

LAS MUJERES QUE NO AMABAN A SUS HIJOS (MÁS QUE SUS MÉDICOS)

Francisca Fernández Guillén
Abogada

¿Es legítimo operar a una embarazada a la fuerza para procurar un bien a su futuro hijo? A propósito de los caso de [Adelir Carmen Lemos de Góes](#) (Brasil) y [L.C.](#) (España)

La respuesta a la pregunta de si es legítimo hacer una cesárea a la fuerza a una mujer por orden médica admite varios enfoques, desde la ética y desde el Derecho. En cuanto al Derecho español, la respuesta es fácil, así que empezaré por ella: nuestro derecho positivo garantiza que toda persona (incluidas las mujeres, embarazadas o no) tienen derecho a la integridad física y moral y a consentir y rechazar cualquier intervención médica. En el ámbito penal, no se contempla como eximente en el delito de lesiones u homicidio que la finalidad de una actuación médico-quirúrgica realizada por la fuerza a un paciente consciente y en pleno uso de sus facultades sea beneficiar al feto. En cuanto al marco internacional, la respuesta es idéntica y me remito a las declaraciones internacionales y de ámbito europeo sobre derechos humanos y Bioética¹.

En la legislación nacional y en las convenciones internacionales sobre Derechos Humanos, la salud y la integridad física y moral son consideradas como derechos humanos fundamentales. Son un patrimonio del individuo que sólo puede sacrificarse en beneficio de otro **por propia voluntad, por amor, nunca por la fuerza**, con limitadísimas excepciones por razones de salud pública. Pienso que, de otro modo, nuestra sociedad se habría instaurado en la barbarie.

Acepto el reto -que me han lanzado muchas veces en congresos médicos -de explicar por qué no debería hacerse una cesárea forzada a una mujer que, como me suelen apostillar, “está dispuesta a dejar que su hijo muera con tal de que no le hagan una cesárea”. Lo hago como trabajo de laboratorio, porque aun estoy por conocer, en los 15 años que llevo como activista en favor de los derechos de las mujeres, a alguna gestante que no estuviera dispuesta a pasar por una cesárea o una episiotomía que considerase necesaria para salvar la vida o la salud de su futuro hijo. Lo que ocurre en casos como el de Adelir es, sencillamente, que a veces no compartimos el criterio médico sobre la forma de cuidar y proteger a nuestros hijos y a nosotras mismas. Y muchos profesionales piensan que eso es ir contra “la ciencia”. Pero si pensamos que, según la Base de Datos Cochrane, sólo el 10% de las intervenciones obstétricas está

¹Véanse artículos 15 y 18 de la Constitución española, 2 y 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo) de 4 de abril de 1997 y la doctrina sobre consentimiento informado plasmada en la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, todo ello en relación con los artículos 3 y 8 del Convenio europeo de derechos humanos (CEDH) y la jurisprudencia del Tribunal europeo de los derechos humanos (TEDH) que los interpreta.

justificado, creo que en este campo de la medicina, más que en ningún otro, hay poderosas razones para pensar que casi siempre pueden existir dudas razonables.

Resulta chocante, por otro lado, que algunos obstetras sólo se preocupen por defender los derechos de los no nacidos, a los que en este contexto llegan a llamar “niños” o incluso “menores” cuando las mujeres intentan un parto normal (algo que hacen ellas), pero no cuando se trata de partos medicalizados (algo que hacen ellos). En este último caso suelen referirse a los no natos -sobre todo si acaban sufriendo algún daño-, con el menos sensible término “feto”.

La despreocupación por lo que les pase a los “fetos” con la medicalización puede apreciarse, por ejemplo, con el uso de la epidural, que se recomienda insistentemente a pesar de que puede provocar caídas repentinas y acusadas de la frecuencia cardíaca fetal o enmascarar los síntomas de una rotura uterina en mujeres con cesárea previa. ¿Por qué la inclinación de proteger a los futuros hijos de las decisiones de sus madres no es tan acusada cuando ellas optan por la medicalización? Porque lo que está en juego no es la salud de las madres y los hijos, por supuesto, sino el poder de los médicos sobre las mujeres.

Quiero hacer constar que la epidural me parece un invento maravilloso capaz de hacer de un parto potencialmente traumático una experiencia llevadera, pero los asistentes deberían advertir a las gestantes de sus efectos desfavorables, sin minimizarlos, y apoyar a aquéllas que no deseen asumirlos para que puedan tener el tipo de parto que prefieran.

