

## EL PARTO HUMANIZADO COMO RESPUESTA A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

ARTÍCULO

*Anthony González Taveras*<sup>1</sup>

*El parto humanizado significa la creación de un espacio familiar en el cual mamá y bebé sean los protagonistas y el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Por el contrario, la violencia obstétrica es aquella violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer. La comunidad médica favorece la práctica de cesárea lo que ha provocado un aumento en el número de procedimientos realizados en los últimos años. Ante este panorama alentador, las doulas y parteras han sido identificadas como agentes facilitadoras del parto humanizado. Las doulas proveen apoyo físico y emocional continuo a la madre antes, durante y después del parto. Las parteras, por su parte, ofrecen atención médica a las mujeres en todas las etapas de su vida, incluyendo: los procesos del parto, cuidados al recién nacido y consejería de salud. Actualmente los servicios de estas profesionales no son accesibles para las familias que así lo deseen pues las aseguradoras médicas, tanto privadas como del Estado, no costean el gasto. Con este artículo pretendemos realizar un análisis crítico sobre la violencia obstétrica y el alza en la tasa de cesáreas en Puerto Rico, y cómo lo anterior repercute en la necesidad de un parto humanizado accesible.*

*Humanized birth means the creation of a family space in which Mother and baby are the protagonists and their development occurs in the most natural way possible. On the other hand, obstetric violence the act in which the health professional damages the body and reproductive processes of women. The medical community favors the*

---

<sup>1</sup> Anthony González Taveras es estudiante de tercer año de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, tiene el grado de Bachiller en Artes y Ciencias con concentración en Biología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez.

*practice of cesarean labor which has resulted in an increase of their implementation in recent years. Before this encouraging picture, doulas and midwives have been identified as facilitator agents of humanized birth. Doulas provide continuous physical and emotional support to the mother before, during and after delivery. Midwives, meanwhile, offer medical care to women in all stages of life, including: the process of birth, baby care, and health counseling. Currently these professional services are not accessible to families that wish for it; both private and governmental insurers do not cover the expense. With this article we intend to conduct a critical analysis of obstetric violence and the rising rate of cesarean sections in Puerto Rico, and how the above impacts the need for an accessible humanized birth.*

*Para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer*

Michel Odent

## INTRODUCCIÓN

La importancia del parto humanizado se levanta en momentos donde se reportan patrones de violencia obstétrica a través del mundo.<sup>2</sup> En su acepción más sencilla, el parto humanizado significa la creación de un espacio familiar en el cual mamá y bebé sean los protagonistas y el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.<sup>3</sup> Por el contrario, la violencia obstétrica es aquella violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer.<sup>4</sup> Según estudios, la clase médica del país favorece los procedimientos de cesáreas y omiten el consentimiento informado.<sup>5</sup> Estas tendencias son cónsonas con la tasa

---

<sup>2</sup> Roberto Castro y Joaquina Erviti: *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, 19 REVISTA CONAMED 37-42 (2014) disponible en <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>3</sup> ¿Qué significa parto humanizado?, MINISTERIO DE LA SALUD PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, en [http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com\\_content&view=article&id=405&Itemid=224](http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=405&Itemid=224) (última visita, 29 de noviembre de 2014).

<sup>4</sup> Laura F. Belli, *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*, REVISTA REDBIOÉTICA/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34 (2013) disponible en [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>5</sup> Parrilla et al., *Conocimiento, las actitudes y las experiencias del embarazo y el parto en un grupo de madres puertorriqueñas con parto por cesárea*. REVISTA PUERTORRIQUEÑA DE MEDICINA Y SALUD PÚBLICA. 10: 16-24 (2008) disponible en [http://www.draparrilla.com/pdf/CS\\_RevSalPub2.pdf](http://www.draparrilla.com/pdf/CS_RevSalPub2.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

elevada de cesáreas realizadas en Puerto Rico, que según el Departamento de Salud, para el año 2010 fue de 48.2 por ciento.<sup>6</sup>

Ante este panorama alentador, las doulas y parteras han sido identificadas como agentes facilitadoras del parto humanizado. Las doulas proveen apoyo físico y emocional continuo a la madre antes, durante y después del parto.<sup>7</sup> Las parteras, por su parte, ofrecen atención médica a las mujeres en todas las etapas de su vida, incluyendo: los procesos del parto, cuidados al recién nacido y consejería de salud.<sup>8</sup> Actualmente los servicios de estas profesionales no son accesibles para las familias que así lo deseen pues las aseguradoras médicas, tanto privadas como del Estado, no costean el gasto. Esto significa que se estaría cuartando la decisión de una mujer gestante a optar por un parto digno y humanizado.

Con este artículo pretendemos realizar un análisis crítico sobre la violencia obstétrica y el alza en la tasa de cesáreas en Puerto Rico, y cómo lo anterior repercute en la necesidad de un parto humanizado accesible. Como parte de la investigación examinamos la historia, las definiciones y el ordenamiento jurídico aplicable a la situación planteada, incluyendo el derecho a la intimidad y figura del consentimiento informado. Conjuntamente, se incluyó una compilación de la gestión legislativa en Puerto Rico que atiende el parto humanizado y las tasas de cesáreas.

