

Bioética de la maternidad

**Humanización, comunicación
y entorno sanitario**

Margarita Boladeras Cucurella
Josefina Goberna Tricas (coords.)

e

Bioética de la maternidad

Bioética de la maternidad

Humanización, comunicación
y entorno sanitario

Margarita Boladeras Cucurella
Josefina Goberna Tricas (coords.)



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions

© Edicions de la Universitat de Barcelona

Adolf Florensa, s/n

08028 Barcelona

Tel.: 934 035 430

www.edicions.ub.edu

comercial.edicions@ub.edu



ISBN 978-84-475-4174-4



La publicación de este libro ha sido posible gracias a los proyectos FEM2012-33067 y FEM2015-63067-CIN, financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Este documento está sujeto a la licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada de Creative Commons, cuyo texto está disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



Índice

Prólogo, por Margarita Boladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas	11
--	----

LAS RAÍCES HISTÓRICAS DE LA MEDICALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO

Discurso, género y culpa: la matronería y el arte de publicar en el siglo XVIII, por Francesca M. Scott	23
Introducción.....	23
Los manuales de matronería en la Edad Moderna	26
División de género	30
<i>A Compleat Practice of Midwifery</i> , de Sarah Stone	31
Conclusión	39

El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas, por Josefina Goberna Tricas.....	41
Introducción.....	41
La obra obstétrica de Louise Bourgeois	43
François Mauriceau: el embarazo como enfermedad.....	48
Adolphe Pinard: el útero gestante bajo el punto de vista de las leyes de la física...	51
Conclusiones.....	53

BIOÉTICA DE LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO

Maternidad responsable: autonomía personal y reconocimiento de deberes, por Margarita Boladeras Cucurella	59
Introducción.....	59
Autonomía de la mujer	61
Maternidad responsable.....	68
¿Qué significa «paternidad responsable»?.....	69
A modo de conclusión: ¿qué actuaciones profesionales son éticas?	70

Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres, por Lydia Feito....	71
La cuestión de la autonomía	71
Problemas éticos en reproducción	74
Derechos sexuales y reproductivos.....	76
Humanización y proceso de emancipación.....	80

La autonomía relacional , por Montserrat Busquets Surribas	83
Introducción.....	83
La concepción liberal de la autonomía.....	85
La aportación de la autonomía relacional	86
Implicaciones de la autonomía relacional en el cuidado profesional.....	89
Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos ,	
por Janet Delgado Rodríguez.....	91
Introducción.....	91
Visibilizando la vulnerabilidad.....	91
La importancia de los vínculos.....	96
Conclusiones.....	100
Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía ,	
por Michelle Piperberg.....	101
Introducción.....	101
El modelo paternalista	102
El modelo informativo	104
El modelo deliberativo	106
Implicaciones prácticas.....	110
Conclusiones.....	111
LAS ATENCIÓN SANITARIA AL PARTO Y NACIMIENTO: PROPUESTAS Y CAMBIO	
Programa MARE del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona ,	
por M. ^a Dolores Gómez Roig	115
Análisis de situación	115
Objetivos del programa MARE	118
Resultados.....	122
Retos de futuro	124
Recomendaciones	124
Humanización del parto y cambios asistenciales: perspectiva de los profesionales , por Noemí Obregón Gutiérrez.....	127
La humanización del parto	127
Los cambios en la asistencia desde la perspectiva de los profesionales	129
A modo de conclusión	136
Profesionales y cambio en el modelo asistencial al nacimiento: visión desde la neonatología , por Francesc Botet Mussons.....	137
El parto en el siglo xx.....	137

La situación actual.....	138
El control de los riesgos.....	141
Salutogénesis: maternidad y experiencia coherente de vida,	
por Victoria Morín Fraile	143
Introducción.....	144
La idea de promoción de la salud: concepto y características	144
El enfoque de la promoción de la salud a través del modelo salutogénico y el modelo de activos de salud.....	146
Implicaciones de estos modelos en la experiencia de la maternidad y el nacimiento	150
IMÁGENES DE LA MATERNIDAD: REPRESENTACIÓN SOCIAL, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TIC	
Las autorrepresentaciones del parto. Una experiencia vivencial: « <i>Altres naixements</i> », por Serena Brigidi, Laura Cardús Font y Marta Ausona Prieto	155
Introducción.....	155
El <i>Call for dibuixos</i> y la metodología de recogida de los dibujos	157
Expo « <i>Altres naixements</i> »	159
¿Qué experiencia visual tenemos sobre el parto?	163
A modo de conclusiones	170
Las TIC, un instrumento vital para la salud, por Joan Guanyabens Calvet	173
Las TIC, un instrumento vital para la salud	173
Innovación y TIC.....	174
Big Data y la industria de los datos	178
Proyecto Matronas: aprovechamiento y uso de las redes sociales,	
por María Garreta Chorro	183
Introducción.....	183
Las TIC en el ámbito del cuidado a la mujer.....	184
Dilemas éticos y dependencia tecnológica	185
A modo de conclusión	186
APUNTES COMPLEMENTARIOS	
Formación para residentes de matrona para la prevención, detección e intervención frente a la violencia de género, por Rosa Llobera Cifre.....	191
Introducción.....	191
Objetivos	192
Intervención	192

Evaluación	193
Conclusiones.....	193
La violencia de género en el embarazo, por M.^a Analía Gómez Fernández, Josefina Goberna Tricas, Montserrat Payà Sánchez	195
Introducción.....	195
Violencia durante el embarazo.....	196
Los profesionales sanitarios en la detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo	197
Parto por cesárea acompañado: ¿Qué opinan los profesionales?, por Alba Calderer Armengou, Susana Calle del Fresno, Eva Nicolás Flores, Cristina Ortigosa Muñoz, Salut Puig Calsina, Noemí Obregón Gutiérrez	199
Introducción.....	199
Objetivos	200
Metodología.....	200
Resultados.....	201
Conclusiones.....	202
Impacto del dolor de la lesión perineal en el posparto, por Margarita Manresa Lamarca	203
El dolor perineal y su afectación en el posparto inmediato y precoz.....	203
Control del dolor perineal posparto.....	205
Conclusiones.....	207
Tratamiento del parto por la cultura de masas. Implicaciones, por Sofía González Salgado.....	209
El parto en la cultura de masas.....	209
Conclusión	211
Notas biográficas	213

Prólogo

Margarita Boladeras Cucurella
Josefina Goberna Tricas

A lo largo de la historia, la concepción de la vida humana y las expectativas sobre su gestación y nacimiento han sido muy diversas. Las simbologías al respecto y las prácticas concretas a las que han dado lugar muestran con claridad que esta diversidad ha estado siempre vinculada al deseo de controlar el dominio de la vida y su reproducción, así como al desarrollo de políticas y procedimientos que se imponen sobre el ámbito de lo privado y de las decisiones personales. El desarrollo de la medicina y los cambios sociales del último siglo han abierto un espacio de autonomía personal y de cuidados personalizados que constituyen un cambio de gran calado.

Este cambio trascendental se produce en el siglo que algunos han llamado «de la biopolítica», porque las políticas sociales y económicas tienen un núcleo aglutinador muy potente relacionado con lo biológico, lo genético, la reproducción, la biotecnología, la medicina, los seguros de salud, los medicamentos... Como dijo Foucault, «para la sociedad capitalista es la biopolítica lo que importa sobre todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica».¹ Foucault utilizó el término «biopolítica» en 1974, en una conferencia que tuvo lugar en la Universidad de Río de Janeiro, titulada «El nacimiento de la medicina social», luego impartió un curso en el Collège de France (1978-1979) sobre «La naissance de la biopolitique», en el que precisó: «Entiendo por “biopolítica” la manera en que se ha intentado racionalizar, desde el siglo XVIII, los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos en población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas... Conocemos el lugar creciente que estos problemas han ocupado desde el siglo XIX y los envites políticos y económicos que han supuesto hasta hoy».² La senda crítica que inició Foucault se ha ampliado con aportaciones de otros autores como Giorgio Agamben (*Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*), Paolo

1 Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. París: Gallimard, vol. III, p. 210.

2 Foucault, M. (1989). *Résumé des cours (1970-1982)*, París: Julliard, p. 109.

Perticari (*Biopolitica minore*), Roberto Esposito (*Bíos. Biopolitica e filosofia*), F. Magnard y otros (*Le spermatozoïde hors la loi: de la bioéthique à la biopolitique*).

Otros autores han hablado de biopolítica en otros sentidos. Por ejemplo, Agni Vlavianos-Arvanitis, una griega que fundó y preside la Organización Internacional de Biopolítica, considera necesario desarrollar una concepción de la biocultura para fomentar acciones colectivas a favor del medio ambiente y formas de vida saludables y armoniosas con el entorno. Agnes Heller y su marido F. Feher publicaron en 1995 su libro *Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo*, en el que se referían a las reivindicaciones y debates de los grupos radicales provida, proaborto, defensores y detractores de las técnicas de reproducción humana asistida, feministas, ecologistas, etcétera, así como a la influencia política de dichos movimientos y las contradicciones que encierran sus postulados.

No entraremos ahora en estas distintas maneras de analizar los fenómenos biopolíticos, pero es provechoso tener presentes algunos hechos que caracterizan el desarrollo de las instituciones sanitarias del último siglo y su dependencia de los poderes políticos y económicos; las formas de organización y de atención están sujetas a dicha relación. Desde finales del siglo XIX se han ido implantando sistemas de cobertura médica, organizados por el Estado; el primero fue decretado por Bismarck, que hizo obligatorio un seguro mínimo de enfermedad, invalidez y vejez e instauró una red de salud pública en la que el Estado asumió la autoridad sanitaria; las aportaciones económicas dependían de los trabajadores, asociaciones y gremios, y tenían la garantía del Estado. Varios países copiaron el sistema alemán durante los primeros años del siglo XX. En 1948 el Reino Unido quiso mejorar la organización sanitaria existente e instauró el modelo Beveridge como sistema nacional de salud (National Health Service); este se financia a través de los presupuestos generales del Estado y se rige por los principios de universalidad, gratuidad y equidad (aunque también recibe otras fuentes de ingresos). Muchos países europeos adoptaron este modelo, entre ellos España. Otros países han seguido el modelo liberal de Estados Unidos, caracterizado por la competitividad de las compañías de seguros privadas, que deben contratar y pagar los asegurados; según la propia dinámica socioeconómica, el lugar del usuario en este es básicamente el de cliente.

Los países han tenido que dedicar cada vez más recursos a la sanidad y a la protección social: en 2009 llegó al 31,5% del producto interior bruto en Alemania, 33,6% en Francia, 28,3% en el Reino Unido, 30,6% en Bélgica y 25,2% en España. Este aumento del gasto no solo viene dado por el crecimiento de la población, sino muy especialmente por el incremento incesante del uso de medicamentos, pruebas diagnósticas, aplicaciones tecnológicas, intervencio-

nes quirúrgicas, sistemas de prevención y atención a la vejez. Además, la investigación médica requiere también importantes medios económicos, ya que los progresos obtenidos exigen cada vez tecnologías más sofisticadas y el trabajo de personas muy preparadas. Las cantidades que los estados manejan en estos menesteres y la capacidad que les otorga de favorecer a unos actores sociales o a otros les confiere un poder social, político y económico de primera magnitud. La relación entre el Estado, las industrias farmacéuticas, los centros de investigación, las instituciones sanitarias y sus profesionales constituye un entramado complejo que tiene sus repercusiones en la dinámica y las formas de la atención sanitaria.

Como personas y como profesionales debemos adoptar una actitud crítica hacia todos aquellos factores que puedan entorpecer nuestras actividades diarias y la práctica responsable de nuestra profesión. Aunque la situación actual es compleja, también nos proporciona muchos medios para trabajar bien y la relación sanitario-usuario puede beneficiarse de ello. Esto es especialmente cierto cuando nos referimos al ámbito de la generación de la vida humana, de la gestación y del nacimiento, porque se trata de fenómenos en gran medida extraordinarios para el común de los mortales, que suelen vivirse con alegría y esperanza.

El nacimiento de los hijos constituye un momento fundamental en la vida de las mujeres, de las familias y de la sociedad. Las mujeres han precisado de cuidados y atenciones en el momento del parto a lo largo de los siglos; el saber tradicional ha asociado estos cuidados a la esfera femenina, pero durante la segunda mitad del siglo xx estas atenciones se vincularon a la asistencia sanitaria hospitalaria y especializada, que se tradujo en una medicalización de la atención al embarazo y nacimiento. Para algunos, esta institucionalización y tecnificación de la asistencia es signo del cambio tecnológico promovido por el progreso médico, pero otras voces han asociado la tecnificación de la asistencia al nacimiento con la deshumanización de la atención sanitaria y han reclamado un retorno a una asistencia más respetuosa con la fisiología y, consecuentemente, menos tecnificada. Se ha considerado que de este modo la atención recobraría un punto de humanización.

Evidentemente, optar por una asistencia más o menos tecnificada conlleva decidir, escoger entre diferentes modelos asistenciales, y ello comporta implicaciones éticas. ¿A quién corresponde esta decisión? ¿Qué papel deben ejercer los profesionales en esta toma de decisiones? ¿Y las futuras madres? ¿Podemos afirmar que la asistencia obstétrica ha perdido calidad humana a causa de la institucionalización en el interior de los centros hospitalarios? ¿Una menor tecnificación conducirá, sin más, a una relación más humana? ¿Era más huma-

na la atención antes de esta tecnificación de la asistencia? ¿Qué podemos averiguar en la historia de la asistencia obstétrica en relación con el papel desempeñado por mujeres y profesionales?

Para responder a estas preguntas resulta necesario efectuar una revisión de las coordenadas históricas, éticas, comunicativas, científicas y profesionales, en las que se ha enmarcado la atención al nacimiento, así como profundizar en la atención sanitaria actual al proceso de la maternidad.

De todo ello se habla en este libro, que reúne aportaciones de una veintena de investigadores de los ámbitos de la salud, la filosofía, la bioética, la antropología, la sociología y la pedagogía. Todos ellos responden a la propuesta que se hizo al convocar el II Congreso Internacional: Género, Ética y Cuidado, que bajo el lema «Humanización, comunicación y entorno sanitario en atención al nacimiento» se celebró en el Aula Magna de la Universidad de Barcelona, entre el 14 y el 16 de octubre de 2015, organizado por el Grupo de Investigación SGR156, «Grupo de estudios en mujeres, salud y ética de la relación asistencial», con el soporte del Ministerio de Economía y Competitividad y gracias a los proyectos de investigación FEM2012-33067 y FEM2015-63067-CIN, que han permitido celebrar el Congreso y que esta publicación salga a la luz. El objetivo central del comité científico era revisar y debatir sobre el modelo de atención a un parto y nacimiento humanizado, reflexionando sobre los aspectos éticos y comunicativos de una atención humanizada.

El término «humanización» es ampliamente usado entre los profesionales sanitarios que han asistido, durante la última década, a un cambio de modelo asistencial en atención al parto propuesto desde las instituciones sanitarias, debido a las peticiones de asociaciones de mujeres y profesionales; sin embargo, cuando se refiere a la atención a las mujeres dicho término se presenta como polisémico y polémico.

Un amplio debate internacional se generó a partir de la década de los años noventa del siglo xx. Por un lado, desde algunas miradas feministas, se invocaba la humanización para criticar la medicalización y el uso de la tecnología durante el parto; desde esta perspectiva, la medicalización se asociaba a metáforas mecánicas e industriales y la relación entre la mujer y los profesionales sanitarios se contemplaba como un símil de dominación patriarcal. Como se puede comprobar, esta visión mezclaba argumentos feministas con una crítica a la sociedad industrial. Por otro, algunos grupos feministas adoptaban el enfoque contrario, negándose a quedar atrapados en la referencia a la maternidad «natural». Desde esta segunda perspectiva se criticaba que entender la humanización así era empobrecer el concepto, asimilándolo simplemente a sinónimo de atención «no medicalizada» y criticaban que promovía un modelo esencialista de la división

sexual. Para estas feministas la tecnología constituía un medio potencial para que la mujer pudiera liberarse del determinismo biológico.

Superando esta dicotomía, en lo que están de acuerdo todos los movimientos y tendencias es en la necesidad de potenciar la autonomía de las mujeres y su capacidad de decisión; todas apuestan abiertamente por darles voz y respetar su dignidad. Pero este respeto a la autonomía comprende distintos enfoques y definiciones. Embarazo y parto son acontecimientos fisiológicos y de un alto grado de significación vital y simbólica; las mujeres durante el parto pueden sentirse vulnerables y los aspectos éticos que se refieren a las actitudes personales, a los modelos de relación asistencial y a los aspectos comunicativos de la atención constituyen elementos clave para evitar la vivencia de una atención «distante», «fría» o incluso «agresiva» y/o «violenta», denunciada, en nuestro contexto, por algunas asociaciones de usuarios.

A pesar de la mejora en la implementación de prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica, e incluso a pesar de los buenos resultados de algunas de las encuestas de satisfacción, los problemas inherentes a la relación asistencial inadecuada son denunciados por diferentes asociaciones y grupos de mujeres. De todo ello se trata en las aportaciones contenidas en este libro.

Así, a modo de recuerdo histórico, y con el objetivo de ofrecer un marco conceptual en el que situar la actual situación de atención al nacimiento, la profesora de filología Francesca Scott indaga en la brecha entre literatura y ciencia —y entre ciencias y humanidades—, que se inicia en el siglo XVIII y crece a lo largo del XIX. Para ello se centra en el ámbito de la matronería, en el que durante el siglo XVIII esa brecha empezó a acarrear consecuencias en la transmisión de conocimiento. Scott nos muestra cómo los comadrones hombres, vinculados a la medicina y a la cirugía, que se estaban iniciando en la disciplina, adoptaron en sus textos un discurso científico lineal que sustituía «la empatía por el profesionalismo científico» y desplazaba a las pacientes, que «devenían meros objetos físicos manipulados, no mujeres con historias que había que escuchar». Las mujeres matronas, en cambio, se aferraban a una retórica más discursiva, metafórica, y recuperaban a la mujer como «personaje» de su narrativa. Josefina Goberna completa esta perspectiva con un recorrido por la historia de la atención al nacimiento durante estos siglos; para ello contextualiza los fenómenos políticos y sociales, y cómo estos se reflejaron, en el campo de la atención al nacimiento, en algunas de las obras obstétricas más emblemáticas del momento. Goberna nos muestra cómo este desplazamiento del centro de atención desde la mujer al útero gestante se produce paulatinamente en la literatura científica y profesional; para ello plantea un recorrido por las obras de tres autores emblemáticos: Bourgeois, Mauriceau y Pinard.

