

## AMAMANTAR ANTE LA MEMORIA Y DESARROLLO DE LA EAPN EN ASTURIAS

Desde 1999, nuestra asociación se planteó contribuir a mejorar las prácticas de atención a las mujeres asturianas, en relación al embarazo, parto y puerperio, como parte de nuestra salud sexual y reproductiva. En nuestra comunidad, como en el resto del estado, existía una práctica intervencionista, autoritaria y machista en la atención que recibíamos en este terreno, no exenta de riesgos y consecuencias en términos de salud.

Es con la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal en 2007 y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2010, cuando se recogen las aportaciones más significativas de mejorar la calidad y calidez de la atención al parto normal y a la lactancia materna.

Dichas iniciativas fueron promovidas por el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y con la participación de sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y de mujeres, comunidades autónomas y personas expertas.

Actualmente, la promoción y apoyo de la lactancia se inserta en otras estrategias de salud, como la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) y en la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención, en el marco del abordaje de la cronicidad. Y también en propuestas más sociales de ámbito estatal, como la Estrategia de Equidad en Salud en Infancia y Adolescencia y el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013/2016).

En Asturias existe una declaración institucional del Parlamento asturiano en 1999, a favor de las principales líneas asumidas por el gobierno central en aquel momento. Por otro lado, la Dirección General de Salud Pública y Participación -perteneciente a la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios- ha compartido diferentes iniciativas de apoyo a la lactancia con profesionales, organizaciones vinculadas a la infancia y asociaciones de mujeres. Por ejemplo, la elaboración de una guía para mujeres que optaba por la lactancia materna, como otras iniciativas de promoción. Además, a partir del 2010, elaboró una serie de medidas y publicaciones dirigidas a profesionales sanitarios y mujeres usuarias, que desarrollaban dichas las estrategias estatales en nuestra comunidad autónoma. Sin embargo, en este caso solo se ha contado con la participación de entidades y profesionales sanitarios en los grupos de trabajo que se fueron constituyendo, **sin incluir a asociaciones de usuarias**. El Instituto Asturiano de la Mujer ha participado, en varios grupos de trabajo para el desarrollo de las distintas medidas y la participación en la elaboración de publicaciones, y ha incorporado algunas de ellas en los Planes de Igualdad de nuestra comunidad.

Desde 2009, nuestra asociación ha establecido contactos con los responsables de llevar a cabo esta estrategia en la Dirección General de Salud Pública, y les hacemos partícipes de los actos que con ese motivo organizamos para difundir y contribuir a la formación de una nueva mentalidad y recursos entre los y las profesionales sanitarias. Son las matronas nuestras principales aliadas en esta lucha de transformación y las más ávidas en la participación y asistencia a jornadas formativas.

El desarrollo de la EAPN en Asturias permite:

1.- Mejorar las infraestructuras de las Unidades de Parto de los hospitales en nueva construcción o remodelación, como en nuevo HUCA y el de Alvarez Buylla.

El 3 de mayo de 2005, coincidiendo con la organización por nuestra parte de la visita de Gro Nylander (ginecóloga noruega de la oficina OMS europea y miembro del Instituto Karolinska de Estocolmo) y su esposo (arquitecto especialista en proyectos hospitalarios), nuestra asociación toma contacto con el SESPA, la DGSP y el IAM. Ambos especialistas fueron invitados a comentar sus impresiones al respecto con los responsables en Asturias del diseño de la nueva maternidad del HUCA. A pesar de lo cual, ni el contacto proporcionado ni el interés demostrado por nuestra parte, **sirvió para que, como asociación de usuarias, fuéramos escuchadas durante el proceso de diseño de las nuevas maternidades. Lamentablemente más adelante hemos sido testigos de sus insuficiencias o infrautilización de algunas de las reformas realizadas.**

2.- Desarrollar programas de formación con profesionales.

Nuestra asociación ha invertido mucho tiempo, esfuerzo y medios económicos en contribuir a esa nueva formación, además de los realizados por la administración, como constan en nuestra memoria anexa. **A pesar de este esfuerzo común, aún desconocemos las cifras reales de la formación recibida en el desarrollo de esta nueva EAPN y si ha alcanzado por igual a todos los estamentos de atención, cuando esto es la piedra angular para el desarrollo de ésta.**

3.- Editar documentos dirigidos a las usuarias y profesionales, como: la Guía del Embarazo, Parto y Lactancia del 2015 y la Guía Profesional para la Educación Materno-Paternal del Embarazo y Parto.