## II. LOS COMIENZOS DEL PARTO Y SU TRASFORMACIÓN

Las civilizaciones del antiguo Egipto documentaron mediante escrituras ideográficas las primeras imágenes de partos.<sup>9</sup> En estos retratos se puede observar una mujer parir en cuclillas o agachada sobre dos ladrillos.<sup>10</sup> A través de la historia se ha acreditado que el parto era llevado a cabo entre la mujer parturienta y otras mujeres amigas, familiares o parteras que le asistían durante el proceso, esto era conocido como la filosofía social del parto.<sup>11</sup> La documentación existente apunta

---

<sup>6</sup> Departamento de Salud de Puerto Rico, *Informe Anual de Estadísticas Vitales Nacimientos, Matrimonios y Divorcios 2009-2010* 30 (2013) disponible en [http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=k38ErIOOU\\_Y%3d&tabid=186](http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=k38ErIOOU_Y%3d&tabid=186) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>7</sup> What is a doula?, DONA INTERNATIONAL, en <http://www.dona.org/mothers/> (última visita, 29 de noviembre de 2014)

<sup>8</sup> ¿Qué es una partera?, AMERICAN COLLEGE OF NURSE MIDWIFE, [http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibrary\\_Files/Filename/000000000663/Que%20Es%20Una%20Partera%20%28What%20Is%20a%20Midwife%29.pdf](http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibrary_Files/Filename/000000000663/Que%20Es%20Una%20Partera%20%28What%20Is%20a%20Midwife%29.pdf) (última visita, 15 de abril de 2015)

<sup>9</sup> JEAN TOWLER & JOAN BRAMAL, *COMADRONAS EN LA HISTORIA Y EN LA SOCIEDAD* 9-10 (1997)

<sup>10</sup> *Id.*

<sup>11</sup> Karla Papagni & Ellen Buckner, *Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective*, *J PERINAT EDUC.* 15(1): 11 (2006) disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595283/>

a que las comadronas atendían básicamente todos los partos, de todas las mujeres, incluyendo la realeza.<sup>12</sup> Hasta los comienzos del siglo XX, en Puerto Rico, al igual que en Estados Unidos,<sup>13</sup> la gran mayoría de los nacimientos eran atendidos por comadronas y ocurrían en el hogar.<sup>14</sup> A partir de la década del 1920 comenzó una medicalización acelerada y se transfirió el parto a las aulas del hospital.<sup>15</sup> La medicalización del parto se favoreció como medida aséptica y formaba parte de una estrategia para disminuir la mortalidad materno-infantil.<sup>16</sup> Ya para el 1930 los médicos observaron que el parto se había alterado, que habían surgido nuevos problemas y que no se obtenían mejores resultados.<sup>17</sup>

La medicalización del parto supuso una experiencia cargada del uso de tecnología, aislamiento y despersonalización que no atendía las necesidades individuales. La continua intervención médica en el parto, de manera técnica y mecanizada, derivó en la patologización de un proceso natural.<sup>18</sup> La construcción de la relación médico-paciente se crea desde un paternalismo médico, es decir, la relación es vertical y está marcada por una superioridad del médico, objeto a todas las intervenciones necesarias, con una obediencia incondicional del paciente y una restricción de la información suministrada.<sup>19</sup> Estos procesos de tecnificación dieron paso a la subordinación con los profesionales de la salud, en su mayoría hombres, y a prácticas tendientes a regular y controlar la maternidad.<sup>20</sup> La experiencia del parto “pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación”.<sup>21</sup>

---

<sup>12</sup> TOWLER, *supra* en la nota 10, pág. 10.

<sup>13</sup> MacDorman, et Al., *Home Births in the United States*, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2012) disponible en <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.pdf> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>14</sup> Díaz Ortiz, Debbie Ann, *El servicio de las parteras en Puerto Rico: Historia de la profesión y análisis del servicio a través del nivel de satisfacción de las madres, atendidas durante la gestación, alumbramiento y puerperio en las décadas del 1980 y 1990* 71 (1999) (Tesis de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas)

<sup>15</sup> RICHARD W. WERTZ & DOROTHY C. WERTZ LYING-IN: A HISTORY OF CHILDBIRTH IN AMERICA 133 (1989)

<sup>16</sup> *Id.*

<sup>17</sup> *Id.*

<sup>18</sup> Calderón Pérez, Trina E., *Tendencias de las cesáreas primarias en Puerto Rico 1990-1997* 1 (2003) (Tesis sin publicar de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas)

<sup>19</sup> MÉNDEZ BAIGES, VÍCTOR, *BIOÉTICA Y DERECHO* 61 (2007)

<sup>20</sup> BELLI, *supra*, nota 5 en las págs. 25-27.

<sup>21</sup> *Id.* en la pág. 27.

### III. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUERTO RICO

La violencia obstétrica, según los indicadores básicos de la Organización Panamericana de la Salud, es “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”.<sup>22</sup> De una radiografía a los procesos llevados a cabo en la medicina convencional en Puerto Rico surgen indicadores de violencia obstétrica y una posible relación con la alta tasa de cesáreas en el país.

En el 2008 se publicó un estudio por la Dra. Parrilla-Rodríguez, el Dr. Gorrín Peralta y el Dr. Dávila Torres, el cual buscaba explorar los conocimientos, actitudes y experiencias en el embarazo y el parto en las mujeres puertorriqueñas luego de un parto por cesárea.<sup>23</sup> Al evaluar las opiniones de las madres, en cuanto el periodo prenatal, se encontró que la información ofrecida por el o la obstetra se limitó a pruebas de laboratorio y sonogramas. No se le ofreció ninguna otra información sobre las estrategias para reducir el riesgo de una cesárea. Tampoco se reportó que él o la obstetra les orientara sobre el derecho a rehusar una intervención o el consentimiento informado. En general, se reportó que las mujeres no conocían sobre los servicios de las doulas. La mayoría de las madres expresaron que su parto fue inducido mediante el uso de “pitosina”<sup>24</sup> o medicamento. Estos resultados son cónsonos con las estadísticas del Departamento de Salud, el cual informó que el 59.5 por ciento de los partos son inducidos y 84 por ciento son prematuros.<sup>25</sup>

Otro proceso que se realiza a menudo, sin el debido consentimiento, es la amniotomía, también conocida como rotura artificial de las membranas amnióticas.<sup>26</sup> Este procedimiento es utilizado para acortar el tiempo de parto, monitorear el feto

---

<sup>22</sup> Asia Villegas Poljak, *La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico*, REVISTA VENEZOLANA DE ESTUDIOS DE LA MUJER, v. 14 n.32 (2009) disponible en [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>23</sup> PARRILLA, *supra* en la nota 6.