Situados ya en el momento y contexto actual, debemos plantearnos las cuestiones éticas derivadas de esta situación, que ha llevado a la obstetricia moderna a centrar su atención en evitar la mortalidad y disminuir la morbilidad de la madre y el feto, olvidando demasiadas veces que la mujer gestante tiene voz y que esta deber ser escuchada. Margarita Boladeras nos muestra cómo la autonomía personal no es algo dado que hay que preservar, sino que es una capacidad humana que hay que reconocer y estimular para que pueda activarse y fortalecerse. «Solo cuando la persona es reconocida con capacidad de obrar desde sí misma puede asumir la plena responsabilidad de sus acciones y los deberes que le son inherentes. El reconocimiento del otro no es algo abstracto, sino que ha de concretarse en el respeto a su forma de ser personal y en el apoyo a su mejor interés. Este principio concierne a todos los ámbitos de las relaciones personales y debe aplicarse en todas las actuaciones profesionales, entre las que se encuentran todas aquellas relacionadas con la atención al nacimiento.» Lydia Feito, a su vez, reconoce que «el ámbito de la reproducción es uno de los más proclives a perpetuar roles femeninos y de maternidad que pueden actuar, inadvertidamente, como límites para la libertad de decisión y para un ejercicio auténtico de la autonomía»; por ello aborda la necesidad de posibilitar que las mujeres puedan desarrollar sus capacidades, como modo de realizar su proyecto vital y así decidir autónomamente, y reconoce la necesidad de embarcarnos en «la tarea moral de humanización, como forma de garantizar la salud reproductiva de las mujeres y, en general, su desarrollo como personas, en la promoción de una auténtica autonomía».

Montserrat Busquets propone la aplicación de una concepción relacional de la autonomía en la que afectividad, sentimientos y emociones son tan importantes como razón y objetividad. La autonomía relacional, de acuerdo con la autora, sitúa el carácter ético de la relación clínica en cuanto que relación terapéutica o de ayuda: «no se trata de dejar a la persona sola en su decisión después de darle una información veraz, se trata de acompañarla en sus procesos de salud o de enfermedad, de manera que avancemos en la comprensión ética de cómo satisfacer las necesidades particulares de las personas, al tiempo que las reconocemos como sujetos autónomos». En esta misma línea de reconocimiento del otro y acompañamiento profesional en los procesos asistenciales, Janet Delgado reflexiona acerca del concepto de «vulnerabilidad» en el contexto del parto y la maternidad y, en general, en toda la asistencia sanitaria en torno al nacimiento. Además, analiza el papel fundamental que desempeñan los vínculos en este contexto en relación con la fragilidad. También Michelle Piperberg analiza diferentes modelos de relación asistencial y profundiza en la interpretación que cada uno de ellos ofrece de los conceptos de «autonomía» y «vulnera-

bilidad». El análisis teórico de estos modelos se complementa con una reflexión sobre la aplicación práctica que toma, como ejemplo, el caso de las mujeres embarazadas y que permite abordar, a su vez, temas como el consentimiento informado, el papel del usuario en el proceso de toma de decisiones y la finalidad de la relación asistencial.

El tercer bloque se refiere, de forma más concreta y contextualizada, al sector de los servicios sanitarios de atención al parto y nacimiento y a los cambios acaecidos en los mismos en el momento actual, en el que se pretende volver a poner a la mujer en el centro de la atención; en este apartado Dolores Gómez Roig nos explica los cambios producidos en los servicios asistenciales obstétricos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, tras la implantación del Proyecto MARE. También en el contexto hospitalario Noemí Obregón nos muestra cómo los profesionales interpretan el proceso de humanización de la atención al parto y los cambios que se han producido en la forma de atender el nacimiento en nuestro medio; para ello se sirve de una investigación empírica realizada mediante entrevistas a obstetras y matronas.

Francesc Botet habla sobre la atención al recién nacido y pone énfasis en la necesidad de no olvidar «el riesgo» asociado al nacimiento, especialmente para el más frágil en este momento, el recién nacido. Finalmente, Victoria Morín nos muestra cómo «las mujeres desarrollarán sus activos de salud si establecen relaciones interpersonales en entornos que les permiten comprender lo que ocurre a su alrededor y manejarlo de manera que tenga sentido para sus vidas». Embarazo y parto pueden ser vividos por las mujeres con sentido de coherencia, según la autora, «si las matronas en particular y los profesionales sanitarios en general acompañan y prestan cuidados a las mujeres, respetando sus deseos y ayudándolas a vivir de forma positiva la experiencia de la maternidad».

Hacer hincapié en los aspectos relacionales, en el acompañamiento durante el proceso salud-enfermedad o profundizar en los modelos de relación asistencial no puede realizarse descontextualizadamente, sin tener en cuenta las imágenes sociales y culturales relacionadas con la maternidad. Por ello en el último bloque del libro se aborda la visión y comprensión de la maternidad en la sociedad del siglo XXI. Serena Brigidi introduce una reflexión en torno a los recursos audiovisuales presentes en las pantallas españolas y su papel formativo en el imaginario social sobre el parto; asimismo, nos muestra cómo repercuten en la socialización de los niños mediante el análisis de dibujos realizados por pequeños de edades comprendidas entre tres y diez años, dibujos con representaciones extremadamente medicalizadas de parto y nacimiento, con independencia del modo en que el niño haya nacido. A su vez, Joan Guanyabens reconoce que «las ya mal llamadas “nuevas” tecnologías de la información y de la comu-

nicación han irrumpido en nuestras vidas cambiando de forma radical la mayoría de los sectores productivos, de servicios, e incluso la forma como vivimos, como nos relacionamos», pero reconoce que este cambio no se ha producido aún en el sector de la salud y de los servicios sanitarios, ni en la extensión ni en la profundidad que cabría esperar. Siguiendo en el ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y teniendo en cuenta el uso intensivo que de la información hace dicho sector, María Garreta nos muestra cómo «Internet es más que una tecnología, es un medio para todo», por ello reflexiona sobre cómo las TIC son flexibles, intuitivas, cercanas, asequibles, prácticas, atractivas, útiles y, a su vez, están en continua transformación; para la autora, «las TIC son, sin duda, el nuevo ágora del siglo XXI»; ante esta realidad nos explica el «proyecto matronas», un espacio virtual interactivo que busca continuamente esa retroalimentación de la que se enriquece.

Finalmente, aparecen a modo de «apuntes complementarios» los resúmenes de las aportaciones de las mejores comunicaciones presentadas en el Congreso. Rosa Llobera y Analía Gómez tratan, en sendos textos, la prevención y abordaje de la violencia de género, así como la formación que deben recibir los profesionales sanitarios en general y las matronas en particular, para adquirir las competencias necesarias en el tratamiento de aquella. Alba Calderer expone la experiencia de abrir los quirófanos a los padres para que puedan vivir el nacimiento de sus hijos por cesárea, acompañando a su pareja; Margarita Manresa se ocupa de la atención y gestión del dolor perineal tras el parto y, finalmente, Sofía González analiza el papel de transmisor y refuerzo de los medios de comunicación de determinados modelos estereotipados de atención y desarrollo del proceso de parto.

Todas estas investigaciones nos ayudan a visualizar la gran preocupación que hay en el sector y fuera de él por mejorar la relación asistencial y los enormes esfuerzos que se llevan a cabo para lograr una atención personalizada satisfactoria, así como la complejidad y las dificultades de todo tipo que implica dicha tarea. La diversidad individual y cultural, los cambios en las formas de vida de nuestro tiempo, la pluralidad de enfoques profesionales y su repercusión en los grupos de trabajo y las transformaciones tecnológicas nos obligan a reconsiderar muchas cosas a la vez y no siempre se tiene ni la habilidad, ni la agilidad ni las ayudas institucionales necesarias para dar las respuestas adecuadas a cada situación.

Por ello es más necesario que nunca establecer foros de intercambio comunicativo y de debate, de carácter interdisciplinario y posiciones plurales, para apoyar y fortalecer la dinámica de todas aquellas personas responsables que quieren avanzar hacia la mejora de la asistencia a las mujeres en un sentido

general y en el más específico de asistencia al embarazo y parto. Este fue el objetivo de nuestro congreso y ahora lo es del presente libro.

Estamos en el siglo de la información, pero las carencias en la comunicación son cada vez mayores. Las TIC transforman nuestras vidas y estamos permanentemente conectados, pero cada vez es menos frecuente conversar mirándose a los ojos y *escuchándose*. Esto supone un problema serio para las relaciones personales, familiares y profesionales. Las actuaciones sanitarias sufren también este deterioro. Sin embargo, el buen profesional tiene que saber soslayar este obstáculo y debe buscar el consejo y el apoyo necesarios para superarlo. Se trata de un deber moral y de una responsabilidad cívica.

**LAS RAÍCES HISTÓRICAS
DE LA MEDICALIZACIÓN
EN LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO**

Discurso, género y culpa: la matronería y el arte de publicar en el siglo XVIII

Francesca M. Scott

INTRODUCCIÓN¹

Todo el mundo conoce el cuento de Blancanieves y posiblemente no solo se deba a que Hollywood lo ha retomado en incontables ocasiones desde que Disney lo adaptara en 1937, sino también a que nos han mostrado su desgastada estructura narrativa de distinta guisa durante cientos de años. Recopilado, modificado y publicado por Jacob y Wilhelm Grimm a principios del siglo XIX, Blancanieves es un cuento típico que se enmarca en una recopilación de cuentos populares de tradición oral y la mayoría de estos (sin ser reduccionistas) contienen ciertos elementos característicos, entre otros, el *agón* o conflicto. H. Porter Abbott explica que el *agón* (que en griego antiguo significa ‘contienda’) ha sido un elemento básico de la narrativa durante tanto tiempo que casi con toda seguridad tiene un objetivo cultural importante: es una forma de que «la cultura hable de conflictos que amenazan con fracturarla y, posiblemente, los resuelva». ² En el caso de *Blancanieves*, los celos, el orgullo y la vanidad de la madrastra causan el conflicto, con varios intentos de acabar con la vida de Blancanieves, lo cual debe «resolverse». Tradicionalmente, como sucede en *Blancanieves*, los personajes tienen un papel concreto en el conflicto: el protagonista (Blancanieves), el antagonista (la madrastra) o el héroe (el príncipe), que a su vez también puede ser protagonista. Si bien estos cuentos no siempre muestran una oposición simple entre buenos y malos, ³ casi siempre contienen un conflicto entre un héroe y un villano, ⁴ y un acto (o actos) de maldad. Como lectores, esperamos que este conflicto se resuelva para que el

1 El texto original, redactado en inglés por la autora, ha sido traducido al castellano por Sara Sicart Perea y revisado en los aspectos referidos a la práctica obstétrica por Josefina Goberna Tricas.

2 Porter Abbott, H. (2002). *The Cambridge Introduction to Narrative*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 51.

3 *Ibíd.*, p. 54.

4 Martin McQuillan, M. (2000). *The Narrative Reader*. London and New York: Routledge, p. 183.

cuento se termine. Esto, según Porter Abbott, sugiere que estamos al tanto, de algún modo, de una fórmula narrativa,⁵ una fórmula que también espera que triunfe un héroe (que, a menudo, no siempre, representa el bien). También significa que existe una estructura narrativa relativamente estable en la base de cada cuento popular, una estructura que se puede identificar como si tuviera un arco narrativo (que se define ampliamente como el inicio, el clímax y el desenlace de una acción). Como subraya Linda Dégh, a pesar de la diversidad de los cuentos populares en términos de origen, objetivos y temas, todos ellos adoptan una forma final relativamente coherente, con patrones y personajes que se repiten.⁶

Esta fórmula ha dominado la transmisión del conocimiento durante muchos años y sus efectos todavía son visibles en una serie de ámbitos que trascienden la cultura literaria. De hecho, en su aclamadísimo libro *Darwin's Plots*, Gillian Beer demostró que incluso a mediados del siglo XIX, los científicos (particularmente Darwin):

[...] aún compartían un lenguaje común con otros lectores y escritores cultivados de su época. Compartían un discurso literario, no matemático y accesible a lectores sin formación científica. Sus textos podían leerse como textos literarios.⁷

Para lograrlo, explica Beer, al desarrollar sus argumentos los científicos se inspiraban en la literatura y la filosofía,⁸ por lo que no se establecía una distinción clara entre «ciencia», definida a un nivel básico como «hechos probados», y «narrativa», una historia que podía tener parte de verdad, pero que también podía ser «imaginaria». A pesar de ello, como reconocían Matthew Arnold (poeta y crítico) y Thomas Huxley (biólogo) en el siglo XIX, la brecha entre literatura y ciencia iba creciendo —y entre ciencias y humanidades, todavía más, si cabe—, una brecha que se había abierto en el siglo anterior.

En el ámbito de la matronería, fue en el siglo XVIII cuando esa brecha empezó a acarrear consecuencias a la transmisión de conocimiento (transferencia

5 Porter Abbott, H. (2002). *The Cambridge Introduction to Narrative*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 54.

6 Dégh, L. (1972). «Oral Folclore: Folk Narrative». En: Dorson, Richard M. (ed.). *Folclore and Folklife: An Introduction*. Chicago and London: University of Chicago Press, p. 60.

7 Beer, G. (2000). *Darwin's Plots: Evolutionary Narrative in Darwin, George Eliot and Nineteenth Century Fiction*. 2.^a ed. Cambridge: Cambridge University Press, p. 4.

8 Ídem.

o intercambio de conocimiento).⁹ Estaba cambiando el modo en que los nuevos profesionales publicaban sobre su especialidad: la transmisión pasaba de un discurso narrativo a un nuevo género científico. Los estudios en este ámbito se han centrado en los inicios de la Edad Moderna y, en concreto, en la narrativa de culpa (en la que el profesional se presenta a sí mismo como «salvador» de la madre, rescatada de las garras de parteros incompetentes, hombres y mujeres). Lianne McTavish, por ejemplo, ha argumentado de manera convincente que los profesionales de la matronería (hombres y mujeres) recurrían a la narrativa de culpa para defender y vender sus profesiones respectivas y, así, más que reflejar una «guerra de sexos» ofrecían una «compleja visión de la interacción entre las personas que asistían al parto».¹⁰ Buena parte de la investigación hecha hasta el momento se ha consagrado al primer período de la Edad Moderna porque es cuando la matronería empezó a hacerse con la profesión (aunque no fue un proceso lineal y se presentaba de distintas maneras según el país y el contexto). No obstante, ciertos académicos reconocen que lo acaecido en el siglo XVIII resulta más intrigante, si cabe. Según Ernelle Fife, por ejemplo, que ha llevado a cabo un análisis retórico de los manuales de matronería de ese período, tanto de mujeres como de hombres, los profesionales mostraban un mayor conocimiento de su audiencia. Los comadrones hombres adoptaban un discurso científico lineal que sustituía «la empatía por el profesionalismo científico» y desplazaba a las pacientes, que «devenían meros objetos físicos manipulados, no mujeres con historias que había que escuchar».¹¹ Las mujeres matronas, en cambio, se aferraban a una retórica más discursiva, metafórica, y recuperaban a la mujer como «personaje» de la narrativa.¹² Lo que surge en este período no es meramente una diferencia de lenguaje o de retórica, sino un completo cambio de discurso, y tanto los hombres como las mujeres profesionales de la matronería eran bien conscientes de ello. Además, su compromiso con estos discursos no era algo sencillo; ciertamente no se trata una perspectiva estricta de género: las mujeres matronas, en concreto, podían experimentar e

9 A principios del siglo XVIII los médicos o cirujanos (hombres) comenzaron a escribir para formar a las matronas (mujeres). En esta época, realeza y clases dirigentes empezaron a preocuparse por la salud de los recién nacidos y promocionaron la formación de las matronas para mejorar la salud de madres e hijos. Por ello, competían las pocas mujeres «matronas letradas» y los médicos o cirujanos «hombres» comadrones en la publicación de libros.

10 McTavish, L. (2006). «Blame and Vindication in the Early Modern Birthing Chamber». *Medical History*, vol. 50, n.º 4, p. 447.

11 Fife, E. (2004). «Gender and professionalism in eighteenth-century midwifery». *Women's Writing*, vol. 11, n.º 2, p. 198.

12 *Ibíd.*, p. 190.

incorporar aspectos del discurso científico, aunque en general acabaran favoreciendo el modelo narrativo.

Por todo ello, mi tesis consiste en que en el siglo XVIII las mujeres matronas promovieron el modelo narrativo y, por extensión, la narrativa de culpa, no solo porque permitía «airear y comentar» las quejas, como sugiere McTavish,¹³ y porque así la madre, convertida en protagonista, se ponía en primer plano —la importancia de ello queda clara en Fife—, sino porque permitía a la mujer matrona asumir una posible postura radical y, a partir de ahí, transmitir el mensaje didáctico con mayor fuerza.

LOS MANUALES DE MATRONERÍA EN LA EDAD MODERNA

Para comprender la complejidad del cambio acaecido en el siglo XVIII, es importante echar la vista atrás hasta el inicio de la Edad Moderna, que suele verse como la cuna de la primera revolución científica. Uno de los avances más importantes en términos de tecnología fue cuando, como subraya Elizabeth Eisenstein, la reproducción de materiales «empieza a pasar del escritorio del copista al taller de impresión... [revolucionando] todas las formas de aprendizaje».¹⁴ En aquel momento existía una élite intelectual asentada (principalmente masculina) que crecía de forma estable y estaba sedienta de aprendizaje, sobre todo en lo relacionado con los misteriosos procesos del cuerpo humano. Esto alimentaba, a su vez, una mórbida fascinación por la disección —y, en especial, por la disección del cuerpo femenino, emplazamiento del misterio reproductivo—.¹⁵ Entre los textos que recogen esa fascinación se encuentra la obra *Aristotle's Masterpiece*, un manual anónimo sobre sexo y obstetricia que apareció a finales de siglo XVII y que seguía en circulación en el siglo XIX (revisado y ampliado), muy probablemente con distintos autores en cada edición. A esta obra le siguieron en este período una serie de textos escritos por médicos hombres¹⁶ y dirigidos a mujeres matronas; entre otros, el *Directory for Midwives* de

13 McTavish, L. (2006). «Blame and Vindication in the Early Modern Birthing Chamber». *Medical History*, vol. 50, n.º 4, p. 450.

14 Eisenstein, E. (1993). *The Printing Press as an Agent of Change*. Cambridge: Cambridge University Press.

15 Sawday, J. (1995). *The Body Emblazoned: Dissection and the Human Body in Renaissance Culture*. New York: Routledge, p. 36.

16 Según el *Oxford English Dictionary*, el término «comadrón» (en inglés *man-midwife*) ya estaba en uso en el siglo XVII; sin embargo, parece que, hasta el siglo XVIII, se hablaba con más frecuencia de

Nicholas Culpeper (1651) —más reconocible para nosotros como un tratado médico, con capítulos y subcapítulos—, un debate metodológico e instrucciones explícitas para el tratamiento de dolencias reproductivas femeninas y un relativamente detallado recuento de los procesos del cuerpo femenino. Este manual se puede comparar y contrastar con el anónimo *A Compleat Midwife's Practice* (1656), un volumen con varias ediciones y contenido ampliado cada vez. La autoría de este texto ha dado lugar a una serie de conjeturas. Según Doreen Evenden, la página del título de la tercera edición de *A Compleat Midwife's Practice Enlarged* (1663) contenía las iniciales de cinco personas que muy probablemente eran matronas de St. Martin in the Fields: Rachel Coles, Jane Davis, Mary Stuart y Margaret Hall, todas ellas autorizadas para ejercer en 1662, lo que marcaría una diferencia con los tratados autorizados escritos por hombres.¹⁷ Ahora bien, Mary Fissell ha argumentado que su autoría probablemente era masculina, ya que las quintas iniciales de la primera edición, «T. C.», podían referirse a Thomas Chamberlayn, un obstetra que tenía una publicación propia, citada ampliamente en ediciones posteriores.¹⁸ Adoptar un nombre de mujer, como sugiere Katherine Phelps Walsh, podría haber sido una manera de que estos hombres pudieran comercializar la autoridad de la experiencia femenina,¹⁹ pero Sara Lufftring ha argumentado que el texto continuamente identifica esas iniciales con «profesionales de la matronería», así como con «profesorado» de matronería, por lo que es posible que al menos algunos de los autores fueran mujeres.²⁰ Es probable que se tratara, pues, de un proyecto de colaboración, con contribuciones de nuevos autores en cada edición, igual que en la obra *Aristotle's Masterpiece*.

