sanidad pública a modo de factura por los servicios prestados.

En ese catálogo de servicios, la cesárea conlleva un importe superior al parto vaginal ya que es una intervención de mayor riesgo, por lo que en muchos hospitales privados o con modelo de subcontratación de servicios se prioriza la práctica de cesáreas porque son más cómodas para esta lógica fabril que pretenden implantar, ya que permiten organizar inducciones (con su mayor riesgo de cesárea frente al parto no inducido) y cesáreas, calendarizar el parto, con su correspondiente incremento de los ingresos, por la lógica capitalista de que están mejor remuneradas en el catálogo de servicios.

La realidad es que la violencia obstétrica es rentable. Es consecuencia de aplicar una lógica patriarcal y de mercado a la sanidad y en concreto a la maternidad. Las contrataciones público-privadas llevadas a cabo no solo por el PP como se quiere hacer creer, también en muchas ocasiones por PSOE y UP, su dejación de responsabilidades en este asunto mientras son gobierno, y la gestión de la pandemia para ricos que están llevando a cabo, son directamente responsables de que las mujeres sigamos sufriendo violencia obstétrica, y que esta vaya en aumento.

Una medida feminista básica sería inyectar presupuesto suficiente a la sanidad pública, acabar con las externalizaciones y la precariedad del personal sanitario, de limpieza y servicios, altamente feminizado, e incrementar la contratación hasta el número necesario para garantizar una atención medicosanitaria adecuada, poner a disposición de la misma los recursos usurpados por la privada, invertir en formar mejores profesionales y que la sanidad pública sea realmente para todas y todos.

Por todo ello es necesario dejar de perdonarle la vida a un supuesto "gobierno feminista" que no gobierna ni para las trabajadoras ni para las madres, ni mucho menos para las madres trabajadoras. Es hora de levantar un movimiento imparable, irreverente, que enseñe los dientes, que muestre que no le debe nada a nadie y que no se conforme con gestos electorales, sino que se la juegue a salir a las calles y denunciar esta y muchas otras violencias que sufrimos a diario.

<http://www.izquierdadiario.es/Violencia-obstetrica-una-lacra-agudizada-por-la-COVID-19-y-la-desfinanciacion-de-la-sanidad>

https://www.lahaine.org/est_espanol.php/violencia-obstetrica-una-lacra-agudizada