<sup>24</sup> Nombre comercial de la hormona Oxitocina, la cual se usa para provocar contracciones en el útero. American Congress of Obstetricians and Gynecologist, <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Induccion-del-trabajo-de-parto> (última visita en 15 de abril de 2015).

<sup>25</sup> Departamento de Salud, *supra* nota 7 en la pág. 35.

<sup>26</sup> Wolomby JJ, et al., *Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo*, BSR Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (5 de enero de 2009), [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/CD006167\\_Wolombyj\\_com/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006167_Wolombyj_com/es/) (última visita 17 de junio de 2015).

u obtener líquido amniótico para una inspección visual.<sup>27</sup> La medicina obstétrica ha considerado que acortar la duración del trabajo puede reducir el riesgo de morbilidad materna en casos de trabajo de partos complicados y prolongados.<sup>28</sup> Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) ha reportado que la amniotomía puede atrasar el proceso de trabajo de parto y aumentar las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, lo que a su vez aumenta la necesidad de otras intervenciones como la cesárea.<sup>29</sup> Un estudio realizado por Smyth, et al., respalda este pronunciamiento y demuestra que la amniotomía está asociada con un mayor riesgo de parto por cesárea.<sup>30</sup> Más aún, los autores concluyen que este procedimiento no debe ser utilizado rutinariamente y recomiendan que las mujeres gestantes, a quienes se les ofrece la amniotomía, tengan la información sobre los recientes hallazgos.<sup>31</sup>

Otras prácticas llevadas a cabo en los hospitales que pueden ser consideradas violencia obstétrica y que han sido señalada como dañinas por la OMS son: prohibición del acompañamiento, la inducción del parto antes de las cuarentidos (42) semanas, la episiotomía rutinaria, el rasurado, restricción de líquidos y comida, exámenes vaginales frecuentes, restricción de la posición materna durante el trabajo de parto, uso rutinario de sedantes y tranquilizantes, esfuerzos de pujos sostenidos y dirigidos, uso rutinario del monitor fetal, la separación prolongada de madre y bebé luego del nacimiento<sup>32</sup>, uso de fórceps y aspiradoras para recibir al neonato, pujos forzados o dirigidos, corte temprano del cordón umbilical<sup>33</sup>, obstáculos para la lactancia, suministro sin consentimiento de sucedáneos de la leche, entre otras.<sup>34</sup> La mayoría de las prácticas antes mencionadas tienen algo en común según los estudios presentados, todas aumentan la probabilidad de tener que recurrir a un procedimiento de cesárea y/o intervenciones quirúrgicas innecesarias.

---

<sup>27</sup> *Id.*

<sup>28</sup> *Id.*

<sup>29</sup> *Id.*

<sup>30</sup> *Id.*

<sup>31</sup> *Id.*

<sup>32</sup> Parrilla, et al., *Breastfeeding experience among a group of puertorican mothers delivered by cesarean section*, MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAM SCHOOL OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF PUERTO RICO 181 (2005), disponible en [http://www.draparrilla.com/pdf/bf\\_cs.pdf](http://www.draparrilla.com/pdf/bf_cs.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>33</sup> McDonald, et al., *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*, EVID BASED CHILD HEALTH (2014) Jun;9(2):303-97, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23843134> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>34</sup> Organización Mundial de la Salud, *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica* (1996), disponible en [http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)

#### IV. EL PROCEDIMIENTO DE CESÁREAS Y SUS CONSECUENCIAS

El parto por medio de cesárea se realiza a través de una abertura quirúrgica en el área ventral baja de la madre y el mismo se lleva a cabo cuando no es posible o seguro que la madre dé a luz al bebé a través de la vagina.<sup>35</sup> La OMS ha expresado que ningún país debería tener un número mayor al 15 por ciento (15%) de partos por cesáreas.<sup>36</sup> Sin embargo, en el año 2010 las estadísticas del Departamento de Salud reflejaron que en Puerto Rico se realizó una cesárea en el 46.8 por ciento de los casos.<sup>37</sup> Lo anterior sugiere que dos terceras partes de las cesáreas son procedimientos innecesarios. Este resultado ha sido alarmante para el país pues nos posiciona entre las tasas de cesáreas más alta del mundo.<sup>38</sup>

Las respuestas de diversos sectores se han hecho sentir, incluyendo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, quienes han expresado que se equivocaron por mucho tiempo al utilizar el procedimiento de cesáreas de forma apresurada en el parto.<sup>39</sup> Además, advierten que permitir que las mujeres pasen más tiempo en la primera etapa del parto pudiera evitar cesáreas innecesarias.<sup>40</sup> La importancia de atender el asunto radica en que este procedimiento quirúrgico acarrea más riesgos a la salud materno-infantil y requiere un mayor tiempo de recuperación.

Entre los riesgos de una cesárea se encuentran las lesiones en la vejiga y el sistema digestivo, mayor tasa de infección, sangrado, hemorragia, problemas de circulación en las piernas, fallos en órganos pélvicos y pulmones, reacción adversa a la anestesia u otros medicamentos.<sup>41</sup> Además, la recuperación de esta inter-

---

<sup>35</sup> Cesárea, MedlinePlus, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm> (última visita, 29 de noviembre de 2014).

<sup>36</sup> Organización Mundial para la Salud, *Tecnología apropiada para el parto*, LANCET, 2:436-7 (1985), disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csahud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_2\\_promocion\\_de\\_la\\_salud/embarazo\\_y\\_salud/tecnologia\\_parto.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csahud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>37</sup> DEPARTAMENTO DE SALUD, *supra* nota 7, en la pág. 30.

<sup>38</sup> Rebecca Banuchi, Buscan frenar las cesáreas en Puerto Rico, EL NUEVO DÍA, 5 de agosto de 2013 en <http://www.elnuevodia.com/buscanfrenarlascesareasenpuertorico-1566454.html> (última visita, 29 de noviembre de 2014).