El texto *A Compleat Midwife's Practice* es un informe bien documentado, que se basa en las obras *Rare Secrets in Midwifery* de Theodore Mayern, el texto de Chamberlayn y el mencionado *Directory* de Culpeper; incorpora, además, una serie de contribuciones de la matrona francesa Louise Bourgeois, quien asistió a la reina de Francia, María de Médicis, cuando dio a luz a prin-

«médico» (*physician*), dado que los propios comadrones hicieron algunos esfuerzos por la respetabilidad de la profesión.

17 Evenden, D. (2000). *The Midwives of Seventeenth-Century London*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 11.

18 Fissell, M. (2006). *Vernacular Bodies: The Politics of Reproduction in Early Modern England*. Oxford: Oxford University Press, p. 183.

19 Walsh Phelps, K. (2014). «Marketing Midwives in Seventeenth-Century London: A Re-examination of Jane Sharp's The Midwives Book». *Gender & History*, vol. 26, n.º 2, p. 224.

20 Lufftring, S. (2015). *Bodies, Speech, and Reproductive Knowledge in Early Modern England*. London and New York: Routledge, p. 123 ff06.

cipios del siglo xvii. Aquí, quizá, radica la confusión en relación con la autoría: la mayoría de los textos de *A Compleat Midwife's Practice* están escritos por hombres, como en el *Culpeper's Directory*, pero la última sección, con un estilo más narrativo y firmada por Bourgeois, contrasta claramente con el contenido anterior. En la introducción a la tercera edición, los autores subrayan su motivación para «que el volumen sea ejemplar, una escuela, en que la medicina se una a la matronería, y en que se enseñe a todo el mundo los admirables efectos de la divinidad de este arte de la matronería» (Prefacio), lo cual sugiere que, según argumenta Luttfiring, el texto reconoce la importancia de los conocimientos prácticos de primera mano (la tradicional esfera de competencia de las matronas) tanto como los conocimientos teóricos.²¹ Luttfiring prosigue destacando el modo en que los pasajes y contribuciones de Bourgeois destacan una «especie de colaboración paciente-profesional que los tratados escritos por hombres solo dejan implícito», asignando un papel importante a la mujer,²² un elemento que, como demostraré, era fundamental en la narrativa de culpa firmada por mujeres. Esta mezcla de géneros y estilos hace que este texto pueda considerarse uno de los primeros ejemplos de publicación colaborativa entre matronas y obstetras, en un intento de unir las dos esferas profesionales.

El que la obra *A Compleat Midwife's Practice* procure unir las dos esferas profesionales —la medicina y la matronería— implica sin duda que estaba creándose un cisma entre ambos mundos. Si bien no corresponde a esta publicación repasar el desarrollo de este cambio de paradigma, dado que la Academia ya lo ha tratado, sí vale la pena destacar el hecho de que ya en este período tan precoz —aunque no se ha expresado claramente— parece que las matronas se sentían amenazadas. Esto suele hacerse más evidente en los prefacios que en los manuales, pero cada vez se detecta más en las propias aportaciones o narraciones. Quince años después de la primera edición de *A Compleat Midwife's Practice*, se publicaba uno de estos manuales: *The Midwives Book: or the Whole Art of Midwifery Discovered*, de Jane Sharp (1671). En esta obra, Sharp se muestra categórica: la matronería es y debería ser un oficio femenino.

Aunque las mujeres no podemos negar que los hombres en ciertas cosas pueden alcanzar en general una mayor perfección de conocimiento que las mujeres

²¹ Ídem, p. 112.

²² Ídem.

[...] las Sagradas Escrituras asignan a las parteras el honor perpetuo del sexo femenino.²³

Sharp deja implícito que las mujeres poseen un conocimiento inherente del alumbramiento: un don de Dios. Y en apoyo de ese argumento, recuerda que los pobres entre los pobres —los que no han tenido acceso ni a la educación más básica— son capaces de sobrevivir al alumbramiento con la única asistencia de las mujeres y sugiere que «con palabras duras no se hace el trabajo [...] las palabras solo acompañan».²⁴

Como se ha reconocido ampliamente, la obra *The Midwives Book*, de Sharp, es claramente perspicaz, y ofrece una visión fascinante de la relación entre matronas y lo que ella llama «los hombres de saber» (*Men of Learning*) durante este período. Buena parte de la Academia que ha revisado la obra de Sharp se ha centrado en ella como una de las primeras mujeres escritoras, que además parece hacer gala de una postura protofeminista, criticando, por ejemplo, los textos de autoría masculina y las percepciones misóginas de la autonomía de la mujer.²⁵ Ahora bien, Sharp fue especialmente inusual también para elegir el género empleado. Su obra *Midwives Book* se acerca más al emergente discurso científico que a los manuales de matronería femeninos como el de Bourgeois, con sus «capas de significado».²⁶ Está dividido en libros y capítulos, cada uno con un enfoque ligeramente distinto, incluyendo una visión general de la anatomía masculina y femenina, la salud reproductiva, las dolencias y los procesos de la mujer, así como instrucciones detalladas de distintos escenarios del parto y del período posparto. Incluye, asimismo, distintas ilustraciones anatómicas. El objetivo es demostrar un amplio conocimiento y situar a la matronería en el contexto de una serie de disciplinas emergentes. Ahora bien, en su texto se pueden observar distintos elementos del discurso narrativo: su estilo, por ejemplo, es familiar y conversacional. Sharp asume el papel de narradora que, en ocasiones, se permite ciertas digresiones y explorar ciertos mitos e historias asociados; así, por ejemplo, incluye en el Libro II el caso de un niño hermafrodita hijo de la condesa Margaret von Henneberg.

23 Sharp, J. (1671). *The Midwives Book; or the Whole Art of Midwifery Discovered*. London: Printed for Simon Miller, pp. 2-3.

24 *Ibid.*, pp. 3-4.

25 Phelps, K. (2014). «Marketing Midwives in Seventeenth-Century London». *Gender & History*, vol. 26, n.º 2, p. 224.

26 Cita extraída de McTavish, L. (2006). «Blame and Vindication». *Med. Hist.*, vol. 50, n.º 4, p. 454.

Así pues, Sharp parece demostrar que es consciente del cambio de discurso en su disciplina, una nueva manera de difundir la información, de modo que presenta su texto de forma específica para dirigirse a una audiencia concreta: una nueva élite intelectual, principalmente masculina, que también estaba experimentando con el discurso científico. En este aspecto, se acerca al creciente número de escritoras que en el siglo anterior reconocían la necesidad de comercializar sus textos, por lo que escribieron extensos prefacios en sus novelas para atraer a los lectores. No obstante, *The Midwives Book* muestra también que la escisión con respecto al género narrativo no era limpia —como sucedía con los autores de *A Complete Midwife's Practice*—: en Sharp todavía se reconocen claramente (o quizá no podía escapar de ello) los elementos básicos del discurso narrativo.

DIVISIÓN DE GÉNERO

Está claro que, a principios de la Edad Moderna, los profesionales y el profesorado de matronería, tanto hombres como mujeres, se empiezan a plantear cómo presentar sus teorías, su práctica y sus ideas en público. A consecuencia de ello, comienzan a surgir dos géneros contrapuestos, y aunque la línea divisoria entre ambos no era sencilla ni directa (no se puede ver como algo lineal o con una perspectiva de género), ciertamente parece reflejar un cambio de paradigma, al menos hasta cierto punto. El discurso científico o médico deconstruía la práctica de la matronería, la categorizaba y la subcategorizaba, y la relacionaba con la disciplina más amplia de la anatomía. En cambio, el género narrativo estaba compuesto por una serie de narraciones de no ficción que probablemente contenían elementos de ficción. Solía adoptar la forma de estudios de caso basados en la experiencia o las observaciones de la matrona, y eran muy pertinentes para la profesión de matronería, nacida de la tradición oral y de un sistema de aprendizaje matrona-alumna en que las matronas compartían sus conocimientos con las personas a las que enseñaban o que trabajaban con ellas. Para ellas, publicar era simplemente un paso más de este enfoque pedagógico. Una característica fundamental de esta narrativa, como se ha dicho anteriormente, es que la matrona y su paciente suelen ocupar el centro, interpretando el papel de héroe (heroína) y protagonista. Otras matronas, comadrones hombres y cirujanos solían asumir frecuentemente un papel de antagonista, pues injuriaban, mutilaban e incluso mataban a la madre y a su bebé, antes de que la matrona (narradora) entrara en escena para salvarlos o reprocharles su comportamiento. Este tipo

de texto se ha llamado «narrativa de culpa», y McTavish lo ha explorado ampliamente en su revisión de los tratados de obstetricia franceses de Mauriceau, Bourgeois y Peu. Quizá de forma controvertida, ciertas características de la narrativa de culpa se pueden encontrar en el campo de la matronería actual y sin duda están presentes en las comunidades interactivas de los nuevos medios de comunicación.

No obstante, esto no tiene por qué ser tan problemático como parece. Como McTavish destacaba, la narrativa de culpa tradicionalmente establecía y preservaba la reputación de su autor, brindando a los que asistían a las parterías un «método práctico y eficaz de atacar a los rivales al tiempo que se defendían sin tener que recurrir a un contencioso».²⁷ Mogensen considera que asignar la culpa sigue siendo una dimensión clave para apreciar lo que es importante en la «negociación» del riesgo materno-infantil actual,²⁸ mientras que Mary Douglas, al estudiar la distribución de la culpa desde un punto de vista más antropológico, observa: «El peligro se define para proteger los bienes públicos y la incidencia de culpa es un subproducto de los acuerdos para persuadir a los colegas a que contribuyan a ello».²⁹

La culpa es, pues, en parte, un aspecto en cierto modo esencial para asegurar la estabilidad en las comunidades —para resolver el *agón* o el conflicto que yo mencionaba al principio de este capítulo— y para permitir que la matronería siga desarrollándose y progresando. Con esto en mente, me gustaría ahora examinar un manual de matronería de la primera mitad del siglo XVIII, un período que identifiqué como importante para la estable pero intrincada separación entre narración y discurso científico, y entre el oficio de hombres y mujeres dedicados a la matronería.

«A COMPLEAT PRACTICE OF MIDWIFERY», DE SARAH STONE

Cuando Sarah Stone empezó su manual *A Compleat Practice of Midwifery* (1737), muy probablemente tenía presente la obra *A Midwives Book*, de Jane Sharp. Su manual se publicó tan solo sesenta y seis años después que el texto de Sharp, que

27 McTavish, L. (2006). «Blame and Vindication». *Med. Hist.*, vol. 50, n.º 4, p. 450.

28 Mogensen, citado en Fordyce, L.; Maraesa, A. (2012). *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. Nashville: Vanderbilt University Press, p. 178.

29 Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London and New York: Routledge, p. 6.

había sido tremendamente popular y con toda probabilidad estaba presente en muchas bibliotecas privadas. Existen, sin duda alguna, ciertas similitudes entre ambos textos. Como Sharp, Stone hace un guiño al incipiente género científico, insiste en el estudio anatómico —al que concedía un peso importante dentro de la profesión— y admite que ha asistido a disecciones como observadora: «He visto varias mujeres abiertas y he leído sobre anatomía».³⁰ Asimismo, como Sharp, afirma que las mujeres pueden dominar las disciplinas de estudio igual de bien que los hombres. La discreta alusión a la superfluidad de los «hombres de saber» del texto de Sharp recibe un peso importante en el prefacio de *A Compleat Practise*: Sarah Stone se muestra molesta porque el campo está dominado por los hombres y, más concretamente, por los cirujanos, lo que ella considera invasivo e innecesario. Ella insiste en que los conocimientos prácticos deberían ser de primordial importancia y aconseja que las matronas pasen «al menos tres años con alguna mujer ingeniosa que practique dicho arte».³¹ Parece que ella misma había aprendido de su madre, a la que le había hecho de asistente durante seis años antes de embarcarse en su propia empresa. Su objetivo, pues, era instruir adecuadamente a las mujeres de ese modo, demostrarles que la sabiduría práctica y la experiencia ayudarían a madres e hijos a que el parto fuera seguro. Las mujeres, sugiere ella, tienen una «solidaridad natural» y una «compasión» que «ningún hombre puede juzgar».³²

No hay duda de que aquellos a los que ella llama «caballeros-profesores» (*Gentlemen-Professors*, los «hombres de saber» de Sharp) son los que reciben la mayor dosis de virulencia en el prefacio. De hecho, llega a afirmar que ellos hacen más daño a las madres y a los bebés que las parteras incompetentes y sin formar. Desde su punto de vista, su profesión se basa en una ciencia imperfecta, nacida de los libros más que de un conocimiento que llega de la mano de la experiencia práctica:

[...] estos jóvenes caballeros-profesores fingen una seguridad total, con pretensiones de que sus conocimientos superan los de cualquier mujer porque han visto o superado un curso de anatomía... Esos jóvenes caballeros con pretensiones, que se enfrentan a la práctica de la matronería con el único conocimiento de haber diseccionado muertos.³³

30 Stone, S. (1737). *A Compleat Practise of Midwifery*. London: Printed for T. Cooper, p. XV.

31 *Ibíd.*, p. XVII.

32 *Ibíd.*, p. XVI.

33 *Ibíd.*, pp. VI-VII.

A juzgar por lo que afirma la matrona inglesa, los hombres pasaban por un corto período de aprendizaje con un cirujano-barbero (una primera y arcaica versión del cirujano, con poca o ninguna formación médica) antes de ponerse a trabajar como hombres comadrones. Por supuesto, el instrumental se utilizaba solo como último recurso, pero, en opinión de Sarah Stone, los hombres lo empleaban con demasiada frecuencia, sin duda, para complicaciones que podían resolverse con las diestras manos de una mujer. En el pasaje más citado de *A Compleat Practice of Midwifery*, dice:

[...] sí, los bebés han nacido vivos, con el cerebro aún activo fuera de la cabeza: debido a un uso demasiado habitual de instrumental: lo que de hecho yo nunca creí que fuera de demasiada utilidad en toda mi práctica... Pues entre diseccionar a los Muertos y ser justo y sensible con los Vivos hay una gran diferencia; pues debe suponerse que debe haber una cierta ternura de una mujer con respecto a otra.³⁴

Stone sugiere, asimismo, que la actitud de los hombres comadrones se basa en la ignorancia y los prejuicios (no en la formación ni en la práctica), pero su incompetencia queda protegida del escrutinio por la misoginia.

En este caso las pruebas de esta matrona se categorizan como «observaciones» numeradas, cada cual relacionada con una situación concreta, o caso, que se explica de forma narrativa. Sorprende, en cambio, que un gran número de sus «observaciones» no se dediquen a explicar casos en que ella haya presenciado la mala praxis de hombres comadrones, sino que se dirigen a parteras que están trabajando sin preparación teórica y sin experiencia y que, en su opinión, no están cualificadas ni tienen la competencia para ello. Los médicos sí aparecen en sus relatos, pero con una imagen incompetente y naïf: a menudo acuden a ella para que les asesore o les dé su opinión y frecuentemente son incapaces de ayudar. En el «capítulo referente a una mujer que había dado a luz cinco días antes de que la llamaran», Sarah Stone subraya su conversación con un médico que parece completamente desconcertado ante una mujer cuya vejiga estaba temporalmente paralizada después del parto:

Su médico me pidió opinión y me preguntó qué le sucedía. [...] [Al contestarle] Él dijo que ello era contrario a lo que su matrona [otra] le había dicho.³⁵

³⁴ *Ibid.*, pp. XIII-XIV.

³⁵ Stone, S. (1737). *A Compleat Practice of Midwifery*. London: Printed for T. Cooper, p. 135.

En distintas observaciones, incluyendo el «capítulo referido al parto de una mujer que expulsó multitud de vesículas acuosas», Stone directamente contradice la versión del médico:

En su opinión «era un falso embarazo, pero esta es mi opinión: era un embarazo de diez semanas y en aquel momento la mujer perdió al bebé...».³⁶

En otro caso, un médico está convencido de que una mujer está teniendo un aborto, pero ella le demuestra que lo que le sucede es que está estreñida. A veces, la matrona inglesa pone claramente en duda la autoridad del médico, pero normalmente solo si considera que la mujer en realidad puede estar enferma o padecer alguna dolencia (como en el caso de una mujer que ha dado a luz y luego resulta que tiene viruela).

Pero a pesar de que el tono que usa para referirse a los cirujanos comadrones es condescendiente, eso no es nada en comparación con la imagen que transmite de las mujeres matronas. Insiste en su ignorancia, pereza, prejuicios y prácticas peligrosas, y lo hace empleando una estructura que se repite, «corrigiendo» los errores de la otra matrona y salvando la vida de la madre o del bebé. A veces, la narrativa es casi mimética y lo que es interesante es que Stone parece emplear un tipo de método científico y empírico que da detalles concretos sobre el escenario y las circunstancias, de modo que el lector pueda entender mejor su motivación y su forma de actuar. Esto se puede ver en la «Observación XVI. Una mujer de campo que había dado a luz antes de que ella llegara a su casa y el bebé estaba en muy mal estado»:

Me mandaron llamar a Curry-Mallet [Somerset, sudoeste de Inglaterra], se trataba de la esposa de un curtidor y eran aproximadamente las once de la noche, con mal tiempo y carreteras de lo más malas para circular, de modo que cuando llegué, el bebé ya había nacido. No subí directamente a ver a la madre y al bebé. Al decirme las mujeres que todo iba bien, creí conveniente secarme la ropa, porque estaba muy mojada y cansada (porque había recorrido ocho largas millas).³⁷

Esta escena está completamente descrita. El tiempo y las carreteras, aquí, parecen de especial importancia para Sarah Stone, porque le han impedido asistir al parto y (resulta que también le impiden) evitar el accidente. Esto parece ser una manera de decirnos que ella no tiene la culpa de lo que ha sucedi-

³⁶ *Ibíd.*, p. 107.