Autonomía y responsabilidad

“Primum non nocere”: lo primero, siempre, no hacer daño. Y ello se refiere no sólo al daño físico sino también al moral. Como sociedad, a través del Parlamento, hemos creado leyes que establecen que los profesionales de la salud deben abstenerse de decidir sobre la vida y la integridad física y moral de las personas a las que cuidan. Así también lo recogen los códigos deontológicos médicos² y de enfermería³. Hemos decidido que sólo la propia persona puede decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo. El sacrificio de la integridad física y de la salud no puede exigirse por la fuerza, sólo puede darse por amor. Por eso no está permitido extraer un órgano a alguien para

² "En el ejercicio de su profesión el médico respetará las decisiones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias" (Art. 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial)"

³ El Código Deontológico de la Enfermería Española dice que:

“En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta.” (art. 6).

“En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste” (art.7).

“La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible” (art. 9).

salvar la vida de otro sin consentimiento del donante. En cuanto a los menores e incapaces, hemos llegado a la conclusión de que quienes más los quieren suelen ser sus padres y familiares -más incluso que sus médicos -, motivo por el cual hemos otorgado la patria potestad y la representación a los primeros y no a los últimos.

En casos de abandono o negligencia el Estado puede intervenir y suspender el ejercicio de ese deber-derecho para proteger a los niños. Pero debemos preguntarnos si la discrepancia de la futura madre con las opiniones de los profesionales de la salud sobre la forma de cuidar a su futuro hijo se puede considerar un abandono de esas obligaciones -que por cierto ni siquiera habrían nacido- y dar lugar a una intervención física forzosa.

A veces los profesionales nos comportamos como oráculos de la “verdad” y “la ciencia”, olvidando que la medicina, como el derecho, son disciplinas inexactas y tan permeables al error como cualquier otra actividad humana. Cuando esto se nos olvida solemos pensar que el paciente, usuario o cliente que no acata recomendaciones actúa contra la verdad y contra la ciencia, y por lo tanto, se hace un mal así mismo y tenemos la obligación de protegerle. No digamos si podemos utilizar a los niños como excusa para ejercer el poder.

Las ideas de infalibilidad y supremacía de la ciencia sobre los valores son contrarias a un ejercicio responsable, racional, democrático y humano de la medicina. Se parece al pensamiento religioso al situar al profesional en el lugar de un dios que todo lo sabe y todo lo puede y olvida que “el bien” como concepto universal no existe, solo la propia persona puede decidir qué es el bien para sí.

En definitiva, creo que la pregunta de si el Estado -a través de los profesionales de la salud- puede intervenir o no a favor del no nacido (*no nato* o *nasciturus* solemos decir los juristas para darnos a valer) sólo deberíamos hacérsela cuando estemos ante un niño, alguien que ya ha nacido, o lo que es lo mismo, ante una persona que ya es sujeto de pleno derecho y para cuya salvaguarda no es preciso afectar la integridad corporal de la mujer gestante. Porque atravesar el cuerpo de una persona, pasar por encima de su integridad, sería como dije antes una vulneración de los Derechos Humanos, algo que no está previsto en las leyes y que me parece éticamente reprobable.

Y creo que quienes sostienen que las mujeres embarazadas están excluidas de las normas que protegen los Derechos Humanos frente a las aplicaciones de la medicina y la biología y son menos capaces que sus médicos para el ejercicio de los deberes y obligaciones inherentes a la patria potestad deberían responder algunas preguntas. Por ejemplo:

- Si los médicos, para decidir operar a una embarazada, no necesitan de la voluntad de esa persona, si basta con tener como excusa el bien de su futuro hijo ¿Por qué no detener y llevar por la fuerza a la mesa de operaciones a los padres cuyos hijos necesiten un trasplante de riñón o de hígado para sobrevivir?

- ¿Es defendible científicamente que un médico puede tener la **absoluta seguridad** de que, haciendo una cesárea puede procurar un bien al feto sin que ni él ni la gestante sufran **ningún** daño?
- ¿Qué justificación le daríamos a los otros hijos de esa mujer si, por ejemplo, su madre muriese durante o a consecuencia de la operación de cesárea? ¿Y a la mujer si su hijo padeciese complicaciones típicas de los nacimientos por cesárea como por ejemplo el distrés respiratorio? ¿Quién se responsabilizaría ante las víctimas, puesto que no se les permitió decidir y asumir su propia responsabilidad?

Cuando digo responder por los riesgos de las intervenciones obstétricas digo sufrir de forma directa e inmediata sus consecuencias. La respuesta que, como sociedad, hemos dado hasta ahora al problema de la responsabilidad es que la autonomía –si se prefiere, el derecho a equivocarse– debe recaer en la persona que es realmente “responsable”, es decir, la que va a asumir en su salud y en su vida las consecuencias de las actuaciones médicas.