<sup>39</sup> “Evidence now shows that labor actually progresses slower than we thought in the past, so many women might just need a little more time to labor and deliver vaginally instead of moving to a cesarean delivery,” said Aaron B. Caughey, MD, a member of The College’s Committee on Obstetric Practice who helped develop the new recommendations. Society for maternal and fetal medicine, *Nation’s Ob-Gyns Take Aim at Preventing Cesareans*, Acog.org, (19 de febrero de 2014), <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2014/Nations-Ob-Gyns-Take-Aim-at-Preventing-Cesareans> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>40</sup> *Id.*

<sup>41</sup> The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, *Cesarean Birth (C-section)*, (mayo de 2011), <http://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq006.pdf?dmc=1&ts=20141020T2323336034>, (última visita, 19 de octubre de 2014).

vención quirúrgica es mucho más larga y puede extenderse hasta por seis semanas. Durante la recuperación la mujer experimentara calambres, sangrado y descargas y fuertes dolores en la herida. A esto se le suma el efecto psicológico que tiene sobre la madre.<sup>42</sup>

Los efectos de la cesárea luego de la recuperación no son alentadores. Se ha demostrado que luego de esta intervención quirúrgica, y en gestaciones posteriores, las mujeres experimentan un aumento en muerte fetal y embarazos ectópicos,<sup>43-44</sup> problemas de placenta previa,<sup>45</sup> desprendimiento de la placenta o rápido crecimiento de la placenta y un mayor riesgo de ruptura uterina en partos posteriores.<sup>46</sup> Menos de un por ciento<sup>47</sup> de las madres tuvieron un parto vaginal luego de una cesárea.<sup>48</sup> Los neonatos nacidos por medio de cesárea presentan una puntuación menor del índice APGAR.<sup>49</sup> Otro estudio reveló que los neonatos nacidos por cesáreas confrontaron problemas respiratorios.<sup>50</sup> Por último, se ha documentado que las cesáreas, son una barrera para el inicio, tipo y duración de la lactancia.<sup>51</sup>

---

<sup>42</sup> Ryding E.L., *Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery*, J PSYCHOSOM OBSTET GYNAECOL, 135-44 (1998) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9844844>

<sup>43</sup> Sinead M., Oneill, et al., *Cesarean section and rate of subsequent stillbirth, miscarriage, and ectopic pregnancy: a Danish register-based cohort study*, PLOS MED, 11(7):e1001670 (1 de julio de 2014) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077571> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>44</sup> El embarazo ectópico es el que ocurre por fuera de la matriz (útero) y es una afección potencialmente mortal para la madre. *Embarazo Ectópico*, MEDLINEPLUS, (24 de febrero de 2014), <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm>, (última visita, 14 de noviembre de 2014).

<sup>45</sup> Getahun D., et al., *Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption*, OBSTET GYNECOL, 107(4):771-8, (abril de 2006) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582111> (última visita 17 de junio de 2015)

<sup>46</sup> Kennare R, et al., *Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery*, OBSTET GYNECOL, 109: 270-6, (mayo de 2007) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267823>.

<sup>47</sup> 0.6%.

<sup>48</sup> Departamento de Salud, *Informe Anual de Estadísticas Vitales 2004-94* (2006) disponible en <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=7ADJ6fSujrM%3D> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>49</sup> Departamento de Salud, *supra* nota 7 en la pág. 42.

<sup>50</sup> Noskova, *Neonatal effect of remifentanyl in general anaesthesia for caesarean section: a randomized trial*, BMC ANESTHESIOLOGY, 15:38 (26 de marzo de 2015) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25821405> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>51</sup> Gorrin & Parrilla, *El manejo del parto y sus implicaciones para la lactancia y el amamantamiento*, OB Stare 21 (2001), disponible en [http://www.draparrilla.com/pdf/manejo\\_parto\\_lactancia2.pdf](http://www.draparrilla.com/pdf/manejo_parto_lactancia2.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

## V. EL PARTO HUMANIZADO: UNA ALTERNATIVA REPRODUCTIVA SALUDABLE

El parto y el nacimiento humanizado promueven un ambiente de amor, respeto y seguridad. Es un espacio en el cual se reconoce la fuerza y sabiduría del cuerpo humano, con alegría y acompañamiento.<sup>52</sup> Este modelo toma en cuenta las opiniones, necesidades y valorizaciones de las mujeres y sus familias durante la gestación, el parto y puerperio.<sup>53</sup> Además, afirma el derecho de libertad de las mujeres o parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir.<sup>54</sup> El concepto parte del principio de que el cuerpo femenino está diseñado, preparado y capacitado para llevar a cabo los procesos fisiológicos en la preñez, el parto y nacimiento de la criatura. Asimismo, reconoce que la experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas y por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los y las bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad.<sup>55</sup>

La OMS se reunió en una conferencia en California en el 1985. En esa reunión, según la evidencia científica y los estudios comparados existentes, la OMS emitió una serie de prácticas recomendadas durante el parto. Estas son: (1) Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado; (2) Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto; (3) Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto; (4) No hacer episiotomía de rutina; (5) No hacer rasurado y enema de rutina; (6) No hacer monitoreo fetal electrónico de rutina; (7) Permitir toma de líquidos y alimentos en trabajo de parto; (8) Restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia, y; (9) Limitar las tasa de cesárea al 15 por ciento.<sup>56</sup>

### A. Doulas y parteras: agentes facilitadoras del parto humanizado

La partería es una profesión ancestral que a través de la historia ha servido a las mujeres en el embarazo, el parto, el cuidado del neonato y la lactancia. En Puerto Rico esta profesión ha existido reglamentada desde el 1876.<sup>57</sup> Para las décadas del 1930 y 1940 existían más de mil quinientas parteras y atendían el 85 por ciento

---

<sup>52</sup> FREYERMUTH, ET AL., LA MUERTE MATERNA. ACCIONES Y ESTRATEGIAS HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA 96 (2009), disponible en [http://informe.gire.org.mx/rec/muerte\\_materna\\_ciesas.pdf](http://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf) (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>53</sup> Nueve Lunas, *Atención Humanizada del Parto y el Nacimiento Por un parto amoroso, libre, consiente y seguro* 14 (2011), disponible en <http://www.nuevelunas.org.mx/partohumanizado.pdf> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>54</sup> *Id.*

<sup>55</sup> FREYERMUTH, *supra* nota 47 en la pág. 101.