³⁷ *Ibíd.*, p. 51.

do, sobre todo porque se tomó su tiempo antes de subir a ver a la madre para comprobar cómo estaba. McTavish observa lo siguiente: «adscribir la responsabilidad solía ir de la mano de reclamaciones de inocencia defensivas».³⁸ Si volvemos al arco narrativo, las acciones de la matrona y la llegada de Sarah Stone constituyen «el detonante». La crisis o «el clímax» que sigue es que la recién nacida ha perdido el ojo derecho, la niña tiene el rostro muy malherido y el labio roto e hinchado, unos daños provocados por la matrona que asistía en el parto y que aparentemente no se dio cuenta de que el bebé venía en occipucio o posición cefálica posterior y aplicó demasiada presión en el rostro del bebé. La partera/matrona que había asistido el parto asegura a Stone que la madre había tenido una caída durante el embarazo, una mentira que esta refuta desechando de lleno los argumentos de la matrona y concluyendo, como antes: «Encontré que era extremadamente ignorante».³⁹

La ignorancia de algunas mujeres matronas le parece a Stone su mayor enemigo. En una observación posterior, referida al «parto de una mujer que se hallaba al límite por la ignorancia de su matrona», Stone detalla un caso en que la mandaron a la iglesia de Santa María Magdalena a atender a una mujer que llevaba dos días y tres noches de parto. Al llegar, se encontró a la mujer en un estado deplorable:

Me encontré a una mujer extremadamente fatigada, con una violenta transpiración, incluso tenía la túnica empapada en sudor. Nunca había visto a una mujer en un estado más extremo...⁴⁰

Parece ser que la matrona había intentado maniobrar para rotar al bebé, que estaba mal colocado (en el hueso de la pelvis), a través del recto materno. Cuando Stone llegó, quedó perpleja al ver que el ano de la mujer estaba más dilatado que la palma de su mano. Stone explicaba:

Desde entonces me he encontrado que es una práctica demasiado habitual, incluso entre los hombres (no los de buen juicio) y las mujeres matronas, trabajar desde la parte trasera, aunque en realidad no deberían ni tocarla, a menos que sea para que no sufra lesiones si se encuentra en peligro.⁴¹

38 *Ibíd.*, p. 447.

39 *Ibíd.*, p. 53.

40 *Ibíd.*, p. 24.

41 *Ibíd.*, p. 25.

En poco más de una hora, Stone resuelve la crisis, haciendo que la mujer dé a luz a un «lozano varón», y lo logra simplemente pasando dos dedos entre el pubis y la cabeza del bebé.⁴²

Esta repetición —la fechoría de la matrona, la aparición de Stone y la consiguiente acción correctora— es habitual en los manuales de matronería, como sugería Fife,⁴³ y es, en mi opinión, su punto fuerte. Es un recurso que suele aplicarse a historias cortas y a ciclos de historias cortas en particular. La acumulación de historias cortas, como las de Stone, que presentan (elaboran) un patrón de repetición, destacan y enfatizan el problema y la solución: la falta de formación y la necesidad de formación, al tiempo que se ofrecen pruebas empíricas —sus propias observaciones y experiencias repetidas— para demostrar que las mujeres matronas podrían aspirar a la perfección. Así, Stone se inspiraba en el modelo narrativo de profesionales como Bourgeois, al tiempo que básicamente demostraba —quizá visualizaba— los argumentos (científicos) de Sharp con un discurso narrativo. El efecto da más peso a las sugerencias vacilantes de Sharp.

En este sentido, llama la atención el aparente desdén que demuestra Stone por otras mujeres matronas. Uno podría esperar que se tomara la molestia de reflejar a las matronas mirándolas con buenos ojos, dado que hace hincapié en que las mujeres son las más adecuadas para la profesión; sin embargo, la solidaridad de género está en el centro de su argumento. Asegura, en sus propias palabras, que el manual ha sido escrito y publicado para mujeres, no para hombres, y que no necesariamente se ha escrito para meterse en la política de un debate más amplio (aunque ella claramente tiene mucho que decir en ese sentido). De otro modo, esperaríamos ver muchos más escritos en que se mostrara la incompetencia de los hombres comadrones. En lugar de eso, como Sarah Stone subraya en el prefacio, se ha escrito para «instruir a ciertas mujeres que están entre el profesorado en el arte de la matronería» (un uso provocativo de la palabra «profesorado») y para demostrar que pueden «actuar tanto en los partos difíciles como en los que no lo son».⁴⁴ En su opinión, las matronas están infravaloradas o no se las tiene en cuenta porque se avisa a los hombres en la última fase del trabajo de parto, «cuando ya se ha hecho casi todo», por lo que a la matrona, «que se ha llevado la peor parte, no se las valora convenientemente y los jóvenes hombres se llevan todos los laureles»; y todo el énfasis, «a menudo repetido», recae en esas matronas que son incompetentes, quizá sin que

42 Ídem.

43 Fife, E. (2004). «Gender and Professionalism». *Women's Writing*, vol. 11, n.º 2, p. 186.

44 Stone, S. (1737). *A Compleat Practice of Midwifery*. London: Printed for T. Cooper, p. 9.

sean culpables de ello, puesto que se las priva de la formación adecuada.⁴⁵ El objetivo, en otras palabras, es capacitar a las mujeres, además de instruir las (como ella hace: proporcionándoles el dominio de ciertas situaciones y ciertos escenarios). Para Stone, la culpa parece ser una parte esencial del proceso de aprendizaje; además, subraya la urgencia de la necesidad de formación y educación para las matronas, así como de reforma.

En realidad, lo más radical del uso del modelo narrativo de Stone es el papel que se asigna a sí misma en la historia. Esto se comprende mejor si la consideramos en paralelo con el argumento de *Blancanieves*. En su obra, ella no es ni la protagonista ni la antagonista, es el héroe, por lo que asume un privilegio exclusivamente masculino. Aquí es, de hecho, donde el ataque a los hombres comadrones se hace más evidente: no por su presencia, sino por su ausencia. La madre es casi siempre la protagonista (salvo cuando se porta mal y desobedece a Stone), básicamente no es de ninguna ayuda y suele sufrir los abusos del antagonista, pero, como en la narrativa de Bourgeois, siempre está en primer plano y Stone le presta mucha atención. Esta suele centrarse en el dolor, la postura y las quejas de la mujer, y llega a incluir transcripciones de sus conversaciones, ya estuvieran sufriendo, se negaran a que las tocara o aguantaran el dolor con valentía, por ejemplo. El personaje antagonista puede (en contadas ocasiones) ser un hombre comadrón descuidado y desafortunado, pero lo normal es que sean mujeres matronas perezosas y serviles, falsas e ignorantes. Las actuaciones de este personaje —su orgullo, ignorancia, dejadez y tozudez— provocan continuos conflictos o crisis en las narraciones, el clímax del arco narrativo, cuando llega el héroe para solucionarlo todo. El médico u hombre comadrón brilla por su ausencia o claramente sobra: se amedrenta al Príncipe Azul.

Stone no es la única que aplica este método. De hecho, es importante situarla en una compleja red de intercambio en la que los profesionales no solo estaban experimentando con el discurso, sino también con las figuras retóricas y literarias, como se puede ver en *A Compleat Practice of Midwifery*. También publicaban (e interactuaban) con bastante rapidez, lo cual significa que estos experimentos evolucionaban rápidamente. Justo tres años antes de Stone, en 1734, dos hombres comadrones, William Giffard y Edward Hody, habían empleado el modelo de culpa en sus *Cases in Midwifery*, donde situaban al hombre comadrón como héroe y a la mujer matrona como antagonista. Sus historias solían concluir con una variación del mismo tema:

45 *Ibíd.*, p. 10.

Este es uno de los muchos infortunios que acontecen a un comadrón cuando le llaman demasiado tarde, a causa de la negligencia, languidez, ignorancia o auto-suficiencia de la matrona; eso es lo que suele prevalecer y lo que suele traducirse en la pérdida, bien de la madre, bien del bebé o, a veces, de ambos; todo ello podría haberse evitado si se hubiera acudido a la persona adecuada desde el principio.⁴⁶

Unas décadas después, en 1760, Elizabeth Nihell posiblemente tenía en mente la obra *Cases in Midwifery* (entre otras) cuando publicaba su propio tratado, combinando la forma narrativa con el modelo de libro de texto, pero añadiendo una aguda crítica, con una lista de «protestas» ante las críticas alzadas contra las matronas. Este tono combativo alimenta la narrativa de Nihell, que, a diferencia de Stone, se centra casi exclusivamente en la peligrosa práctica de los hombres comadrones. En muchos casos titula sus narraciones «Historia» («Historia de un bebé muerto por un gancho obstétrico», «Historia de un bebé horriblemente asesinado») o hace referencia a un instrumento específico: «El uso del gancho y sus horribles consecuencias, ejemplificado». Para ello, utiliza los ejemplos de los tratados y publicaciones de los propios hombres comadrones, citándolos y catalogando sus errores punto por punto, usando con eficacia sus propias palabras en su contra. Las narraciones están posicionadas (normalmente con el título) como narrativa de culpa, con el héroe (el hombre comadrón) que experimenta una caída desde el punto de máxima gracia. Habida cuenta de ello, el tratado de Nihell puede verse como un desarrollo del tratado de Stone: ella sube claramente el tono del debate, centrándose en los hombres comadrones más explícitamente que nunca, e intenta desestabilizar la tesis de que ellos son los que tienen la autoridad. Su tratado marca un importante momento en la escisión entre los profesionales, y entre los géneros narrativo y científico, al tiempo que destaca la dinámica de la reputación y el debate en este campo y en este período. Al final del siglo XVIII, el discurso narrativo quedó más o menos escondido de la opinión pública y, a pesar de los esfuerzos de Nihell, lo mismo sucedió con las mujeres matronas.⁴⁷

46 Giffard, M.; Hody, E. (1734). *Cases in Midwifery*. London: Impreso por B. Motte y T. Wotton, p. 223.

47 Esto no significa que las mujeres matronas ya no atendieran a las parturientas en sus partos, solo que lo hacían con una capacidad muy concreta, que afectaba a lo que publicaban y a cómo lo publicaban. Cuando publicaban tratados (que en este período era más infrecuente que antes), solían —como Martha Mears escribía en 1797— dirigir sus libros a padres y, particularmente, a madres en un intento de aplacar los miedos, al tiempo que procuraban reforzar sutilmente la fuerza de la naturaleza frente al uso de instrumental.

CONCLUSIÓN

Los profesionales del siglo XVIII —de la primera mitad del siglo XVIII, para ser más concretos— solo se mostraban interesados por la comunicación científica, al igual que los del siglo XIX. Justo cuando estaban empezando a darse cuenta de que la matronería era un «arte», comenzaban a ser conscientes de que también era un arte publicar, captar la atención hacia sus métodos profesionales y difundir su investigación, sus teorías y su experiencia. Aparentemente, el modo científico de difusión se vio, al menos durante un tiempo, como la forma de captar y representar el campo de acción de la matronería con más precisión y dominio que el género narrativo, que siguió en declive en el siglo XIX, y podemos argumentar que siguió en la frontera de la comunicación científica. A pesar de ello, ambos géneros siguieron conviviendo.

En este sentido, la referencia a *Blancanieves* a lo largo de todo este capítulo no solo se ha utilizado para ilustrar el arco narrativo: la relación entre el folclore y la ciencia tiene más matices. Melanie Keene ha subrayado la crucial relación entre folclore y ciencia afirmando que había «cambiado radicalmente en alcance y estructura en el siglo XIX», con varios científicos que parecían estar entre «los dos mundos del folclore y la experiencia científica», con «prácticas e historias entrelazadas de forma interesante».⁴⁸ Quizá por ello no resulte nada sorprendente que los hermanos Grimm emprendieran su labor de recopilación y reelaboración del folclore en aquel momento: esos cuentos populares podrían verse como una suerte de investigación científica. Además, Gillian Beer, a la que me refería al principio de este capítulo, ha argumentado de forma muy convincente que ni el discurso ni la narrativa pueden eliminarse completamente de la investigación científica, nunca se podrá.⁴⁹ Así pues, el género narrativo no era «nuevo» cuando (re)apareció en el campo de la matronería en la segunda mitad del siglo XX, como se suele asumir, pero fue en aquel momento, en la década de 1970, para ser más precisos, cuando las matronas volvieron a darse cuenta del poder que tenían las historias de los partos y el género narrativo para crear un «sistema de conocimiento competente en torno al parto», como Mary Lay ha demostrado.⁵⁰ Más

48 Keene, M. (2015). *Science in Wonderland: The Scientific Fairy Tales of Victorian Britain*. Oxford: Oxford University Press, pp. 36-37.

49 Beer, G. (2000). *Darwin's Plots: Evolutionary Narrative in Darwin, George Eliot and Nineteenth Century Fiction*. 2.ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, p. 46.

50 Lay, M. (2000). *The Rhetoric of Midwifery: Gender, Knowledge, and Power*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press, p. 76.

importante si cabe, y de acuerdo con las explicaciones de Jane Perkins y Nancy Blyler, es que las historias sobre partos quizá se desarrollaron en un primer momento para cumplir con las «funciones habituales del discurso profesional», pero al ampliar el conocimiento también cumplían y siguen cumpliendo una doble función: «ayudar a las matronas a resistir a los mensajes culturales dominantes», para negociar los sistemas profesionales, y «reafirmar la ideología de la matrone-ría frente a la oposición»;⁵¹ en otras palabras, proporcionan una poderosa llamada a la acción.

⁵¹ Perkins, J.; Blyler, N. (1999). *Narrative and Professional Communication*. Connecticut: Ablex Publishing Corporation, p. 138.

El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas

Josefina Goberna Tricas

INTRODUCCIÓN¹

A partir del siglo xvii se produjeron cambios importantes en los modelos de atención al nacimiento. A lo largo del siglo aumentó de forma espectacular el número de universidades en Europa y se incrementó el número de médicos clínicos. Los médicos, históricamente, nunca habían tenido interés en atender a las parturientas, excepto en aquellos casos muy complicados en que la mayoría de las veces intervenían para extraer el feto muerto del interior del útero; la asistencia a las mujeres de todas las clases sociales, durante el proceso de parto, estaba en manos de las matronas. Durante el siglo xvi algunas matronas habían conseguido un alto reconocimiento social, entre las que podemos citar a Louise Bourgeois (1563-1610); a primera vista, podría parecer que las matronas iniciaban un camino de reconocimiento para una profesión que hasta el momento no lo había tenido, por ser considerado un oficio o simplemente un «tema de mujeres», pero a pesar del ascenso social y el prestigio alcanzados por algunas de ellas, conforme fue avanzando el siglo xvii se fue reforzando la entrada masculina en el ámbito de la atención al nacimiento; fue en Francia donde surgieron los *accocheurs* o cirujanos dedicados a la asistencia al parto normal.

Los cirujanos barberos existían desde el siglo xiii y eran considerados artesanos, aprendían el oficio mediante una estructura gremial, trataban solo las afecciones externas y no estudiaban en la universidad. Con el paso del tiempo estos cirujanos intentaron acercarse a la práctica médica, y para ello abandonaron la práctica de la barbería y se relacionaron con la universidad, y con las facultades de medicina que, como hemos mencionado, estaban en aumento. Los cirujanos, a fin de encontrar un espacio propio de asistencia, necesitaban

¹ Este capítulo forma parte de los resultados del proyecto de investigación FEM2012-33067 «Maternidad, tecnología y relación asistencial», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y se inscribe en la investigación realizada por el grupo SGR0156 (EDOSIER), grupo de investigación reconocido por la Generalitat de Catalunya.

un mercado que les permitiera competir con los médicos, y este fue un buen motivo para acercarse a las prácticas de asistencia al nacimiento, de ahí la aparición de los cirujanos comadrones o *accocheurs*.²

Fue también durante el tránsito entre los siglos XVI y XVII cuando se produjeron en Europa importantes cambios sociales, entre los que cabe destacar la aparición de una nueva clase social: la burguesía. Se trataba de una categoría social plural, compuesta por un grupo social desprovisto de privilegios nobiliarios, pero que logró una posición social distinguida frente al resto de la población. La clave del surgimiento de esta nueva condición social se halla en la estructura del primer capitalismo comercial. En el interior de esta nueva clase social se situaron los grandes hombres de negocios dedicados al comercio a gran escala o a las finanzas, así como aquellos que por su honorabilidad habían adquirido la consideración de ciudadanos: ricos recaudadores gremiales, recaudadores de rentas al servicio del rey o de grandes propietarios laicos o eclesiásticos, así como miembros de profesiones liberales, fundamentalmente vinculados a la administración de justicia y también comerciantes al por mayor.³

En este contexto de cambio social el nacimiento de bebés que se convertirían en nuevos ciudadanos inició el camino para convertirse en un *affair* de interés público y dejar de ser pensado como un fenómeno circunscrito a la esfera privada. Este cambio en el imaginario social convirtió el parto y su asistencia sanitaria en un campo idóneo para una atención masculina, que hasta ese momento había sido asignado a las mujeres en exclusividad. Fue a inicios del XVII cuando los intereses económicos y patrimoniales de la burguesía favorecieron la entrada de los hombres en el espacio femenino de la asistencia al nacimiento.⁴

Entre los cirujanos de más renombre de este período podemos citar la familia Chamberlain, por su invención e introducción del fórceps obstétrico, y muy especialmente el cirujano François Mauriceau (1637-1709), que publicó su libro *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées* en 1668, el cual tuvo un fuerte impacto en el desarrollo posterior de la ciencia obstétrica.

En este capítulo nos proponemos hacer un recorrido por la historia de la atención al nacimiento mediante un seguimiento de tres autores fundamentales: Louise Bourgeois (1563-1610), François Mauriceau (1637-1709) y Adol-

2 Gerra, F. (1998). *Historia de la Medicina*. Madrid: Norma.

3 Ribot, L. (2006). *Historia del mundo moderno*. Madrid: ACTAS.

4 Sheridan, B. (1999). «At Birth: The Modern State, Modern Medicine and the Royal Midwife Louise Bourgeois in Seventeenth-Century France». *Dynamis*, vol. 19, pp. 145-166.

phe Pinard (1844-1934). Mantenemos la tesis de que los cambios políticos y sociales, producidos entre los siglos XVI y XVII y que se afirmaron en el XVIII, generaron un cambio en la visión simbólica del nacimiento, que dejó de ser considerado un hecho fisiológico en el que se contemplaba a la madre y al feto como una unidad individual, para ser observado desde una visión mecanicista. El avance de la física durante el siglo XVII fue muy importante y orientó la investigación médica, que pasó a contemplar el cuerpo humano como una máquina en que el médico debía actuar como un relojero para que las piezas se movieran en armonía. El mecanicismo fue promovido por el pensamiento de René Descartes y fue en Francia donde se produjo con mayor fuerza, de ahí que nos propongamos realizar un recorrido por la historia de la atención al nacimiento en la Francia de estos siglos, mediante un seguimiento de los tres autores citados más arriba: Louise Bourgeois, François Mauriceau y Adolphe Pinard.

LA OBRA OBSTÉTRICA DE LOUISE BOURGEOIS

El nacimiento de Luis XIII, el 28 de septiembre de 1601, y la muerte de María de Borbón, el 4 de junio de 1627, marcan el punto culminante y el punto final de la carrera profesional de Louise Bourgeois. Podemos considerar a Bourgeois una de las primeras matronas que mostró interés en dejar constancia escrita de sus conocimientos obstétricos. Su libro fundamental fue *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. La primera edición del libro salió a la luz en 1609, y la obra se reeditó en 1642 y 1652. Las matronas de la época no solían tener una formación de carácter teórico, y por otro lado los cirujanos y médicos, que comenzaron a escribir un número cada vez más importante de manuales obstétricos, no disponían de ningún tipo de experiencia práctica. Louise Bourgeois compaginó las dos vertientes, ya que se inició en la obstetricia estudiando la obra del cirujano Ambroise Paré y luego se dedicó a la práctica obstétrica.