Recuperar la relación terapéutica

El trabajo del profesional es exponer su parecer e intentar asesorar al paciente-usuario para que tome la decisión que más se ajuste a sus prioridades, expectativas e intereses. Intentar convencer es legítimo, coaccionar, no. La relación terapéutica se ve afectada cuando la ideología, la ignorancia, la comodidad o el miedo que todos los profesionales sentimos a perder nuestro poder o a incurrir en responsabilidad asoman por la puerta. Se convence con información y transparencia, asumiendo con humildad nuestra propia y humana subjetividad y haciendo que la persona se sienta segura de que sus valores importan por sí mismos y sus decisiones serán respetadas. En la atención obstétrica las mujeres deben sentir que ellas y sus futuros hijos son lo más importante a la hora de formular una recomendación.

©Francisca Fernández Guillén

Última revisión: agosto de 2017

E-mail: ffguillen.legal@gmail.com

www.franciscafernandezguillen.com

Bibliografía

- Aler Gay, Isabel (2012), “Sociología de la maternidad en España” en *Maternidad y Salud, Ciencia, Conciencia y Experiencia*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Informes, estudios e investigación
- Colectivo de Mujeres de Boston (2000), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Barcelona, Ed. Plaza y Janés
- Fernández Guillén, Francisca (2009) Comentarios a una *Hojas de Consentimiento Informado propuesta por la SEGO* <http://franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/Comentarios-a-una-Hoja-de-Consentimiento-Informado-redactada-por-la-S.E.G.O.-abril-2009doc.pdf>
- Gutman, Laura (2003), *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires, Ed. Del nuevo extremo
- Iraburu, Marga (2005), *Con voz propia: Decisiones que podemos tomar ante la enfermedad y la muerte*, Madrid, Alianza Editorial
- Merino, Patricia (2017), *Maternidad, Igualdad y Fraternidad, las madres como sujeto político en las sociedades poslaborales*, Madrid, Clave Intelectual
- Perapoch, Josep et alia (2006): *Cuidados centrados en el desarrollo (CCD). Situación en las unidades de neonatología de España* Barcelona. An Pediatr
- Rodrigáñez, Casilda, Cachafeiro, Ana (1996), *La represión del deseo materno y la génesis del estado de insumisión inconsciente*, Madrid, Nossa y Jara Editores
- Rodríguez Arias, Miguel Ángel (2008), *El caso de los niños perdidos del franquismo: Crimen contra la humanidad*, Madrid, Ed Tirant lo Blanc
- Sánchez González, Miguel Ángel (2013) *Bioética en ciencias de la salud*, Madrid, Ed. Elsevier Masson
- Villarme, Stella (2015), “Normatividad y praxis en el uso emancipatorio del lenguaje: Aproximación desde la certeza en Wittgenstein”, en D. Pérez Chico y J. V. Mayoral (eds.) *Wittgenstein y Sobre la Certeza: Nuevas perspectivas*. México, Plaza y Valdés Editores, en prensa.
- Villarme, Stella (2013), “Conceptual change and emancipatory practices: An approach from Wittgenstein’s On Certainty”, *Annales UMCS, Sectio I Philosophia- Sociologia*, 1/2013, Lublin, Maria Curie-Skłodowska University (UMCS), 7-24
- Villarme, Stella y Fernández Guillén, Francisca (2012a) “Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico”, en E. Pérez Sedeño y R. Ibáñez Martín (eds.), *Cuerpos y diferencias*. México, Plaza y Valdés Editores, 103-127
- Villarme, Stella y Fernández Guillén, Francisca (2012b) “Fully entitled subjects: Birth as a philosophical topic”, *Ontology Studies/Cuadernos de Ontología*, 11/2011, 211-230
- Wagner, Marsden (2000), *El nacimiento en el nuevo milenio*, ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa, Jerez de la Frontera, Cádiz disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf

Normas, Convenios, Recomendaciones de organismos internacionales y Jurisprudencia

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Ley 14/1986 General de sanidad

Ley 33/2011 Ley General de salud pública

Código de deontología médica, Organización Médica Colegial, julio de 2011

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del consejo de Europa. Oviedo, 4 de abril de 1997

Convenio Europeo de Derechos Humanos

Council of Europe. Thematic Report. Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights. June 2105.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada en la Conferencia General de la Unesco el 19 de octubre de 2005

Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Recomendación General 24, Mujer y salud.

OMS (2014) “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”

TEDH. Caso Bensaid c. Royaume-Uni (Solicitud no. 44599/98) 6 de febrero 2001.

TEDH. Storck c. Alemania, (Solicitud no. 61603/00), 16 de septiembre 2005.

TEDH. RR c. Polonia, (Solicitud no. 27617/04). 26 mayo 2011. Párr. 89.; TEDH. Arskaya v. Ucrania, (Solicitud no. 45076/05, 4 de octubre, 2011).

TEDH. V.C. c. Eslovaquia (no. 18968/07). 8 de noviembre, 2011.