<sup>56</sup> NUEVE LUNAS, *supra* nota 48 en pág. 13.

<sup>57</sup> DÍAZ ORTIZ, *supra* nota 15.

(85%) de los partos del país.<sup>58</sup> En el año 1980 la profesión sufrió un gran revés cuando se detuvo la concesión de nuevas licencias de partería. Actualmente, la Universidad de Puerto Rico Reciento de Ciencias Médicas, cuenta con un programa de enfermeras parteras que también ejercen su labor en el hospital. Las parteras profesionales certificadas se distinguen por tener una educación y entrenamiento enfocado en nacimientos fuera del hospital.<sup>59</sup>

Esta profesión posee características que la hacen a fin con un parto humanizado. El modelo de parto según las parteras es uno centralizado en la fémica gestante, que reconoce la unidad entre el cuerpo y mente, y la inseparación de los procesos entre mamá y bebé.<sup>60</sup> Ofrecen sus servicios “de manera humanizada y respetuosa, con la mínima intervención durante el proceso fisiológico, a la vez que honra las decisiones de las madres”.<sup>61</sup> Por ejemplo, la partera labora en conjunto con la mujer parturienta<sup>62</sup> y el cuidado incluye un monitoreo no invasivo del progreso del embarazo, parto, nacimiento y periodo postparto. El proceso de parto ocurre a su propio ritmo y no tiene pautado un tiempo rígido limitado.<sup>63</sup> La educación, el monitoreo y el proceso de toma de decisiones llevado a cabo, está basado en prácticas sustentadas con evidencia y el consentimiento informado.<sup>64</sup> Asimismo, las parteras brindan recomendaciones para el manejo apropiado de complicaciones que pudieran presentarse, inclusive colaboran con otros proveedores de salud si es necesario.<sup>65</sup>

La acogida de esta práctica se ha hecho sentir en las estadísticas nacionales de los Estados Unidos, donde el número de partos fuera del hospital ha experimentado un aumento gradual y continuo durante los pasados diez años.<sup>66</sup> En Puerto Rico existe una acogida que va en crecimiento y actualmente se reportan aproximadamente 130 partos en el hogar.<sup>67</sup> No es para menos, pues entre las ventajas de

---

<sup>58</sup> *Id.*

<sup>59</sup> Midwife Alliance North America, *Legal Status of U.S. Midwives*, MANA.ORG, <http://mana.org/about-midwives/legal-status-of-us-midwives> (última visita, 19 de octubre de 2014).

<sup>60</sup> INA MAY GASKIN, *INA MAY'S GUIDES TO CHILDBIRTH* 184 (2003)

<sup>61</sup> Definición de partera, Hermandad de Parteras de Puerto Rico, <http://hprp.ws/definiciones.html> (última visita, 18 de mayo de 2015).

<sup>62</sup> *What is a CPM?* (Brynne Potter ed., 2014), <http://narm.org/> (última visita, 19 de octubre de 2014).

<sup>63</sup> GASKIN, *supra* nota 56 en la pág. 184.

<sup>64</sup> *Id.*

<sup>65</sup> *Supra* en la nota 57.

<sup>66</sup> MACDORMAN, ET AL., *TRENDS IN OUT-OF-HOSPITAL BIRTHS IN THE UNITED STATES 1990–2012*, 3 (2014), disponible en <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db144.pdf> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>67</sup> Sarah Vázquez Pérez, *El arte de nacer*, Metro Puerto Rico, 7 de mayo de 2015, en la página 6-7.

esta modalidad se encuentra la probabilidad más alta de un parto vaginal y que el mismo se realice dentro del término adecuado.<sup>68</sup> Según estadísticas de Ina May Gaskin, experimentada y reconocida partera, cuando se utiliza el cuidado de una partera existe hasta un noventicinco por ciento (95%) de posibilidad que las mujeres puedan dar a luz sin cirugías o procedimientos como fórceps y aspiradoras.<sup>69</sup>

Por otro lado, las doulas han servido de gran ayuda y apoyo durante el parto de las mujeres. Esta profesión ganó mucha popularidad durante la década de los ochenta cuando comenzó el gran aumento de cesáreas.<sup>70</sup> Las mujeres invitaban a sus amigas, instructoras de parto o enfermeras para que le proveyeran apoyo durante el parto y así evitar una cesárea.<sup>71</sup> En la actualidad, existen reportes que establecen que las mujeres que recibieron apoyo continuo durante el parto tuvieron más probabilidades de que el parto fuera espontáneo, por vía vaginal y menos probabilidades de recibir analgesia intraparto o de mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto.<sup>72</sup> Entre las ventajas reportadas en el acompañamiento durante el parto se encuentran: trabajo de parto más corto, bebés con mejores índices de Apgar, menor uso de *fórceps* y *vacum*, disminución de costos y mayor satisfacción de la mujer.<sup>73</sup>

Desde el 2013 en Puerto Rico opera el programa SePare en Vega Baja el cual provee los servicios de doulas sin costo alguno para sus participantes. El enfoque programa se caracteriza por ser uno de prevención, orientación, acompañamiento y atención humanizada. Según SePare, entre los beneficios del acompañamiento de la doula se encuentran: una labor de parto más corta, reducción de cesáreas en un 51 por ciento (51%), reducción de medicamentos en 36 por ciento (36%) y facilita el primer encuentro entre mama-bebe. Esta iniciativa se hace posible gracias al reconocimiento en la política pública de la Ley 156 de 2006, Ley 93 de 2008 y el auspicio del Departamento de la Familia y el Municipio de Vega Baja.