Louise nació en 1563 en París, hija de una familia burguesa; el 30 de diciembre de 1584 contrajo matrimonio con Martin Boursier, cirujano barbero del ejército del rey de Francia. Martin Boursier había sido alumno, durante muchos años, de Ambroise Paré.⁵ Después del matrimonio, siguieron conviviendo con

5 Olive, F. (1992). Prefacio a Bourgeois, L. (1609). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés, suivi de Instructions à ma fille*. Paris: Côté-femmes éditions.

la familia materna, pero durante la guerra de los tres Enriques⁶ cambió radicalmente la vida de la familia: su marido estaba sirviendo en el ejército en plena campaña bélica y su padre murió, por lo que la familia perdió poder social y adquisitivo y Louise se puso a trabajar como bordadora para mantener a su madre y a sus hijos. El marido de Louise volvió a casa en 1595. Entonces la familia decidió trasladarse a Tours, confiando en que allí encontrarían clientela suficiente para que Martin pudiera ejercer y ganarse la vida como cirujano. Pero por desgracia el número de cirujanos que ofrecían sus servicios era muy alto, y, debido a las repetidas contiendas bélicas, la potencial clientela no tenía suficiente dinero para pagar los servicios de los cirujanos. Ante las dificultades, la familia regresó a París y fue entonces cuando Louise decidió convertirse en matrona.⁷

La situación de las matronas en Francia era diferente en la ciudad o en el campo. En provincias, no se les pedía ningún tipo de formación; en París,

6 La guerra de los tres Enriques corresponde a la octava guerra de religión (1585-1598). Las guerras de religión de Francia fueron una serie de enfrentamientos civiles que se desarrollaron durante la segunda mitad del siglo XVI. Se distinguen ocho períodos u «ocho guerras distintas» que acontecieron entre 1562 y 1598. La guerra de los tres Enriques se corresponde con la última de estas guerras de religión.

Enrique III de Anjou (perteneciente a la dinastía Valois) no tenía descendencia. Cuando él muriera, correspondería a Enrique de Navarra (de la dinastía borbónica) la Corona francesa, en su condición de primo de Enrique III, quien lo reconoció como heredero. Enrique de Navarra era protestante (hugonote). Enrique III esperaba que cuando Enrique de Borbón ocupara la Corona se convertiría al catolicismo, pero la Liga Católica francesa no era tan optimista y no reconoció al heredero. Entonces estalló la denominada «guerra de los tres Enriques», en la que combatieron Enrique III, Enrique de Borbón y Enrique de Guisa. La reina madre apoyaba a Enrique de Guisa como posible sucesor, quien, a diferencia de Enrique de Navarra, era católico. La Liga Católica, que no quería a un rey hugonote, consiguió amenazar a París y Enrique III se vio obligado a revocar los edictos que permitían el protestantismo, con lo que Enrique de Navarra quedaba excluido de la sucesión. Pero Enrique de Navarra, apoyado por el Palatinado y Dinamarca, no se conformó. Diversas vicisitudes internacionales, entre las que destaca el asesinato, en Inglaterra, de María Estuardo, permitieron que Enrique III se envalentonara y ordenara acabar con la vida de Enrique de Guisa; tras la muerte de este, y también de la reina madre, el rey se alió de nuevo con Enrique de Navarra para combatir a los partidarios de los Guisa. Tras varios meses de guerra, Enrique III murió a manos de un monje católico. De esta forma, el candidato hugonote Enrique de Navarra se convirtió en rey de Francia con el nombre de Enrique IV, instaurando la dinastía Borbón en Francia. Tras varios años más de guerra, en los que España quería imponer a la infanta Isabel Clara Eugenia como candidata católica, Enrique IV se convirtió al catolicismo pronunciando la famosa frase «París bien vale una misa». La guerra finalizó definitivamente el 2 de mayo de 1598 con la Paz de Vervins y el problema religioso se zanjó con la proclamación del edicto de Nantes en 1598, donde se reconocían todas las disposiciones relativas a la tolerancia religiosa que entraron plenamente en vigor.

7 Olive, F. (1992). Prefacio a Bourgeois, L. (1609). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés, suivi de Instructions à ma fille*. Paris: Côté-femmes éditions.

en cambio, en 1580 se había promulgado un estatuto de veinticuatro artículos con el fin de reglamentar la comunidad de matronas parisinas.

No había ningún curso oficialmente reconocido para el aprendizaje, este era exclusivamente práctico, y se hacía junto a una matrona reconocida durante un período de seis meses a dos años. Antes de poder ejercer debían superar un examen ante un jurado compuesto por un médico, dos cirujanos y dos matronas juradas. Había un registro de todas las matronas juradas de la ciudad. El año 1601, esta lista contenía sesenta nombres, inscritos por orden de antigüedad. La más antigua era Claire Bellanger, que estaba inscrita desde 1567, y la de más reciente incorporación era Agnès Marcel, inscrita en el mismo año 1601. Louise Bourgeois fue inscrita en la lista de matronas juradas el 12 de noviembre 1598.

Cuando Louise decidió convertirse en matrona, estudió las obras médicas de Ambroise Paré, que formaban parte de la biblioteca de su marido; empezó a practicar la obstetricia atendiendo partos de mujeres pobres y de clase media durante cinco años; entonces consideró que estaba suficientemente bien preparada para presentarse ante el tribunal de París para obtener la licencia. El año 1598, el tribunal que examinaba a las aspirantes estaba constituido por un médico, dos cirujanos y dos matronas; estas eran las matronas juradas du Châtelet: las señoras Dupuis y Péronne.

Bourgeois se enfrentaba a la oposición explícita de la señora Dupuis, quien no quería aceptarla en la comunidad de matronas por ser la esposa de un cirujano; no obstante, en contra de la opinión de Dupuis, Bourgeois aprobó el examen y le fue otorgada la licencia de matrona. Louise ejerció como matrona jurada durante tres años en París.

En 1601 la reina María de Médicis se quedó embarazada de su primer hijo. El mundo de las matronas se revolucionó con el fin de intentar obtener el puesto de matrona de la reina. Enrique IV ya era padre de tres hijos ilegítimos que le había dado su amante Gabrielle de Estrées, quien había sido asistida en sus partos por la señora Dupuis, enemiga de Louise Bourgeois, como hemos señalado, desde su recepción como matrona jurada. El rey había nombrado a la señora Dupuis matrona de la reina, pero este nombramiento no complació a María de Médicis. Entonces Du Laurens, médico personal de la reina, inició la búsqueda de una matrona más joven, que pudiera sustituir a Dupuis. Louise Bourgeois se hizo presentar a la reina durante una recepción. La reina se decidió por ella y así lo hizo saber al rey.

El 28 de septiembre de 1601 Louise Bourgeois asistió el nacimiento del futuro Luis XIII. El nacimiento de un hijo legítimo del rey de Francia que diera continuidad a la dinastía no era solo una cuestión familiar, sino fundamental-

mente una cuestión de Estado.⁸ Por tanto, el nacimiento del que posteriormente sería Luis XIII se convirtió en un asunto público.

Louise Bourgeois continuó como matrona de la Corte hasta el año 1626. Durante este tiempo asistió a la reina en el nacimiento de sus seis hijos, y escribió varios libros. Entre la obra de Louise Bourgeois encontramos un manual en tres volúmenes que lleva por título *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*.⁹

Bourgeois recomendaba en dicho manual que en la atención al parto la matrona no debía romper la bolsa de las aguas, ya que se corría el peligro de prolapso del cordón umbilical o de prolapso de una mano o un pie; en cambio, sí recomendaba los baños con agua tibia y la utilización de linimentos para favorecer que fuera el mismo feto el que, en su descenso por el canal del parto, rompiera de forma espontánea la bolsa amniótica. En el libro trata también, ampliamente, la cuestión del alumbramiento y los problemas asociados a la retención de la placenta en el interior del útero después de la salida del feto.¹⁰

Observamos en la obra de Bourgeois un interés por aquellos aspectos no relacionados con la patología, sino con la atención a la fisiología del parto, todos ellos fundamentales para que la madre se sienta reconfortada y atendida. Louise hace mención a la posibilidad de elección entre diferentes posturas durante la dilatación y el expulsivo durante el parto, siempre según las preferencias de la mujer: puede pasear durante el tiempo de la dilatación, apoyada en dos personas fuertes que la sostendrán cuando tenga los dolores más intensos; también puede recurrir a una silla baja, para apoyarse durante las contracciones; o incluso puede optar por meterse momentáneamente en la cama, durante la dilatación. Bourgeois defendió que la mujer debía sentirse lo más cómoda posible y criticó a aquellas abuelas, e incluso a aquellas matronas, que no permitían a la parturienta moverse, puesto que en estos casos, según Louise, el dolor se hacía insoportable. Veintiséis años después del nacimiento de Luis XIII, concretamente el 5 de junio de 1627, Louise Bourgeois asistió el parto de la princesa María de Borbón-Montpensier, cuñada de Luis XIII y esposa de Gastón de Orleans. La princesa había tenido un embarazo difícil. Diez días des-

8 Como ya se ha mencionado, los problemas sucesorios del anterior rey de Francia, Enrique III, habían originado la octava guerra de religión o guerra de los tres Enriques.

9 Bourgeois, L. (1992 [1653]). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Paris: Côté-femmes éditions.

10 Ibid.

pués del parto, la princesa murió y, siguiendo la costumbre habitual, María de Médicis ordenó la autopsia del cadáver a cinco médicos y cinco cirujanos, que elaboraron un corto informe en el que no se culpaba de forma directa a nadie. Bourgeois, sin embargo, a la vista del informe se sintió aludida, ya que se hacía mención al hallazgo en la parte posterior derecha del útero de un pequeño fragmento de placenta, tan pegado al útero que prácticamente no podía separarse, ni siquiera con los dedos, y solo con gran esfuerzo. Esta divulgación pública involucraba el campo de actuación de la matrona. Esto, junto con los rumores que corrían por la corte sobre la muerte de la princesa, provocó que Bourgeois se decidiera a publicar una *Apologie* en defensa propia y en contra de las acusaciones de los médicos.

Louise cuestionó la exactitud de prácticamente todas las afirmaciones que se hacían en la autopsia. El informe explicaba que la parte izquierda del útero se observaba gangrenosa, mientras que el resto placentario se había encontrado en el lado derecho. Bourgeois afirmaba que la princesa tenía estreñimiento y fiebre antes del parto, y que la afectación del lado izquierdo del útero era el resultado de una afección del bajo vientre anterior al parto; defendió también que la placenta estaba íntegra y sana después del parto, dado que numerosos testimonios de médicos y cirujanos habían dado fe de ello. Por consiguiente, este pequeño fragmento de placenta, descrito en el informe de la autopsia, no habría existido nunca; argumentó también que se debía pedir responsabilidades a los médicos que habían atendido la salud de la princesa durante el embarazo. Incluso defendió que, aunque se aceptara que el informe fuera exacto, un fragmento tan pequeño de placenta seca no podía explicar aquella muerte súbita a los diez días del parto. La *Apologie* de Bourgeois fue contestada duramente tres días después por el cirujano de la corte, Guillemau.

La voluntad de Bourgeois era que su *Apologie* fuera juzgada por los médicos y otras personas capacitadas de París, y confiaba en que estos la apoyarían, tanto a nivel personal como profesional, pero la respuesta que recibió por parte de la clase médica fue relacionar el escrito remitido por Bourgeois con un signo de amargura propio de la vejez.

La respuesta que se daba a esta mujer, que había adquirido una gran reputación como profesional de la corte, se fundamentaba en acusaciones directas a su persona, especialmente al hecho de ser mujer y vieja, y no tanto a su capacidad profesional. Nadie argumentaba que el cirujano Guillemau, que fue el encargado de la redacción de la respuesta a la *Apologie* de Bourgeois, era de la misma edad que ella, ya que ambos habían trabajado ofreciendo sus servicios sanitarios a la corte desde el parto de María de Médicis. La caída en desgracia

de Louise Bourgeois ilustra claramente el paso a un segundo término de todo el colectivo de matronas.¹¹

FRANÇOIS MAURICEAU: EL EMBARAZO COMO ENFERMEDAD

Uno de los cirujanos de la época que más influyó en la historia de la obstetricia fue François Mauriceau, nacido en 1637, veintisiete años después de la muerte de Louise Bourgeois. Mauriceau dedicó veinticinco años de su vida al estudio, tanto teórico como práctico, de la mejora en la asistencia obstétrica. Recibió formación de cirujano, pero su biografía personal estaba tan relacionada con el mundo obstétrico que se vio empujado al estudio del arte de la partería, tarea a la que se dedicó, intensamente, hasta su muerte en 1709.¹²

La relación de Mauriceau con la obstetricia se inició antes de su nacimiento: su madre sufrió viruela cuando estaba embarazada de François y su hermano mayor murió de la misma enfermedad. Mauriceau vio morir también durante el parto a su propia hermana, a causa de unas fuertes pérdidas hemáticas.

Publicó un importante libro en 1668, que lleva el título de *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées*. Este tratado fue traducido al latín, alemán, italiano, holandés e inglés. En las últimas ediciones, Mauriceau declaró haber supervisado más de tres mil nacimientos a lo largo de veinticinco años de ejercicio profesional. El libro se estructura en dos tomos: el primero es propiamente una obra teórica de obstetricia y puericultura, mientras que el segundo trata sobre la resolución de casos reales, a los que el autor había hecho frente a lo largo de su vida profesional.¹³

11 Sheridan ofrece una explicación a este hecho considerando que tal vez fuera conveniente que la muerte de la princesa se atribuyera a una matrona que ahora se clasificaba de «incompetente», ya que esto sería útil tanto para el Estado como para la comunidad médica. Como hemos comentado, el Estado adoptó un modelo de poder político casado con la burguesía y, consecuentemente, con la autoridad masculina encarada en el caso de la atención a la salud en la profesión médica. Este estado de cosas explica el cambio que adoptaría el nuevo modelo de partería y atención al parto, en el que se eliminó la autoridad femenina y se concedió a las profesiones masculinas.

12 O'Down, M. J.; Phillip, E. E. (1994). *Historia de la ginecología y obstetricia*. Barcelona: Edika Med.

13 Mauriceau, F. (1740). *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées*. 7.ª ed. Paris: Compagnie des Libraires, vol. 1. En este capítulo se ha utilizado la edición publicada en París en 1740. Esta versión amplía la anterior, publicada por el autor, y añade a la misma un mayor número de ilustraciones a la primera versión de 1668.

El primer tomo se estructura en tres libros: el primero trata sobre el embarazo, el segundo se dedica totalmente a la atención y desarrollo del parto, y el tercero versa sobre el tratamiento de las mujeres paridas, sus enfermedades, el manejo del bebé y sus enfermedades, así como las condiciones para poder elegir una nodriza adecuada.

La lectura de los libros primero y segundo del primer tomo, aquellos dedicados a la atención al embarazo y parto, es fundamental para nuestro propósito. Las preguntas que se nos plantean son: ¿cómo conceptualizaba Mauriceau el embarazo y el parto? ¿Qué papel asignaba a las matronas y a los cirujanos en la asistencia al nacimiento?

Un punto fundamental que extraemos de la cuidadosa lectura de la obra viene marcado por su conceptualización del embarazo; este se convierte en una enfermedad, incluso si se desarrolla con normalidad y sin complicaciones. Así, en el capítulo que se refiere a la gobernanza durante el embarazo, Mauriceau se refiere a este de la siguiente forma:

Ella debe ser en alguna forma considerada como enferma, debido al estado neutro en el que está; por ello se denomina vulgarmente el embarazo como una enfermedad de nueve meses.¹⁴

El autor explica que las mujeres, a diferencia del resto de los animales, no se encuentran bien durante el embarazo. La causa la atribuye al sedentarismo de las féminas, así como a la retención de la menstruación durante los nueve meses de gestación. En consecuencia, la mujer embarazada debe procurarse cuidados y atenciones especiales durante todo el tiempo de la gestación.

Para Mauriceau era indispensable que la embarazada mantuviera un adecuado régimen de vida: el aire que respiraba debía ser templado, de ahí que había que evitar los ambientes excesivamente caldeados, así como aquellos que fueran demasiado fríos; las calles demasiado estrechas podían perjudicar a la embarazada, ya que las impurezas acumuladas le podían provocar un aborto, como también podía hacerlo la inhalación de humo del carbón de las calefacciones; también era necesario que evitara los perfumes excesivamente intensos. La alimentación durante el embarazo debía ser equilibrada, sin excesos, pero tampoco era conveniente el ayuno ni la abstinencia; el primero, en concreto, podía causarle un parto prematuro. También había que procurar un sueño ade-

¹⁴ Traducción de la autora del original en francés. Mauriceau, F. (1740). *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées*. 7.^a ed. Paris: Compagnie des Libraires, vol. 1, p. 117.

cuado: recomendaba dormir entre ocho y diez horas diarias. Aconsejaba reposo absoluto durante el octavo mes, en contra de la opinión de las matronas, que advertían de la conveniencia de hacer mucho ejercicio.

El libro segundo está dedicado en exclusiva a la asistencia al parto. Mauriceau define el parto normal como «aquel que se produce y se desarrolla sin accidentes considerables y en el que el niño nace con buena figura y situación». En el capítulo VI de este segundo libro se hace mención a la asistencia que debe recibir la mujer cuando inicia el trabajo de parto. Afirma que él, como cirujano, había asistido muchos partos en el Hôtel Dieu de París, pero mantiene que es la matrona la profesional que, en primera instancia, debe tener cuidado de la asistencia a la parturienta. En su obra, Mauriceau trata siempre a las matronas con respeto y, a diferencia de otros autores de la época, no las acusa de ignorancia y mala praxis. Les recomendaba que exploraran el cuello del útero para reconocer cuándo la bolsa de las aguas estaba a punto de romperse, consideraba importante que la matrona se mantuviera junto a la parturienta durante todo el trabajo de parto, a fin de poder prestar una mejor atención. Aconsejaba una actitud poco intervencionista, pasear durante la dilatación, procurar que el ambiente estuviera caldeado y evitar siempre los golpes de aire; a ratos, sin embargo, la parturienta podía tumbarse en la cama. Mauriceau recomendaba preparar una silla, o mejor una pequeña cama, frente al fuego, donde se acomodaría la parturienta una vez que se hubiera roto la bolsa de las aguas.

Mauriceau inició la práctica que se irá afianzando con los años de dar a luz en posición horizontal. Así los partos, que hasta ese momento eran atendidos en la silla de parto, pasaron a ser asistidos en la cama. Mauriceau explica en su obra que no todas las mujeres quieren parir en la misma posición, las de pueblo solían hacerlo arrodilladas, algunas querían quedarse de pie o apoyadas, otras preferían un colchón en el suelo, etcétera, pero según su opinión la mejor postura, y la más segura, era sobre una cama ordinaria.

Es el primer autor que aconseja la cama para asistir el parto normal. Hasta este momento la cama se usaba únicamente cuando los partos eran muy prolongados y la mujer estaba muy cansada, pero si el parto se desarrollaba con normalidad la mujer no se tumbaba en la cama hasta después del desprendimiento de la placenta, donde descansaba entre ropa blanca y limpia, mientras otras féminas cuidaban de ella y del bebé.

La obra de Mauriceau nos muestra un gran interés por mejorar la salud de las mujeres embarazadas y las púérperas; el tono empleado en sus escritos es, en todo momento, serio y respetuoso. Podemos considerar que su obra ha contribuido enormemente al avance de la ciencia obstétrica; sin embargo, la consideración del embarazo y el parto como situaciones de enfermedad propició la

medicalización de los mismos.¹⁵ Mauriceau contribuyó a la difusión de la idea de que el cuerpo de la mujer no está capacitado para cumplir la tarea procreadora por sí mismo y que necesita de la supervisión médica. Se inicia, así, un proceso de expropiación de la autopercepción de la capacidad procreadora de la mujer por parte de la medicina.