En dichas publicaciones, las asociaciones de usuarias como la nuestra, a pesar del enorme interés mostrado, no han sido invitadas a participar, ni en la elaboración, ni revisión, dando lugar a publicaciones muy criticables, tal como le hicimos llegar al Director Gral de Salud Pública y a la Directora del IAM, el pasado agosto del 2016. **El aspecto más criticable de dichas guías es la infantilización de las mujeres, al minusvalorar las dificultades que pueden sufrir y no dotarlas de los elementos de juicio necesarios. Dejándolas al arbitrio del buen o mal criterio de los y las profesionales que las asisten.**

4.- Realizar la I Encuesta de satisfacción a las embarazadas sobre la atención recibida (publicada 2010);

**Seria probablemente de gran interés realizar otra**, a la luz del desarrollo de esta EAPN en el Principado, ya que la 1ª se realizó sobre la experiencia previa a su desarrollo y la nueva toma de conciencia de algunos/as profesionales y usuarias de la atención al nacimiento.

5.- Constituir Comités de Parto en cada hospital y a nivel regional, luego llamados de "Buenas Prácticas".

Dichos Comités sustituyeron en algunos casos a los Comités de Lactancia que de forma incipiente se habían venido desarrollando, tras la puesta en marcha de los dos primeros en dos hospitales comarcales (Jarrío y Cangas de Narcea), dentro de la

“Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”. En dichos Comités de lactancia y como desarrollo de las recomendaciones internacionales, estaban representados los grupos de apoyo a la lactancia. Los cuales fueron excluidos de los nuevos “Comités de Buenas Prácticas”, que quedan constituidos exclusivamente por profesionales, **sin representación alguna de las usuarias, perdiendo de esa forma un punto de vista vital y el contacto con las opiniones y necesidades de las receptoras de la atención.**

En el 2011 y con el gobierno de Foro en Asturias, el desarrollo de la Estrategia sufre un parón e incluso retroceso en las medidas emprendidas. Ante esta situación, **nuestra asociación toma medidas poniendo en antecedentes al equipo obstétrico del HUCA y al DGSP de entonces, de que no permitiremos retrocesos en el desarrollo de la Estrategia sin denunciarlos.**

**Por todo ello, DESDE AMAMANTAR DENUNCIAMOS:**

**-Que las autoridades sanitarias responsables del desarrollo de la EAPN en Asturias han mantenido un marcado sesgo de género y corporativo en su ejecución, al no permitir la participación de organizaciones de usuarias como la nuestra;**

La necesidad de dicha participación queda claramente reflejada en las 4 líneas estratégicas de la misma (prácticas clínicas basadas en la evidencia, participación de las mujeres en la toma de decisiones, formación de profesionales, investigación-innovación); y en sus tres ejes transversales basados en la multiculturalidad, diversidad y la perspectiva de género. **Una estrategia sanitaria que nació del descontento de las mujeres, no puede hacerse sin su participación y control.**

-Que, una vez más, este sesgo de género y corporativo, se ve reflejado en la actual Memoria del desarrollo de la EAPN del 2010-2016, que ha sido dada a conocer sólo entre los y las profesionales del sistema sanitario.

A la luz de la lectura de dicha memoria **DECIMOS:**

-Que, de la 1ª Línea Estratégica de la EAPN, los datos **no nos ofrecen ninguna información sobre los hospitales que tienen adaptados sus protocolos a la EAPN y su grado de cumplimiento:** rasurado del periné antes parto, administración de enemas antes parto, acompañamiento durante el proceso, libre movimiento e ingesta durante proceso de dilatación, evitar la rotura bolsa por rutina, alternativas de analgesia- no solo epidural-, parir en diferentes posturas –no solo tumbadas-, evitar el corte profiláctico del periné, evitar la instrumentación rutinaria del parto, facilitar el contacto con nuestros hijos e hijas, en todo tipo de nacimiento, respetar y apoyar con asesoramiento adecuado las opciones de alimentación infantil.