---

<sup>68</sup> Un 4.4% de los partos realizados fuera del hospital resultaron en pretérmino, en contraste con un 11.2% de los partos llevados a cabo en hospitales. MACDORMAN, et al., *supra* nota 61 en la pág. 4.

<sup>69</sup> GASKIN, *supra* nota 56 en la pág. 184.

<sup>70</sup> Gilliland A. L., *Beyond holding hands: The modern role of the professional doula*. *Journal of Obstetric, GYNECOLOGIC, AND NEONATAL NURSING*. 31(6):762-769 (2002) en <http://www.doulaworkshop.com/attach/Gilliland.pdf> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>71</sup> *Id.*

<sup>72</sup> Davies BL & Hodnett E., *Labor Support: Nurses Self-Efficacy and Views about Factors Influencing Implementation*. *OBSTET GYNECOL NEONATAL NURS*, 31:48-56 (2002) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11843019> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>73</sup> NUEVE LUNAS, *supra* nota 48 en la pág. 17.

## VI. ORDENAMIENTO JURÍDICO VIGENTE EN PUERTO RICO

### A. *El derecho a la intimidad y la autonomía individual*

La violencia obstétrica pudiera estar lacerando los derechos de las mujeres gestantes bajo las protecciones constitucionales existentes. La decisión de la mujer parturienta de procrear es parte de la autonomía individual y la libertad fundamental del ser humano.<sup>74</sup> Estas protecciones están cobijadas jurisprudencialmente bajo el derecho a la intimidad<sup>75</sup> y por la Constitución de Puerto Rico.<sup>76</sup> El juez Douglas, en *Griswold v. Connecticut*, expresó que este derecho precede y es más antiguo que la misma Carta de Derechos de la Constitución Federal.<sup>77</sup> Mientras que el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha manifestado que “los derechos a la dignidad, integridad personal e intimidad son derechos constitucionales fundamentales que gozan de la más alta jerarquía y constituyen una crucial dimensión en los derechos humanos”.<sup>78</sup> Por su importancia, el derecho a la intimidad opera *ex proprio vigore* y sin la necesidad de que concurra el requisito de acción estatal para invocarlo frente a personas particulares.<sup>79</sup> Esta protección se lesiona, entre otras instancias, cuando se limita la facultad de una persona a tomar decisiones personales, familiares o íntimas.<sup>80</sup>

La situación de autos no sido atendida por nuestro Tribunal Supremo. No obstante, según la doctrina discutida, se pueden identificar que algunos derechos son infringidos en el momento en que se restringe dónde y con quien parir. Ante el regreso de los partos en el hogar, se hace más evidente la inaccesibilidad de los mismos. En Puerto Rico, actualmente las parteras o comadronas no están reconocidas por ley como proveedoras de salud. Esto desata varias consecuencias, entre ellas: (1) las aseguradoras no cubren los costos de los servicios de partería en el hogar; (2) las parteras no pueden prescribir los exámenes diagnósticos para el cuidado prenatal; (3) las parteras no pueden obtener un seguro de responsabilidad

---

<sup>74</sup> En *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973), el más alto foro federal estableció que el derecho a la intimidad se extiende a asuntos de matrimonio, la procreación, contracepción, relaciones familiares, la crianza y educación de la niñez, y la decisión de una mujer de terminar o no con su embarazo.

<sup>75</sup> *Id.*

<sup>76</sup> El derecho a la intimidad está consagrado en el Artículo II, Secciones 1 y 8 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la cual dispone que la dignidad del ser humano es inviolable y que toda persona tiene derecho a protección de ley contra ataques abusivos a su honra, a su reputación y a su vida privada o familiar.

<sup>77</sup> “We deal with a right of privacy older than the Bill of Rights -- older than our political parties, older than our school system” *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479 (1965).

<sup>78</sup> *Arroyo v. Rattan Specialties, Inc.*, 117 DPR 35, 62 (1986).

<sup>79</sup> *Soc. de Gananciales v. Royal Bank de Puerto Rico*, 145 DPR 178, 183 (1998).

<sup>80</sup> *Lozada Tirado v. Tirado Flecha*, 177 DPR 893 (2010).

limitada; entre otras. El Estado, a través del sistema de salud público, se ha negado a costear los servicios médicos de las parteras. Este estado ha provocado que la decisión obligada sea recibir atención médica de los y las obstetras a través del hospital cuartando la decisión de tener un parto en el hogar. Esta situación limita e interfiere con la autonomía individual de cada persona y su derecho a la intimidad al procrear. El Estado, el cual es llamado a velar por la salud y el bienestar de su población,<sup>81</sup> debe proveer esta opción que ha demostrado ser más segura y saludable.

### *B. El consentimiento informado y la agresión médica*

A la par con el derecho a la intimidad, se ha reconocido el derecho de todo paciente de tomar decisiones respecto a la intervención médica a la que habrá de someterse.<sup>82</sup> Ello incluye su derecho a consentir o rechazar tratamiento médico, luego de que su médico le haya provisto la información necesaria para tomar una decisión de esa naturaleza.<sup>83</sup> Esta doctrina, conocida como la doctrina del consentimiento informado, se basa en el derecho fundamental que consagra la inviolabilidad del cuerpo humano como un derecho inalienable de las personas.<sup>84</sup> El consentimiento informado reconoce el ámbito de autonomía, la soberanía y la autodeterminación sobre nuestra integridad corporal para decidir sobre uno(a) mismo(a).<sup>85</sup> A su vez, la doctrina del consentimiento informado, impone al profesional de la salud el deber de informar a su paciente todo lo relacionado con la naturaleza y los riesgos de un tratamiento médico, de manera que éste pueda tomar una decisión inteligente e informada.<sup>86</sup> De hecho, basado en el derecho de intimidad y conforme a la referida doctrina del consentimiento informado, el Tribunal Supremo ha resuelto que una intervención médica realizada sin contar con el consentimiento previo del paciente es un acto torticero e ilegal.<sup>87</sup>

Según los estudios citados, sobre las experiencias de madres durante el cuidado prenatal, parto y postparto, existen practicas obstétricas en claro menosprecio de la

---

<sup>81</sup> La Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912 delega en la Secretaria del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la responsabilidad de garantizar servicios de salud de excelencia al Pueblo de Puerto Rico.