ADOLPHE PINARD: EL ÚTERO GESTANTE BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LAS LEYES DE LA FÍSICA

Las exploraciones vaginales o abdominales durante el embarazo no se habían empleado históricamente. De hecho, cualquier exploración del abdomen de una mujer embarazada era considerada impropia para la clase médica. Con el paso del tiempo, entre las mujeres de las clases burguesas acomodadas se empezó a estilar la visita al médico en torno a los siete meses de embarazo y se inició, de forma muy tímida, la costumbre de practicar un tacto vaginal que se hacía con la mujer sedada por opiáceos.

Pinard constituye un excelente ejemplo del interés en el estudio del embarazo y el parto como una cuestión física. Adolphe Pinard fue un médico francés que nació en Méry-sur-Seine en 1844 y murió en la misma ciudad en 1934. Miembro de la Academia de Medicina francesa, en 1919 fundó, junto con Benjamin Weill Hallé, la Escuela de Puericultura de la Facultad de Medicina de París.¹⁶ Recibe su nombre el estetoscopio que actualmente se utiliza para la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, pero es especialmente conocido por sus trabajos pioneros sobre la palpación abdominal y la versión externa. Es destacable su *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*.¹⁷ Es un libro de obstetricia que se divide en tres partes: la primera versa sobre la palpación obstétrica; la segunda, sobre la acomodación natural del feto en el interior del útero, y la tercera, sobre las formas de fijar el feto después de la versión externa para transformar de manera definitiva las presentaciones defectuosas.

Adolphe Pinard publicó su libro en 1878, y lo presentó como el resultado de un trabajo de investigación dirigido por el doctor Tarnier, jefe de la Mater-

15 Como hemos mencionado, Mauriceau consideraba el embarazo como una enfermedad para las mujeres.

16 O'Down, M. J.; Phillip, E. E. (1994). *Historia de la ginecología y obstetricia*. Barcelona: Edika Med.

17 Pinard, A. (1878). *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*. Paris: H. Lauweryns, libraire-éditeur.

nidad donde Pinard era médico interno. Su lectura nos demuestra que este era un buen conocedor de la anatomía y la fisiología femenina, además de un experimentado clínico con un buen dominio de las técnicas estadísticas. Pinard fue, asimismo, un buen conocedor de los médicos clásicos y sus teorías; en su libro hace mención a Hipócrates, Aristóteles, Columbus, Arantius, Paré, La Motte, Smellie, Soayrès de Renhac, Baudelocque, Bichat, Dubois, Gauriet, Credé, Kristeller, Scanzoni, Cohnstein, Cazeaux, Schroeder y Simpson. El tratado obstétrico de Pinard revela una diferencia sustancial con todos los tratados obstétricos anteriores; su libro constituye un estudio detallado de las leyes de la física aplicadas a la evolución del feto en el interior del útero. Para Pinard era fundamental el conocimiento de las leyes que regían la colocación del feto en el interior del útero; consecuentemente, sus esfuerzos se concentraron en descubrir un método fiable y generalizable para corregir las presentaciones fetales defectuosas: de este modo pretendía mejorar la supervivencia fetal.

El tono empleado por Pinard en la redacción de su libro es extremadamente técnico; para él la comodidad y el bienestar de la mujer embarazada quedaban en un segundo plano, dado que los buenos resultados obstétricos eran prioritarios. Pinard partía de la consideración de que el feto era un ser cautivo en el interior del útero; este hecho lo convertía en un cuerpo pasivo que estaba sometido a las leyes físicas. Este médico francés estudió que la presentación adoptada por el feto dependía de una serie de factores: la conformación anatómica del útero y de la cavidad pélvica materna; los factores fetales como el peso o el volumen; la cantidad de líquido amniótico, la situación de la placenta o la longitud del cordón umbilical. Si todos estos factores actuaban en armonía el resultado era un feto acomodado en posición cefálica que evolucionaba de forma correcta en el momento del parto, pero si alguno de estos factores se alteraba, entonces el feto se presentaba en el momento del parto de pie o en posición transversa. Reforzó sus afirmaciones con tablas estadísticas elaboradas a lo largo de su trabajo de investigación clínica, partiendo de ochocientas presentaciones patológicas en un total de cien mil nacimientos.

Pinard explica en la segunda parte de su libro la metodología que debía seguirse para proceder a la palpación abdominal de la mujer embarazada de manera ordenada y protocolizada. Aconsejaba efectuar la exploración con la mujer cubierta solo con una camisa y desaconsejaba hacer la exploración con los vestidos. La embarazada debía ser colocada:

En decúbito dorsal y horizontal, la cabeza ligeramente flexionada, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, los miembros inferiores extendidos y ligeramente

separados, la región abdominal descubierta desde el pubis hasta nivel de la región epigástrica.¹⁸

Adolphe Pinard, a pesar de reconocer que la mayoría de las mujeres aceptaban mal esta postura porque les resultaba incómoda, consideraba que había que sobreponer el éxito de la exploración a la comodidad de la mujer. Pinard explica clara y sistemáticamente el procedimiento de la exploración; todas sus afirmaciones están ilustradas con grabados excelentes que facilitan la comprensión de las explicaciones. Una vez conseguida la versión fetal era importante que esta no pudiera retornar a la presentación anómala inicial; así, para fijar la posición alcanzada Pinard aconsejaba la utilización de un vendaje o cinturón abdominal que la mujer debía llevar hasta el parto. La opinión o la voz de las mujeres no eran tenidas en cuenta. Pinard se preocupaba del útero gestante, que constituye su «centro de interés» y, por ende, la mujer embarazada deja de ser un sujeto activo para convertirse en un «contenedor» del feto en gestación.

CONCLUSIONES

Hemos realizado un largo recorrido obstétrico que se inicia con Louise Bourgeois, quien publica su libro obstétrico en 1609 y finaliza con Pinard, quien ejerció a finales del siglo XIX y murió a finales del primer tercio del XX. La atención al parto había sido una cuestión «de mujeres» de la que ni la ciencia ni las autoridades políticas se habían preocupado. El nacimiento de los estados modernos propició una preocupación por la formación de las matronas, y algunas de ellas, además de estudiar, se atrevieron a escribir libros de obstetricia de gran calidad. Pero poco a poco se fue consolidando la entrada masculina en la atención al nacimiento, y cirujanos formados en la universidad se abrieron camino y se procuraron clientela ofreciendo atención al parto. La entrada de estos profesionales —propiciada por el ascenso de la burguesía y la preocupación de las autoridades políticas por la salud de los ciudadanos— unida al avance de la ciencia, y especialmente de la ciencia física, ocasionó un cambio de visión del embarazo. De considerar madre y feto como una unidad, se pasó al estudio del útero y del feto en su interior como una cuestión física en la que

¹⁸ Pinard, A. (1878). *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*. Paris: H. Lauweryns, libraire-éditeur, p. 112.

la figura de la madre debía contemplarse solamente como necesaria contenedora de un útero gestante.

Las tres personalidades estudiadas ilustran este devenir: Bourgeois es un claro ejemplo de matrona culta, que inicia un camino de profesionalización, por parte de las matronas, de la atención al nacimiento. Mauriceau, desde una perspectiva humanista de la atención al parto, inaugura una visión medicalizada en que embarazo y parto se empiezan a contemplar como situaciones de riesgo y enfermedad, y defiende que es necesario que la mujer se tienda en la cama para poder ser atendida durante el parto. Finalmente Pinard, dos siglos después, es un claro ejemplo de la visión mecanicista de la medicina, en la que la visión del feto se independiza de la madre, desde la perspectiva médica, y las técnicas obstétricas, tales como la versión externa o las exploraciones del útero gestante, se convierten en el centro de la atención al proceso de la maternidad.

La llegada del siglo xx supuso un avance espectacular de las ciencias médicas. Este progreso no se encontró desprovisto de aspectos oscuros; la posibilidad de hacer intervenciones médicas más eficaces se acompañó de técnicas cada vez más complejas, caras y peligrosas —por ello apareció el concepto de «yatrogenia»—, así como la excesiva medicalización de situaciones fisiológicas, como embarazo y parto.

La revolución biomédica del siglo xx y el debate epistemológico y social que se ha suscitado a posteriori han afectado de lleno el campo que nos ocupa: el proceso del nacimiento y su asistencia. Embarazo y parto constituyen procesos fisiológicos en la vida de las mujeres, pero estos procesos se inscriben en un contexto histórico y social que determina su significado.

A lo largo del siglo xx se produjo una fuerte medicalización del hecho reproductivo, que adoptó diferentes formas y modelos según países y regiones, pero, como hemos podido comprobar, el inicio de esta medicalización debemos buscarlo mucho antes de la llegada del siglo xx. La expropiación de la autopercepción de la capacidad procreadora de la mujer por parte de la medicina y la relegación a un lugar secundario del papel de la matrona en la atención al nacimiento, así como la entrada, de la mano de la burguesía, de médicos y cirujanos en la atención al parto propiciaron un cambio en el imaginario colectivo que se fue consolidando poco a poco, y que consiguió la conceptualización de embarazo y parto como situaciones patológicas en que la mujer necesita de supervisión médica y atención tecnológica.

Los nuevos estados modernos adoptaron la defensa de la salud como un objetivo nacional y el nuevo modelo quirúrgico de enseñanza del arte de la asistencia al parto estableció una formación diferenciada para hombres/estudiantes de cirugía y mujeres/matronas que habilitaba a estas para menos fun-

ciones de las que tradicionalmente habían desarrollado. De este modo, se casaron a la perfección dos de las aspiraciones de la Ilustración, aunque fuera tardíamente: la educación de las mujeres de forma adecuada con respecto a su sexo y la enseñanza universitaria de las ciencias útiles, respetando el principio de que cada uno debía ocupar el lugar que le correspondía en virtud de su procedencia de género y propiciando al mismo tiempo el desarrollo de los objetivos expansionistas de los cirujanos.

BIOÉTICA DE LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO

Maternidad responsable: autonomía personal y reconocimiento de deberes

Margarita Boladeras Cucurella

INTRODUCCIÓN¹

La vida humana tiene lugar en diversos contextos y circunstancias que ayudan o entorpecen el desarrollo de las personas y que facilitan o impiden la expansión de su personalidad y sus potencialidades. Todo ser humano ha de tomar muchas decisiones a lo largo de su existencia; a veces las disponibilidades materiales y las situaciones que crean otros individuos no dejan lugar a las decisiones autónomas; ello impide que la persona que actúa bajo dicha presión pueda hacerse cargo con plenitud de su propia acción y de las consecuencias que se derivan de ella. ¿Qué responsabilidad puede pedirse a dicha persona?

Contrariamente a lo que piensan muchos, la autonomía personal no es algo dado que hay que preservar, sino que es una capacidad humana que hay que reconocer y estimular para que pueda activarse y fortalecerse. Solo cuando la persona es reconocida con capacidad de obrar desde sí misma puede asumir la plena responsabilidad de sus acciones y los deberes que le son inherentes.

Las relaciones entre personas son éticas o no, son buenas o no, son justas o no si hacen posible la realización de las capacidades humanas,² especialmen-

¹ Este trabajo se inscribe dentro de las actividades del grupo de investigación consolidado por la Generalitat de Catalunya Aporía. Grup de recerca en Filosofia Contemporània, Ètica i Política de la Universitat de Barcelona (ref. 2014SGR965).

² Martha Nussbaum ha desarrollado una ética de las capacidades humanas que plantea concreciones importantes a nivel sociopolítico. Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge University Press (trad. castellana: *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder, 2002).

Nussbaum, M. (1995). «Human capabilities, female human beings». En: Nussbaum y Glover (eds.). *Women, Culture and Development: a Study of Human Capabilities*. Oxford: Clarendon, pp. 61-104.

Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós. Martha Nussbaum define «capacidad» como «aquello que las personas son efectivamente capaces de hacer y ser, según una idea intuitiva de lo que es una vida acorde con la dignidad del ser humano». La autora establece «diez capacidades funcionales humanas centrales»: 1) vida, 2) salud corporal, 3) integridad corporal, 4) sentidos, imaginación y pensamiento, 5) emociones, 6) razón práctica, 7) afiliación (reconocimiento de los otros seres humanos y atención a sus necesidades), 8) relación con otras especies,

te aquellas que son sustantivas para su vida: autonomía, dignidad, justicia... El reconocimiento del otro no es algo abstracto, sino que ha de concretarse en el respeto a su forma de ser personal y en el apoyo a su mejor interés. Este principio concierne a todos los ámbitos de las relaciones personales y debe aplicarse en todas las actuaciones profesionales.

A lo largo de la historia humana, la maternidad y la paternidad se han entendido de manera muy diversa.³ También en nuestra sociedad se consideran desde perspectivas muy distintas, según las diferentes culturas y los deseos e intereses de las personas. Los profesionales dedicados a este ámbito deben tener en cuenta dicha diversidad y respetar la personalidad de sus clientes, dentro del marco de los derechos humanos y la legislación vigente que marca con claridad la protección que se debe al feto y al futuro ser humano. Ello implica promover la responsabilidad de los padres ante la decisión tomada, ayudarlos a comprender y llevar a cabo sus deberes, objetivos que se lograrán de manera más completa en la medida en que se sepan plantear a partir del libre acto de engendrar que se ha llevado a cabo y del valor inconmensurable del nuevo ser.

En los primeros estadios del embarazo hay que ir concretando deberes y responsabilidades, en muchos casos desconocidos por la pareja, y en esta tarea los profesionales de la salud tienen un papel crucial. Los padres tienen que asumir sus deberes y los profesionales de la salud también, sobre todo con relación a la autonomía de las usuarias, la orientación del proceso de gestación, parto y posparto, así como a la adecuada intervención en el parto. Los dos primeros puntos son el objeto del presente texto.

Como ha indicado I. Gough:

- Atribuir deberes a una persona presupone que es capaz de realizarlos.
- Por tanto, la atribución de un deber conlleva que el titular del mismo tenga derecho a la satisfacción de la necesidad requerida para permitir

9) capacidad para jugar, y 10) control sobre el entorno de cada uno. Puede verse la importancia de este enfoque para abordar los problemas de la justicia y la dignidad en: Di Tullio, A. (2013): «¿Hacia una justicia sin fronteras? El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum y los límites de la justicia». *Daimon: Revista de Filosofía* n.º 58, pp. 51-68.

3 Josefina Goberna ha llevado a cabo una síntesis de algunas variantes históricas muy ilustrativas sobre esta cuestión en su tesis de doctorado *Dones i Procreació: ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*, Universitat de Barcelona, 2009 (disponible en: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1762/JGT_TESI.pdf?sequence=1), y en su texto «Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres», en: Boladeras, M. (2011) (ed.). *Bioética: la toma de decisiones*. Cànoves: Proteus, pp. 325-352. A lo largo de la historia, la consideración de la mujer gestante, del hijo y de su lugar en la sociedad ha sido muy diversa y puede ayudarnos a comprender la pluralidad de las concepciones actuales.

que asuma este mismo deber. No es coherente que un grupo social imponga responsabilidades a una persona sin asegurarse de que tiene los recursos y competencias para cumplir con dichas responsabilidades.⁴

AUTONOMÍA DE LA MUJER

Puede parecer que en la actualidad las mujeres gestantes, en situaciones normales, están muy bien atendidas y que sus necesidades son cubiertas de manera profesional y sin problemas. A veces se confunde la buena atención con la medicalización y con el uso generalizado de pruebas. Pero un análisis más detallado de la situación nos muestra las múltiples deficiencias y la cantidad de malas prácticas que se producen en el día a día de la atención a dichas mujeres. La medicina ha aportado muchas soluciones, pero también ha contribuido a la despersonalización y a la formalización de los procedimientos de forma abusiva.

Para constatar lo que ocurre en la realidad, me referiré al análisis que ofrece una tesis de doctorado presentada en la Universidad de Tarragona por M. Jesús Montes Muñoz,⁵ un estudio crítico de la situación actual basado en una investigación empírica a partir de entrevistas en profundidad a mujeres que han pasado por el proceso de parir. Los resultados detectan los siguientes problemas de carácter general:

- El adoctrinamiento de las mujeres sobre lo que deben hacer y cómo, y el rechazo de prácticas que no sean consideradas «normales»; por ejemplo, una determinada línea de alimentación.
- El proporcionar o no la baja laboral según decisión profesional cuando se trata de malestares habituales del embarazo. Esto responde a la visión estandarizada de lo que debe suceder en el cuerpo de las mujeres, independientemente del malestar, y si es producido o no por las condiciones laborales de cada mujer.

4 Gough, I. (2007-2008). «El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas». *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, CIP-Ecosocial/Icaria, invierno, n.º 100, p. 181.

5 Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat de Tarragona. Disponible en: www.google.es/search?q=LAS+CULTURAS+DEL+NACIMIENTO.+REPRESENTACIONES+Y+PR%C3%81CTICAS+DE+LAS+MUJERES+GESTANTES,+COMADRONAS+Y+M%C3%89DICO.S.&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=v7-cVpShEoSswaciQoKgD.

- El acatamiento de la ideología del sistema, utilizando para ello cualquier tipo de discurso: invitación, pero también miedo, amenaza y coacción...

Todo ello deriva en diversas formas de mala atención:

En sus relaciones con los/as profesionales las mujeres pierden la autonomía, desconfían de su cuerpo o delegan en diferentes medidas. En general, valoran el control gestacional aunque algunas preferirían participar en el cuidado y no realizar tantas visitas. Por ejemplo, algunas propusieron en las entrevistas tomar ellas la dirección de las pruebas más sencillas como son la comprobación de la tensión arterial o el peso, lo que podía repercutir en la reducción de tres o cuatro citas. Justificaron esto por la dificultad en la comunicación y la poca información que recibieron de las matronas, con lo cual, no consideraban necesarios algunos de estos encuentros.⁶

Por supuesto, cuando entramos en particularidades las situaciones son vividas de maneras diferentes por las mujeres, como indica la autora:

Contrariamente, aquellas que llevaron a cabo la automedicación afirmando su confianza y conocimiento del propio cuerpo, veían en las visitas una oportunidad para contrastar lo positivo de sus prácticas con los resultados de las analíticas, la ecografía o con la opinión médica sobre la evolución del feto. También aquellas que planificaban parir en su domicilio expusieron que los controles gestacionales les sirvieron como refuerzo para continuar con su plan.⁷

Sin embargo, en general es evidente que el foco de la atención no es la mujer, sino el feto, y que ello comporta graves deficiencias en la atención a las usuarias:

Está demostrado [...] que la salud del feto es el principal objeto de interés por el que se organiza toda la asistencia institucional. A lo largo del embarazo algunas mujeres lo acusaron exponiendo que se sintieron no consideradas o anuladas, siendo el centro de interés su abdomen en gestación. Esto lo percibieron al no ser escuchadas; al desvalorizar los relatos de otros malestares si no implicaban la salud de la criatura; al no dirigirles la mirada en los encuentros dando muestras de desinterés hacia su persona. A algunas estas situaciones les hizo sentirse invisibles, un no existir sino en función del feto en gestación o gestado, cosa que se acentuó en la asistencia médica al parto tanto en los servicios públicos como privados.