-Que los datos ofrecidos **sobre los nacimientos en los distintos hospitales públicos asturianos siguen estando muy alejados de las recomendaciones internacionales en cuanto a tasa de cesáreas e inducciones, de casi un 20% y 30% respectivamente, en el 2016; siendo el estándar de un 15% y 10%, respectivamente. Tampoco ofrecen ningún dato sobre la tasa de cesáreas que son de urgencia y programadas, ni en qué día se producen. En CCAA como**

*Madrid y Barcelona, según los datos analizados por asociaciones de usuarias como EPEN y Dona Llum, y aún con los esfuerzos y directrices de la EAPN, cada vez se planifican más nacimientos, a través de inducciones o cesáreas programadas, durante la jornada laboral de los profesionales que nos asisten y fuera de los días de fiesta local; vulnerando nuestro derecho al respeto a la fisiología de estos procesos.*

-Que, de la 2ª Línea Estratégica de la EAPN, de la memoria se deduce que la **participación de las mujeres en la toma de decisiones respecto al nacimiento de sus hijos e hijas no está siendo estimulado suficientemente por el personal sanitario que las asiste**, ya que sólo el 29% de las usuarias cumplimenta su plan de parto, en el 2016 y fundamentalmente pertenecen a 2 áreas sanitarias. Respecto a otro tipo de participaciones, ni se mencionan.

**Aunque se reconoce un componente del 9% del total de nacimientos en Asturias en el 2016 de mujeres extranjeras, con un alto porcentaje provenientes de Rumanía y Marruecos, no existe ningún tipo de adaptación idiomática de las recomendaciones o guías que se dan al resto de las mujeres durante este proceso asistencial, ni medidas de apoyo en sus circunstancias de aislamiento idiomático o/y cultural, y la falta de recursos de apoyo.**

-Que, de la 3ª y 4ª Línea estratégica, sobre formación de profesionales y acciones de investigación e innovación, no se dan datos de acciones emprendidas y profesionales que las realizaron.

***Por último, de los datos ofrecidos en dicha memoria (respecto a tasa de cesáreas, partos intervenidos, uso de anestesia locorregional, episiotomías practicadas, contacto “piel con piel” tras el nacimiento e inicio precoz de la lactancia en paritorio), QUEREMOS COMENTAR DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE NUESTRA REGIÓN:***

-Que las acciones emprendidas han permitido mejorar la atención que recibimos, aunque están aún muy lejos de los estándares necesarios de adoptar, aun habiendo descendido más de 1500 nacimientos al año desde el 2009 al 2016.

-Que no necesariamente en los hospitales con menor nº de nacimientos diarios, se practican menos intervenciones innecesarias, como ocurre en el Hospital “Valle del Nalón” (HVN), donde se practican un 30% de cesáreas y un 18% de partos instrumentales, frente a un 19% y 23% del HUCA (donde se derivan los nacimientos de riesgo); y en otro hospital con el mismo nº nacimientos diarios(1), como el “Alvarez Buylla” de Mieres, se practican un 20% de cesáreas, un 58% de partos vaginales tras cesáreas previas y un 9% de partos instrumentales. Destaca positivamente el HSA, con sólo un 16% de tasa de cesáreas y un 12% de partos instrumentados (uso de ventosa, fórceps y espátulas); aunque tienen tasas del 40% de uso de oxitocina para la inducción del parto y durante la dilatación, al igual que el HVN.

-Que no se han desarrollado suficientemente otras formas de atender el dolor en el parto, siendo altísimo el uso de anestesia locorregional, de más del 70% en el HSA-HUCA y HVN, no exenta de yatrogenia y complicaciones.

-Que la episiotomía se sigue practicando muy por encima de lo deseable, con las dificultades posteriores que supone para el puerperio, llegando al 40% en HVN y HSA.

-Respecto a nuestro derecho fundamental de estar con nuestras criaturas tras el nacimiento, salvo causas de gran alerta para madre y bebé, en el Hospital de Cabueñes sólo se realiza en el 30% de los nacimientos, siendo éste el que más baja tasa tiene de lactantes con leche materna exclusiva al alta, junto con el HVN.

-A nivel profesional, aún las matronas no disponen de la siguiente autonomía para el desarrollo de la EAPN, siendo probablemente el colectivo más motivado y formado, solo en el HSA, en el Severo Ochoa de Cangas de Narcea, en Cabueñes y en el del Oriente, 7/10 nacimientos normales son atendidos por ellas.