<sup>82</sup> Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 DPR 735, 742 (1994).

<sup>83</sup> Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 DPR 639, 663-66 (1988).

<sup>84</sup> Véase, e.g., Santiago Otero v. Méndez, 135 DPR 540, 557 n. 24 (1994); Montes v. Fondo del Seguro del Estado, 87 DPR 199, 203-04 (1968).

<sup>85</sup> ANTONIO ROVIRA, AUTONOMÍA PERSONAL Y TRATAMIENTO MÉDICO: UNA APROXIMACIÓN CONSTITUCIONAL AL CONSENTIMIENTO INFORMADO 34 (2007).

<sup>86</sup> Rodríguez Crespo, 121 DPR en la pág. 664.

<sup>87</sup> Lozada Tirado, 177 DPR en la pág. 963 y véanse además: Santiago Otero v. Méndez, 135 DPR 540 (1994); Montes v. Fondo del Seguro del Estado, 87 DPR 199, 203 (1963) y; Rojas v. Maldonado, 68 DPR 818 (1948).

normativa sobre el consentimiento informado. Los procedimientos de inducciones, amiotomía y cesáreas se realizan sin proveerle la información necesaria para que la paciente pueda consentir o rechazar la intervención médica. Es decir, no media una advertencia sobre la razón de la intervención, la naturaleza del procedimiento y los posibles riesgos del tratamiento médico. Estas conclusiones se generan teniéndose en cuenta que la mayoría de los procedimientos se llevan a cabo en un contorno que no es de emergencia.<sup>88</sup>

### *C. Protecciones estatutarias en Puerto Rico, esfuerzos legislativos y legislación comparada*

Entre las legislaciones pertinentes que protegen los derechos de los padres y madres durante la gestación se encuentra la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.<sup>89</sup> Pero, aunque esta pieza contiene valiosas disposiciones que permiten exigir un consentimiento informado, la legislatura ha reconocido que esta no es suficiente para atender las necesidades de la mujer parturienta. En respuesta a esta deficiencia, se han aprobado, aunque de forma lenta, una serie de legislación que provee ciertos derechos estatutarios.

En el 2004 se aprobó la *Ley sobre el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos* con el propósito de proteger la lactancia y respetar la decisión de la madre a lactar.<sup>90</sup> Bajo esta ley se proscribe el suministro de alimentación alternativa a la lactancia en centros hospitalario u oficinas médicas sin el consentimiento expreso de la madre o el padre. Luego en el 2006 se legislo la *Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto* la cual contiene una carta exhaustiva de los derechos que ostentan las madres, los padres y las mujeres en gestación.<sup>91</sup> Entre las protecciones más importantes se encuentran el derecho a ser informada, al parto natural como primera alternativa, a estar acompañada en el trabajo de parto y a no ser intimidada. Sin embargo, la falta de cumplimiento con esta ley ha desatado investigaciones por parte de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.<sup>92</sup> Inclusive se ha propuesto

---

<sup>88</sup> “...en ciertas ocasiones, como en casos de emergencia, no hace falta el consentimiento del paciente para operarle. ‘Por emergencia se entiende una combinación imprevista de circunstancias que requiere actuación inmediata; una necesidad es aquella que es inevitable o indispensable’ Torres Pérez v. Hospital Dr. Susoni, Inc., 95 DPR 867 (1968).

<sup>89</sup> Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, 24 LPRA Parte VII, Capítulo 132 (2013).

<sup>90</sup> Ley sobre el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos, Ley 79 del 2004, 24 LPRA § 3517<sup>a</sup> (2004).

<sup>91</sup> Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto, Ley 156 de 2006, 24 LPRA § 3692 (2006).

<sup>92</sup> Res. de la C. núm. 965 de 11 de junio de 2014, 3ra Sec. Ord., 17ma Asam. Leg., en las páginas 1 y 2.

que las instituciones hospitalarias tengan que publicar los derechos incluidos en esta ley.<sup>93</sup>

En Puerto Rico, se ha intentado en varias ocasiones aprobar proyectos que viabilicen el acceso a las parteras. Entre estos se encuentra el P. del S. 309 *Ley para crear la Junta Examinadora y Reguladora de la Partería en Puerto Rico*. Como parte de este proyecto se incluyen medidas para habilitar una junta que estará a cargo de la práctica, certificación, otorgación y revocación de licencias de partería. Esta propuesta licenciaría a profesionales de la partería permitiéndoles a las personas seleccionar sus servicios como profesionales de la salud. Entiendo que este proyecto, de convertirse en ley, sería el que más impacto tendría sobre la problemática y por lo tanto es de vital importancia su aprobación.

Otro proyecto de ley es el P. del S. 680 *Ley para el Acceso a la Información de Estadísticas de Cesáreas*, el cual establece que toda clínica u hospital donde se realicen partos deberá rendir informes trimestrales que incluyan las estadísticas detalladas de los partos realizados por los y las obstetras. La medida busca atender la alarmante tasa de cesáreas y dar primer paso al parto humanizado. Por otro lado, se presentó el Proyecto del Senado 1158, el cual fue aprobado recientemente, para crear el Programa *Parto Humanizado*. Esta propuesta pretende establecer como requisito de ley que los y las obstetras del país orienten a sus pacientes sobre su derecho a recibir atención prenatal apropiada. Además, exige una orientación sobre los factores sociales, emocionales y psicológicos, que son decisivos en la atención prenatal apropiada. El proyecto de ley representa un gran avance en la gestión hacia el acceso del parto humanizado, pero ciertamente es deficiente en algunos aspectos. Por ejemplo, al igual que en la Ley 156 de 2006, no se asegura su cumplimiento ya que no incluyen las consecuencias de su infracción.