6 *Ibíd.*, p. 345.

7 *Ibíd.*, p. 345.

En esta dinámica de atención, las mujeres aparecen «cosificadas». Un número significativo de ellas relataron que en el transcurso de la atención recibida en el parto se vieron expuestas a situaciones de miedo, soledad o incluso sintieron maltrato en forma de infantilización, amenazas y no consideración de sus derechos o deseos, situación que se puede deber a diversas causas.⁸

Si la situación es esta, los profesionales han de reconocer muchos deberes por hacer. No solo los padres tienen deberes, también las instituciones y sus profesionales.

No somos los primeros en plantear estas cuestiones. En los últimos veinte años se han dado pasos importantes para cambiar la situación y las ideas dominantes de otras épocas, pero es necesario un gran esfuerzo colectivo sostenido en el tiempo para completar el conjunto de transformaciones que se requieren.

Como indicó Josefina Goberna en su aportación al Congreso Internacional de Bioética de 2013,⁹ el debate internacional sobre estas deficiencias tiene un punto de referencia importante en la Conferencia sobre el Uso de las Tecnologías Apropriadas para la Atención al Parto, celebrado por la Organización Mundial de la Salud en Fortaleza (1985). Las conclusiones dieron lugar a un documento de consenso con catorce recomendaciones generales y catorce recomendaciones específicas. Otros foros han contribuido a la aportación de materiales y a la sensibilización de los profesionales, como por ejemplo El Taller de Cuidados Perinatales celebrado en Venecia (1998) con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la OMS. Merece destacarse el *Informe sobre cuidados en el parto normal: una guía práctica*, presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS de Ginebra en 1996,¹⁰ que sirvió de base para textos posteriores. Aporta un conjunto de reflexiones y recomendaciones a favor de un tipo de prácticas y en contra de otras; entre las menos técnicas y de mayor calado ético se encuentran:

- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto, y el posparto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.

8 Ídem.

9 Publicado en Goberna, J. (2015). «Humanización y tecnificación en la asistencia sanitaria al nacimiento: atención centrada en la mujer». En: Boladeras, M. (coord.). *Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Madrid: Tecnos, pp. 69-86.

10 Grupo Técnico de Trabajo de la OMS de Ginebra (1996). *Informe sobre cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Disponible en: www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica.

- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
- Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
- Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.¹¹

Queda claro que en el caso de las gestantes, igual que en todo tipo de personas que requieren atención sanitaria, hay que tener en cuenta a la persona y su situación concreta, y debe ser tratada de acuerdo con sus intereses y sus derechos. Ello implica que ha de poder tomar sus propias decisiones y que para ello ha de ser informada y asesorada de manera suficiente y precisa. El reconocimiento de su capacidad de autonomía es el primer paso que tiene que dar todo profesional que quiera facilitar el ejercicio de dicha capacidad y hacer efectivo un principio fundamental de la ética y un derecho legal de todo ciudadano, reconocido por la Constitución y por varias leyes.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005¹² reafirma la importancia fundamental del principio de respeto a la autonomía personal y destaca la obligación del consentimiento informado para la realización de este principio.

El artículo 5 indica:

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Y el artículo 6.1 concreta el procedimiento necesario para hacer efectivo este respeto en la práctica:

¹¹ *Ibíd.*, pp. 66-67.

¹² UNESCO (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento deberá ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

En los puntos siguientes indica lo mismo para la experimentación con seres humanos y la protección de las personas sin capacidad de consentir o vulnerables por distintos motivos. En el artículo 7 leemos:

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento: a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.

El consentimiento informado es un instrumento eficaz para llevar a cabo el diálogo necesario para consensuar el tratamiento que requiere una persona, tras ofrecerle la información y el intercambio de comunicación que hacen posible la toma de decisiones (no siempre que se da información se lleva a cabo un diálogo). No debe confundirse con la cumplimentación de formularios no explicados y meramente defensivos para el profesional que aún perduran en algunos centros sanitarios y que ya ni tan siquiera han sido reconocidos como válidos por algunos jueces. En España el consentimiento informado está regulado por la 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 (modificada el 22 de septiembre de 2015); en Cataluña por la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información en relación con la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

En el ámbito de la obstetricia se ha introducido en los últimos años la práctica del «plan de atención al parto», un nuevo instrumento para mejorar la relación entre usuarios y profesionales, y optimizar los servicios. En España el *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2011 se presenta así: «Este plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo

profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial». Este es un documento de veintiséis páginas elaborado para facilitar la explicitación de las preferencias de la mujer respecto de las cuestiones relevantes de un parto normal; se deriva de los planteamientos ya expresados en documentos anteriores como el *Protocolo de Seguimiento del Embarazo* (1998, Sociedades Catalana y Española de Ginecología y Obstetricia), el *Protocolo de Asistencia al Parto y al Puerperio y de Atención al Bebé* (2003),¹³ la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (2007, Ministerio de Sanidad y Consumo) y el *Protocol per a l'assistència natural al part normal* (presentado en 2005 y publicado en 2007, Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública).¹⁴

El derecho a la autonomía de la mujer comporta una doble exigencia para el profesional: en primer lugar, entablar una relación interpersonal comunicativa que facilite la tarea de asesoramiento en un sentido amplio, que ayude a desarrollar la propia autonomía de la mujer y las decisiones responsables. En segundo lugar, respetar las decisiones que tome. No siempre se lleva a cabo el asesoramiento sin paternalismos ni dirigismos, con lo cual no se cumple el deber ético y legal de respetar la autonomía. La necesidad de información y apoyo puede ser muy grande en muchos casos. Este hecho puede decantar la actuación profesional hasta convertirse en una especie de tutores-directores del proceso de gestación e incluso de la manera de entender la maternidad. ¡Cuidado!

Desde un punto de vista ético hay que recordar que por muy desinformados que estén los padres, merecen respeto como personas y hay que estimular su capacidad de aprendizaje y autogestión. El *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al bebé* antes citado propone que

[...] los centros asistenciales sean capaces de modificar su actuación para que la mujer y pareja no se sientan «agredidos» por la organización sanitaria y puedan

13 Versión catalana: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: www.google.es/search?q=Protocol+d%27assist%C3%A8ncia+al+part+i+al+puerperi+d%27atenc%C3%B3+al+nad%C3%B3&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=LM-cVomLEoGGa9r-h_AG.

14 Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (2007). *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://scientia-salut.gencat.cat/handle/11351/1202>.

sentir el hospital o clínica como un lugar amigo, en el que se les deja participar en las decisiones, pero también como un lugar seguro donde saben que cualquier situación de riesgo tendrá la solución más adecuada.¹⁵

En un clima de confianza todo se hace más fácil y la comunicación fluye de manera más provechosa, tanto para la mujer y su pareja como para el profesional, porque facilita la comprensión y el ejercicio decisorio.

De las muchas reflexiones filosóficas que se han hecho sobre la autonomía, destacaré aquí algunas notas de Gerald Dworkin. Este autor, en su libro *The Theory and Practice of Autonomy*,¹⁶ indica que la «autonomía» a veces se presenta como equivalente de libertad, de voluntad libre o, también, de soberanía propia o autogobierno,¹⁷ lo que pone de manifiesto las distintas perspectivas que se entrecruzan en el concepto: ausencia de coacción externa, capacidad de acción personal y habilidades de autoorganización resolutoria. Es obvio que las personas reciben diferentes tipos de influencias, los motivos subjetivos y las causas externas de sus acciones se entrecruzan, que sus deseos y decisiones cambian; todo ello hace que sea conveniente distinguir entre las características genéricas de la libertad y las habilidades para tomar decisiones en situaciones concretas, así como para cambiar las preferencias o los objetivos de vida en un momento dado. «La idea de autonomía no es simplemente una noción evaluativa o reflexiva, sino que incluye también alguna habilidad tanto para cambiar las preferencias de uno como para hacerlas efectivas en las acciones y, realmente, hacerlas efectivas porque uno ha reflexionado sobre ellas y las ha adoptado como propias».¹⁸ Así llega a la caracterización de la autonomía como «una capacidad de segundo orden de las personas para reflexionar críticamente sobre sus preferencias, deseos, voliciones, etcétera, de primer orden, y la capacidad para aceptar o intentar cambiar estos a la luz de preferencias y valores de orden superior. Al ejercitar tal capacidad, las personas definen su naturaleza, dan sentido y coherencia a sus vidas, y se hacen responsables de la clase de persona que son».¹⁹ Tal como se ha enunciado queda patente: 1) que para que se produzca la asunción responsable es necesario el proceso por el que se llega a asumir desde la propia voluntad la realización de una determinada acción, y 2) que los

¹⁵ *Op. cit.*, nota 13, p. 103.

¹⁶ Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

¹⁷ *Ibid.*, p. 6.

¹⁸ *Ibid.*, p. 17.

¹⁹ *Ibid.*, pp. 20 y 108.

deseos y preferencias de una persona pueden cambiar cuando tiene más información y nuevas motivaciones, y cuando llega a mantener una acción comunicativa que la ayuda a reflexionar sobre su situación y sus ideas. La voluntad no es algo abstracto ni permanente, se crea y se conforma a través de las vivencias de la persona y del relato que se hace sobre sí misma y su entorno gracias al intercambio comunicativo (Habermas habla de la «formación discursiva de la voluntad»)²⁰.

MATERNIDAD RESPONSABLE

La maternidad no es una enfermedad, es una fiesta de la vida. La madre y el padre han de gozar al máximo de esta experiencia y proyectar su felicidad más allá de los primeros días. El sentimiento de responsabilidad debería nacer y quedar vinculado con el sentimiento de vivir una nueva vida.

Sin embargo, la noción de maternidad y de paternidad responsable se encuentra ligada a los contextos culturales y a sus imaginarios colectivos, que añaden muchos elementos, no siempre favorables, para la pareja. Cada cultura desarrolla formas simbólicas que valoran la maternidad y la paternidad de manera específica, y produce una comprensión determinada de ellas que incide en los roles sociales de la pareja y en el reconocimiento de derechos y deberes.

El reconocimiento de deberes, de la madre, del padre y de las instituciones hacia ellos y el hijo, ha sido y es enormemente variado. En nuestra sociedad pluricultural tampoco es uniforme el modo de entender y de atender las necesidades de la maternidad. Los profesionales sanitarios no pueden ignorar este hecho y deben actuar en consecuencia. Las prácticas de la atención han de ser flexibles para dar cabida a las distintas sensibilidades y sentidos de la responsabilidad.

Las personas que no piensan como nosotros no siempre son irresponsables. La responsabilidad es un concepto que forma parte de la sensibilidad ética personal. No hay un modelo único de maternidad responsable. La escritora Victoria Ocampo decía que la maternidad «no se trata solo de llevar nueve meses y dar a luz seres sanos de cuerpo, sino de darlos a luz espiritualmente. Es

²⁰ Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 2 vols. Boladeras, M. (1996). *Comunicación, ética y política. Habermas y sus críticos*. Madrid: Tecnos, p. 113: «La consideración moral de una acción no puede ignorar las reglas de procedimiento de formación discursiva de la voluntad, puesto que suponen el marco de referencia de todo querer posible, de toda motivación, de toda decisión».

decir, no solo de vivir junto a ellos, con ellos, sino ante ellos. Creo más que todo en la fuerza del ejemplo».

Maternidad-paternidad

Antes se consideraba que el deber del padre era básicamente contribuir al sustento económico del hijo. Ahora hablamos de paternidad responsable entendiendo que también tiene deberes relativos al cuidado físico, emocional, cognitivo y moral del niño. Se trata de deberes compartidos con la madre.

Es un deber y a la vez un derecho de toda pareja decidir libre y conscientemente cuándo quieren tener hijos, cómo atenderán sus necesidades y cómo los educarán.

¿QUÉ SIGNIFICA «PATERNIDAD RESPONSABLE»?

El término «responsabilidad» procede del ámbito del derecho y tiene que ver con el procedimiento de tener que *responder* ante un tribunal de las consecuencias de una acción y de los daños causados (ya en tiempos de los romanos, del latín *respondere*). Ante los tribunales de justicia respondemos de nuestros deberes cívicos relativos a las leyes, de la responsabilidad ética nos examina la sociedad y nosotros mismos, de acuerdo con valores y principios compartidos. La responsabilidad se puede atribuir a las personas individuales, a los profesionales en relación con su actividad y a las instituciones o colectivos en cuanto que han de cumplir unos objetivos de carácter social. Todos estos entes tienen responsabilidades éticas y legales ante el fenómeno de la generación de la vida humana.

Los padres poseen el maravilloso poder de engendrar una nueva vida, una acción de incalculables consecuencias que concierne a otro ser humano y que se convertirá en su tribunal más severo. No se crea solo vida biológica que requiere recursos materiales, sino un ser plétórico de capacidades que necesita del amor, del reconocimiento y del cuidado espiritual de las otras personas para desarrollarlas y para llegar a ser un yo pleno de sentido, con proyección personal, capaz de respetar y reconocer también a sus semejantes.

Los servicios asistenciales deberían ayudar a muchos padres a comprender la trascendencia de su acción, más allá de las ilusiones momentáneas de un nacimiento feliz que perpetúa la familia. El cuidado del feto es muy importante, pero más aún el futuro humano del recién nacido.

A MODO DE CONCLUSIÓN: ¿QUÉ ACTUACIONES PROFESIONALES SON ÉTICAS?

Las que respetan los principios de autonomía y de dignidad de las personas. Eso significa no cosificar, ni instrumentalizar ni menospreciar a los seres humanos; ayudarlos a comprender las distintas cuestiones relativas a su situación y la necesidad de tomar decisiones sobre las opciones que se presentan, teniendo en cuenta su punto de partida y sus intereses. La información debe ser completa y darse en un ambiente cordial y de buena comunicación. Hay que aportar los cuidados necesarios que hayan decidido, según los mejores procedimientos disponibles.

¿Dónde quedan los protocolos? Son muy útiles, pero están al servicio de las personas y no viceversa. Suelen ser fruto de la experiencia, de la búsqueda de la mejora de la atención; sin embargo, en muchas ocasiones también pueden ser obsoletos o ser el resultado de simplificar algunas cuestiones prácticas que no responden a las necesidades de las usuarias, confundiendo la maternidad con una enfermedad, como algunas de ellas denuncian.

Reitero tres deberes prioritarios de los profesionales:

- **Buena comunicación**

Se puede informar sin comunicar, sin conectar con el interlocutor. La acción comunicativa permite compartir significaciones, experiencias y valoraciones, procurando la formación discursiva de la voluntad.

- **El respeto al principio de autonomía**

Actuar según las decisiones de las personas, proporcionando previamente el conocimiento y la comprensión que necesitan para hacer efectiva su capacidad de autogobierno.

- **El respeto a la dignidad de la persona**

Las relaciones personales deben regirse por el reconocimiento mutuo del valor intrínseco de toda persona, su dignidad, independientemente de la censura que puedan merecer sus acciones.

Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres

Lydia Feito

El despliegue de los derechos sexuales y reproductivos requiere un ejercicio pleno de la autonomía de las mujeres. El ámbito de la reproducción es uno de los más proclives a perpetuar roles femeninos y de maternidad que pueden actuar, inadvertidamente, como límites para la libertad de decisión y para un ejercicio auténtico de la autonomía. Es esencial posibilitar que las mujeres puedan desarrollar sus capacidades, como modo de realizar su proyecto vital y, así, decidir autónomamente. Esta es la vía de humanización que se propone en el ámbito de la promoción de los derechos reproductivos.

LA CUESTIÓN DE LA AUTONOMÍA

Al hablar de la salud reproductiva de las mujeres se hace imprescindible mencionar la posibilidad de tomar decisiones de un modo libre y voluntario. Esta idea es la que se recoge en el conocido principio de autonomía en bioética. Analizaremos a continuación cómo se puede promover la autonomía, y cuán importante es para resolver los problemas éticos en el contexto de la reproducción, y específicamente en la reproducción asistida.

La autonomía surge en el mundo moderno en el entorno de la reclamación de la libertad de conciencia. Tradicionalmente se consideraba que existía un orden en la naturaleza, que servía también como pauta moral. Así, cualquier distorsión de ese orden suponía generar un desequilibrio que debía ser restaurado. Este patrón de conducta se denominó «código único». Dicho código establecía lo que era correcto, en función de lo que la naturaleza ordenaba, y no era posible discrepancia o disparidad alguna, pues ese orden era anterior y superior al ser humano.

Desde el punto de vista médico, el paciente era alguien que había perdido su orden interno, que requería ayuda para restablecerlo y cuya opinión podía estar influida por el sufrimiento y la distorsión que la patología generaba. De tal modo que la labor del profesional era indicar y, en caso necesario, imponer, la acción considerada buena para el paciente, en función de sus conocimientos

técnicos. El médico era quien conocía el orden de la naturaleza. Y su labor era respetarlo y promover su desarrollo. No sorprende entonces que la relación que se establecía entre médico y paciente fuera una relación jerárquica, en la que el paciente debía adoptar un papel de obediencia y sumisión. La tarea del médico era conforme al mandato de la beneficencia, y su validez moral venía determinada por el objetivo de la búsqueda del bien del paciente, de acuerdo con el orden de la naturaleza.

Sin embargo, a partir del siglo XVIII empiezan a generarse los denominados «derechos civiles». A partir de este momento, los ciudadanos disponen de libertad de conciencia, esto es, la posibilidad de pensar y opinar según sus creencias. Se inaugura el orden de la libertad, que sustituye el orden natural. Lo moral ahora no viene determinado por la naturaleza, sino por la razón. Es el ser humano quien dictamina lo que es bueno y lo que es correcto. Lo natural no es ya pauta moral. Por eso aparece un código múltiple: el reconocimiento de que existen diversas creencias y modos de valorar, de forma que no hay un patrón exclusivo, no hay un único modelo de bien. La tarea se sitúa ahora en justificar qué acciones son correctas, en función de ciertos valores que se intentan promover y proteger.

Esta ganancia para la humanidad no se hará evidente en el terreno sanitario hasta mucho más tarde. Tenemos que esperar hasta el siglo XX para encontrar una reclamación de los derechos de los pacientes como sujetos capaces de tomar decisiones conforme a sus preferencias. A partir de este momento, se considera que no existe un único bien, un único patrón de salud o bienestar que pueda ser aplicable por igual a todos los seres humanos. Las diferentes creencias, sistemas de valores, preferencias, y proyectos de vida, dan como resultado diferentes opciones en lo relativo a la gestión del propio cuerpo y de la salud. No es posible imponer a los pacientes un criterio de beneficencia sin tomar en consideración su propia perspectiva. De ahí que las actitudes de los profesionales médicos que buscan un presunto beneficio objetivo, sin tener en cuenta la opinión del paciente, empiecen a ser consideradas moralmente incorrectas. La imposición de algo bueno, aunque sea con un objetivo noble y desinteresado, se considera una falta de respeto a la autonomía de las personas. A esta actitud, que trata a los pacientes como si fueran menores morales, se la denomina «paternalismo».