## VII. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Existe un problema de agresión y violencia obstétrica que también es violencia de género. Las altas tasas de cesáreas son el reflejo de esta violencia sistematizada por parte de la clase médica del país. Aún mayores problemas se presentan con la falta de orientación que favorezca la lactancia y la nutrición de la madre, la ausencia de clases de parto, la deshumanización de los procesos en los hospitales, el respeto hacia el lecho y la conexión entre madre y neonato en las primeras dos horas luego del nacimiento. Las prácticas del rompimiento de membranas, la inducción irresponsable de partos, el uso de medicamentos, el posicionamiento que solo fomenta la comodidad del médico, el hacinamiento en las oficinas de

---

<sup>93</sup> Véase el P. de la C. núm. 1965 (2014). 9 de mayo de 2014, 3ra Sec. Ord., 17ma Asam. Leg., en las páginas 4 a la 9.

obstetras, las prácticas invasivas, la imposición de “fórmula” como alimento en los hospitales, la falta de apoyo a la lactancia luego del parto, el uso del miedo y la coerción para que las mujeres opten por la cesárea, entre muchos otros se deben erradicar.

El parto humanizado es la forma más saludable y representa el mayor bienestar para la familia. El parto humanizado fomenta la confianza de la mujer en sí misma y constituye un proceso de apoderamiento y autogestión. Se necesita acceso y promoción del servicio de doulas en todos los partos, tanto dentro como fuera del hospital. Recomiendo la creación de un hospital o centro de parto especializado en partos vaginales y naturales el cual se mantenga con fondos públicos y opere bajo la atención de enfermeras parteras. Es necesaria la aprobación de proyectos de ley que permitan seleccionar los servicios de la partería y que los seguros médicos cubran sus gastos. Actualmente, aunque una madre y su pareja opten por tener un parto natural, este no es accesible ya que los planes médicos no cubren los costos de las parteras. Se están violando derechos fundamentales a la intimidad, autonomía individual y libertad, al realizar procedimientos de cesáreas innecesarios por medio de la coerción y sin el consentimiento informado de las mujeres. Además, se están infringiendo todas y cada una de las leyes que protegen a las mujeres en gestación.

Existen gestiones que se pueden conseguir por la vía del reglamento y otras por legislación. Estudios han demostrado que la introducción de auditorías a los y las obstetras ha reducido el número de cesáreas y aumentado la participación del obstetra en el parto.<sup>94</sup> Por otra parte, la adopción de una política institucional prohibiendo la facultad de ordenar inducciones antes de las treintainueve (39) semanas de gestación demostró una reducción en las inducciones selectivas.<sup>95</sup>

Otras recomendaciones en ánimo de reducir la tasa de cesáreas serían: erradicar la violencia obstétrica y establecer la libertad de la mujer a decidir cómo parir. En primer lugar, propongo que se auditen los centros de atención, incluyendo los hospitales, obstetras y sus oficinas. Estas auditorías tendrían el propósito de asegurar el cumplimiento con las leyes que protegen los derechos de la mujer en gestación, tales como la Ley de Acompañamiento, Carta de Derechos del Paciente, leyes que protejan la lactancia y el parto humanizado. Las auditorías deberán realizarse dos veces al año y se emitiría un informe que indique los resultados y que acción se recomienda seguir. Entre otras recomendaciones se encuentran las siguientes:

---

<sup>94</sup> Lasnet A., et al., *Introducing a daily obstetric audit: A solution to reduce the cesarean section rate?*, J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD, S0368-2315(14)00218-X (2014) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25260605> (última visita 17 de junio de 2015).

<sup>95</sup> Yamasato, et al., *Induction Rates and Delivery Outcomes After a Policy Limiting Elective Inductions*, MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL, (23 de septiembre de 2014), en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25272996> (última visita 17 de junio de 2015).

1. Imponer los parámetros, guías y protocolo a seguir para atender el parto, incluyendo las guías sobre los términos ideales del parto.
2. Establecer, por la vía estatutaria, que cualquier obstetra que viole los derechos de una mujer en gestación, al realizar una cesárea sin justificación médica ni consentimiento informado, tendrá que responder en daños y perjuicios.
3. Llevar a cabo investigaciones *mutuo proprio* a través de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica en conjunto con el Departamento de Salud y la Procuradora de la Mujer para buscar responsables y atender la problemática.
4. Facilitar el procedimiento de querellas, haciendo disponible formularios que sean fáciles de llenar y que puedan enviarse por correo postal. Además, hacer uso de los recursos y herramientas en línea a través del internet. Esto debido a que agencias, como la Procuradora de la Mujer y la Junta de Licenciamiento, no tienen oficinas fuera del área metropolitana y es un impedimento para realizar las querellas.
5. Cumplir con la imposición de penas, multas y sanciones severas, producto de las violaciones a las leyes que protegen los derechos de la familia, las mujeres y la niñez en Puerto Rico.
6. Exigir a los hospitales del país contar con los servicios de doulas y parteras como parte de la oferta médica.
7. Facilitar la inscripción en el registro demográfico de recién nacidos fuera del hospital.

Nuestra sociedad debe aspirar enfáticamente a crear un ambiente de paz al parir. El proceso de parto debe incluir un consentimiento informado en el cual la mujer pueda tomar decisiones de cómo, dónde y con quien parir. Por otra parte, se tiene que respetar el derecho de toda mujer a escoger los servicios de una partera y que estos servicios sean cubiertos por un plan médico. En Puerto Rico hace falta una política pública dirigida a garantizar los derechos reproductivos de las mujeres y el acceso a un parto digno y respetado. Citando a Mahatma Gandhi: “Sostengo que cuanto más indefensa es una criatura, más derechos tiene a ser protegida por el hombre contra la crueldad de otro hombre.”