Desde esta perspectiva, un modelo paternalista sería aquel en el que se busca el beneficio del paciente, pero se considera que la persona es incapaz de tomar decisiones prudentes sobre su cuerpo y su propia vida. De ahí que la obligación moral del profesional sea actuar en beneficio del paciente, incluso contra su voluntad o deseos. Frente a este planteamiento aparece el modelo autonomista, que considera que la persona, en principio, es capaz de tomar

decisiones razonables, mientras no se demuestre lo contrario. Su madurez moral tiene que ver con su capacidad de juzgar y valorar, no con los contenidos de las decisiones que asuma o los valores que defienda. Este modelo afirma que no es posible tomar decisiones en beneficio de otra persona sin contar con su propia opinión. El beneficio no es objetivo, obedece a un determinado concepto de salud o bienestar que está teñido de valores y que, por tanto, exhibe multiplicidad y pluralidad en sus contenidos. La salud no es meramente un hecho biológico, sino un valor que depende de factores culturales, históricos y personales, y que está vinculado a un proyecto o ideal de vida. Por eso no es posible un concepto objetivo y universal de salud. La imposición de un determinado modo de entenderla supondría una falta de respeto al pluralismo de valores. Determinar qué es lo bueno para una persona requiere, necesariamente, contar con su opinión y sus preferencias.

La autonomía hace referencia a la condición de sujeto moral que tiene el individuo en tanto que persona. Se refiere a la libertad de tomar decisiones, de elegir y configurar un modelo de vida. Ser autónomo no es solo, ni esencialmente, ser independiente. Más bien significa ser gestor de la propia vida, establecer y desarrollar un proyecto vital conforme a un sistema de valores. Por consiguiente, tiene que ver con la realización de la persona.

Evidentemente, para ello es necesario tener capacidad, información y posibilidad de decidir voluntariamente. En muchas situaciones, los factores contextuales, socioeconómicos o culturales no permiten esta decisión autónoma. Buena parte de los trabajos de bioética feminista enfatizan la necesidad de analizar esos factores, que pueden resultar determinantes en la libertad para tomar decisiones y que, en el caso de las mujeres, están actuando como una forma de opresión.¹ El mero hecho de asumir ciertos roles en la sociedad puede erosionar la capacidad de decidir, tratando de responder a un patrón o una expectativa que no es propia, sino asumida. En el contexto de la reproducción esto tiene una especial importancia, ya que los roles femeninos, de maternidad o de crianza ejercen una poderosa influencia en las mujeres.

Si el ejercicio de la autonomía tiene que ver con la libertad y el respeto a la dignidad de las personas, como se ha indicado, es preciso asegurar que se dan las condiciones que la hacen posible. Las decisiones pueden ser aparentemente libres y, sin embargo, estar sometidas a ciertos estándares normativos

1 Benson, P. (1990). «Feminist second thoughts about free agency». *Hypatia*, n.º 3, pp. 47-64.

Tong, R.; Donchin, A.; Dodds, S. (2004) (eds.). *Linking Visions: Feminist Bioethics, Human Rights and the Developing World*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Friedman, M. (2003). *Autonomy, Gender, Politics*. New York: Oxford University Press.

que no se cuestionan y que operan de modo sutil y casi invisible en la sociedad, influyendo en las elecciones que se realizan. Esas decisiones no serían entonces auténticas, en la medida en que no responden al sistema de valores y preferencias de la persona, sino a las normas establecidas. La autonomía tiene que ver, precisamente, con la elección consciente, voluntaria, intencional y responsable de ciertos valores y acciones consecuentes de las que uno se hace cargo libremente. Responder a patrones establecidos, a modas, a expectativas de otros y, en general, a normas que no son propias —aunque no se reconozcan así— supone actuar de un modo heterónomo, esto es, conforme a algo externo que se convierte en norma incuestionada, sin una reflexión crítica sobre su validez.

PROBLEMAS ÉTICOS EN REPRODUCCIÓN

La libertad y autonomía de los individuos no son los únicos valores que cabe tener en cuenta, específicamente en el ámbito de la reproducción. También es necesario buscar un bien común y evaluar las consecuencias de las decisiones para la propia persona y para la descendencia. Por eso es necesario favorecer la libertad sin olvidar la justicia, lo cual implica hablar del acceso equitativo a los recursos de salud reproductiva y defender unos mínimos de salud para todos.

Estos son algunos de los objetivos que se persiguen en el análisis de los problemas éticos en reproducción.² Estos problemas —que por su extensión no podemos abordar aquí— se engloban en varios grupos, que señalaremos brevemente: en primer lugar hay un bloque relativo al respeto a la autonomía. En este ámbito necesitamos analizar cómo promover la toma de decisiones autónomas sobre opciones reproductivas. Y, como se ha indicado antes, esto supone evidenciar la influencia social, y también médica, respecto al ejercicio de la maternidad. Por supuesto, también aquí tienen cabida algunas decisiones específicas en donde la autonomía se pone en juego, como las relativas a la gestación y el parto o la interrupción del embarazo.

Un segundo bloque de problemas son los que tienen que ver con la protección de la descendencia. En este caso, se analiza cómo las decisiones comportan riesgos y potenciales daños para la progenie, en cuyo caso se exige una responsabilidad en la toma de decisiones. En algunas situaciones, esto significa

² Meyer, C. L. (1997). *The Wandering Uterus. Politics and the Reproductive Rights of Women*. New York: New York University Press.

tener que encontrar una solución al conflicto planteado entre la protección de la descendencia —que se encuentra en condición de vulnerabilidad— frente al ejercicio del derecho a la autonomía y la libertad de elección. Articular valores y derechos exige un cuidadoso ejercicio de deliberación en el que no se pierda de vista la necesidad de proteger todos los elementos en juego. No es aceptable una solución que priorice uno de los derechos sin intentar proteger el otro. Esto solo será posible en situaciones excepcionales y cuando se hayan agotado las vías de conciliación de ambos intereses. También aquí aparece otro conflicto entre el anonimato de los donantes de gametos, incluso la ocultación de las decisiones reproductivas o las técnicas empleadas, frente al derecho de los hijos a conocer su origen biológico.

Un tercer grupo de problemas son los que tienen que ver con los juicios de aptitud que se realizan en relación con los futuros padres o madres. Es frecuente encontrar posiciones críticas frente a determinados modelos de maternidad o frente a ciertas opciones familiares. No obstante, teniendo en cuenta el respeto a la autonomía y a la pluralidad de valores, ya mencionado, no parece posible realizar ningún tipo de discriminación por opción sexual u otros factores, ni negar la posibilidad de recurrir a las técnicas de reproducción asistida a aquellas personas que eligen familias que suponen cambios en los modelos clásicos de paternidad y maternidad (padre/madre genéticos, madre gestante, padre/madre que cría, padre/madre adoptiva). También aquí aparece otro tema de discusión relativo a la utilización de técnicas de reproducción asistida por razones sociales, es decir, el uso de estas técnicas cuando no existe un problema de infertilidad, sino que responden a un deseo de las personas, por ejemplo crioconservando ovocitos para postergar su maternidad.

La aplicación de las técnicas de reproducción asistida genera también dificultades en la toma de decisiones. Es otro grupo de problemas. En algunos casos, es necesario establecer límites de edad para acceder a las técnicas, por razones biológicas, pero también por razones de justicia, cuando no es posible disponer de recursos para atender toda la demanda existente. También es necesario asesorar e informar sobre los riesgos de gestación múltiple, y establecer determinados criterios de buena práctica en relación con la crioconservación de embriones. Y actualmente se abren nuevos temas de discusión. Por ejemplo, la gestación subrogada, esto es, la posibilidad de que la mujer gestante sea otra persona diferente de la madre biológica, genética o de crianza.

Finalmente, aunque en relación con los temas anteriores, aparecen algunos problemas relativos a la donación de gametos. Así, es necesario analizar cuál es la información que se da a los donantes, y también cuáles son las expectativas generadas. Analizar los criterios de inclusión y de exclusión. Valo-

rar la importancia de la selección de donantes, así como el anonimato de los mismos. O abordar el complejo problema de la remuneración por la donación de ovocitos.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Detrás de todos estos problemas subyace la cuestión de la salud reproductiva. Esta puede ser definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de malestar o enfermedad, en todos los asuntos relativos al aparato reproductor y a sus funciones y procesos.³ Supone la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Y, en cuanto a la salud reproductiva, implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con cuánta frecuencia. Implícito en esta última condición está el derecho de los hombres y las mujeres a ser informados, y el derecho a acceder a los servicios asistenciales apropiados, que les proporcionen la mejor oportunidad de tener un niño sano.

Esta definición, promovida por las Naciones Unidas, reproduce en buena medida la conocida definición de «salud» de la Organización Mundial de la Salud. Habla de un completo bienestar en lo relativo a la reproducción. Por tanto, resulta ambiciosa, pero no por ello debe considerarse inoperante. En particular, en lo relativo al acceso a servicios asistenciales que puedan ayudar a cumplir el proyecto reproductivo de las personas.⁴

3 El concepto de salud sexual y reproductiva tiene su origen en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo, en el año 1994. Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, donde se insiste en los derechos de las mujeres y donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Women and Health: 20 Years of the Beijing Declaration and Platform for Action*. Junta ejecutiva EB136/18, sesión n.º 136, 24 de diciembre de 2014. Agenda provisional, punto 7.4. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_18-en.pdf (consulta: 26 de febrero de 2016).

4 Organización Mundial de la Salud (2003). *«En-gendering» the Millennium Development Goals on Health*. Ginebra: WHO Department of Gender and Women's Health.

Doyal, L. (2000). «Gender equity in health: debates and dilemmas». *Social Science and Medicine*, n.º 51, pp. 931-939.

Graham, H. (2000) (ed.). *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press, pp. 58-78.

Sen, G. et al. (2002). *Engendering International Health: the Challenge of Equity*. Cambridge: The MIT Press.

La reproducción debe ser interpretada como una capacidad, como una posibilidad. Y, en buena medida, como un ejercicio de la autonomía. En este sentido, no parece razonable que se pueda evaluar cuáles son las justificaciones que actúan como motivos en el deseo de reproducción. Más allá de las opiniones personales que se puedan expresar, las razones por las que alguien puede querer tener un hijo, o no tenerlo, son opciones privadas que obedecen a un proyecto de vida y a un sistema de valores. Por ello son respetables. Existe un derecho a tomar decisiones reproductivas. Este derecho está amparado en la libertad reproductiva, es decir, forma parte del ejercicio de las libertades de los individuos. Y deben existir garantías de poder ejercerlo sin limitaciones en su desarrollo. Se trata de un derecho negativo, esto es, una mera salvaguarda del ejercicio de una libertad.

No obstante, al introducir el concepto de «salud reproductiva» e incluir el derecho a acceder a servicios asistenciales, se va más allá, afirmando la existencia de un derecho positivo a recibir ayuda para desarrollar las capacidades, cuando así se requiere. En este caso, no se habla de garantizar que nadie limite la libertad de elección, sino de promover la libertad del individuo a través de sistemas que le permitan realizar sus capacidades, posibilitando la reproducción a aquellos ciudadanos que tienen limitada dicha capacidad. Este derecho trata de generar una mayor igualdad social. Y se hace exigible por razones de justicia.

Cualquier limitación de la libertad reproductiva de las personas, o la falta de ayuda para tener hijos, esto es, la imposibilidad de acceder a alguna asistencia sanitaria para poder desarrollar su proyecto reproductivo, supondría una situación de discriminación e injusticia. Solo se puede limitar la ayuda en aquellos casos en que el balance entre beneficio y riesgo resultara inadecuado para la madre o para el feto —problemas médicos, psíquicos, disminución del bienestar familiar, etcétera—, o cuando se pusiera en peligro a la sociedad, por ejemplo, teniendo que asumir un incremento de gastos desproporcionado que generase situaciones de injusticia.

En todo caso, parece necesaria una buena información y asesoramiento en los procesos reproductivos, para evitar decisiones inadecuadas basadas en expectativas falsas, para promover la autonomía de las personas y también para planear acciones posteriores, teniendo en cuenta la responsabilidad de las decisiones reproductivas para la descendencia. No cabe una postura paternalista, pero se hacen imprescindibles algunas recomendaciones para poder tomar estas decisiones con responsabilidad. En el fondo, se trata de promover la autonomía a través de una educación sanitaria adecuada y de una información completa.

Conviene tener en cuenta que en el ámbito de la reproducción se manifiesta de modo muy palpable una posible actitud paternalista, que es denunciada por el enfoque de estudios feministas denominado «mujer y salud».⁵ En estos estudios se analiza la relación entre el género y la salud, cuáles son las características específicas de la salud de las mujeres, y cómo esta se encuentra ligada a condiciones sociales, económicas y culturales. El enfoque «mujer y salud» denuncia la medicalización de la vida de la mujer, de modo que algunos procesos naturales son tratados como si fueran enfermedades. Así, el embarazo, la menopausia u otras condiciones biológicas de las mujeres se abordan como si fueran enfermedades, lo que genera una conciencia de fragilidad y dependencia de la asistencia sanitaria. Desde su perspectiva, esta es una estrategia para mantener a las mujeres en un papel relegado, privado y doméstico.

Más aún, consideran que la medicina y la atención sanitaria en general han menospreciado la situación de las mujeres y han considerado que sus problemas de salud son menos importantes.⁶ Por ejemplo, existen patologías, con mayor prevalencia en las mujeres que han recibido menor atención, en las que se ha realizado menos investigación o que simplemente han sido cuestionadas como auténticas patologías. Y, por otro lado, no se subraya la importancia de determinados problemas, como la mayor incidencia de VIH/SIDA en mujeres africanas en condiciones de mayor vulnerabilidad por cuestiones socioeconómicas. Ni se hace visible el papel de las cuidadoras (de enfermos, ancianos o niños), que recae principalmente sobre las mujeres, generando mayor vulnerabilidad y dificultad en el ejercicio de su autonomía.

La afirmación de los derechos sexuales y reproductivos va unida a una denuncia de la explotación que sufren muchas mujeres y a un énfasis en el «punto de vista femenino», esto es, en un análisis que tome en consideración la perspectiva de las mujeres y los contextos en los que se desarrolla su vida. Los derechos sexuales y reproductivos están en la base de la libertad para poder elegir y del ejercicio de la autonomía. La gestión del propio cuerpo se convierte en una clave fundamental para poder considerarse sujetos con autonomía moral. Si no hay información, si no se dan condiciones de vida digna, si no hay

5 Sánchez, M. P. (2003) (dir.). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos. Goldman, M. B.; Hatch, M. C. (2000). *Women and health*. San Diego: Academic Press.

Miqueo, C. et al. (2001). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.

6 Sherwin, S. (1992). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

igualdad de derechos y opciones difícilmente se puede hacer un ejercicio de libertad o desarrollar un proyecto vital.

Esto conlleva denuncias importantes relativas a la gestión del sistema sanitario y también a los planteamientos éticos habituales. Además de la ya mencionada crítica al paternalismo —en el sentido apuntado, pero también en el significado literal de opresión de género—, se afirma que hay grandes controversias bioéticas que versan sobre temas de reproducción u otros que afectan mayormente a las mujeres, pero sin embargo no suele tenerse en cuenta su perspectiva. Por eso se propone un planteamiento alternativo que constituye la llamada «bioética feminista».⁷

Es verdad que el mismo término «feminista» suscita algunos rechazos. En primer lugar, porque hay una falta de reconocimiento de la existencia de un problema real. Se niega o se ignora que haya situaciones de injusticia en la asistencia sanitaria, y específicamente en lo relativo a la reproducción, que estén ligadas o sean dependientes de una cuestión de género. También se rechaza que este tipo de problemas puedan relacionarse con otras formas de discriminación, como los problemas económicos, la falta de derechos o la ausencia de reconocimiento como agentes morales.⁸

Detrás de esta invisibilidad de los problemas que afectan a la salud reproductiva de las mujeres late una visión androcéntrica del mundo, en la que existe un único patrón humano representado por el varón (blanco, heterosexual y occidental), que es también un modelo de libertad y autonomía. El enfoque feminista denuncia esa visión sesgada, que prescinde de una buena parte de la humanidad, que es ciega ante los problemas que sufren las mujeres y otros muchos grupos desfavorecidos, y que no tiene en cuenta que la autonomía se practica y se desarrolla en contextos que pueden favorecerla o imponerla.

7 Feito, L. (2010). «Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global». En: De la Torre, J. (ed.). *Mujer, mujeres y bioética*. Madrid: Universidad P. Comillas, pp. 19-60.

Kittay, E. F.; Feder, E. K. (2003) (eds.). *The subject of care: feminist perspectives on dependency*. Towata, N. J.: Rowman & Littlefield.

Lindemann, H. (2006). *An invitation to feminist ethics*. Boston: McGraw-Hill.

López de la Vieja, M. T. et al. (2006) (ed.) *Bioética y feminismo. Estudios multidisciplinares de género*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Marsico, G. (2003). *Bioética: voces de mujeres*. Madrid: Narcea.

Rawlinson, M. C. (2001). «The concept of a feminist bioethics». *Journal of Medicine and Philosophy*, n.º 26, pp. 405-416.

Scully, J. L.; Baldwin-Ragaven, L.; Fitzpatrick, P. (2010) (eds.). *Feminist Bioethics: at the Center, on the Margins*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

8 Wolf, S. (1996). *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. New York: Oxford University Press.

sibilarla, ejerciendo cierta coerción, como se comentó anteriormente, incluso de modo imperceptible.

HUMANIZACIÓN Y PROCESO DE EMANCIPACIÓN

Por todo lo dicho, un proceso de humanización tiene que ver con una promoción de la autonomía, y para que esto sea posible es preciso asegurar ciertas condiciones básicas para su desarrollo. En buena medida, la denuncia feminista apunta hacia la necesidad de que se realice un auténtico proceso de emancipación que haga verosímil el ejercicio de la libertad y la realización de un proyecto de vida, en lo relativo a la salud reproductiva. Esto guarda relación con lo que se ha dado en llamar «empoderamiento».⁹

La salud tiene que ver con lo biológico pero, como se ha señalado, atañe también a lo biográfico, a un proyecto de vida que cobra sentido dentro de un marco de valores propio, que es deudor de una cultura y unas tradiciones, pero que exige un modo de realización particular y único, como modo de alcanzar una identidad moral personal. Así, el ejercicio de una autonomía plena —y no solo la posibilidad de elegir, sino la realización auténtica de un proyecto vital dentro del cual se inscriben las decisiones concretas— es imprescindible para una salud reproductiva plena, y lograrla es también lo que impulsa un mayor desarrollo de la autonomía. No basta la mera garantía de condiciones higiénico-sanitarias, servicios asistenciales adecuados, buena formación de los profesionales que atienden a las mujeres, información y asesoramiento, etcétera. Todo ello es necesario, pero no suficiente. Además es preciso promover la autonomía, y, para ello, en muchas ocasiones se hace imprescindible promover un proceso emancipador que no solo denuncie las situaciones de opresión o de limitación de las posibilidades, sino que proponga vías de solución.

Entre las propuestas más interesantes se encuentra la de M. Nussbaum. Su punto de partida es la constatación de las desigualdades existentes en el mundo, donde las mujeres están, de modo general, en una situación mucho más desfavorecida, por falta de recursos económicos, educación o reconocimiento

9 Kaber, N. (2001). *Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Discussing Women's Empowerment—Theory and Practice*. Stockholm: Novum Grafiska AB.

United Nations (2000). *United Nations Millennium Declaration. United Nations General Assembly Resolution 55/2* United Nations, New York.

Carr, B.; Gates, M. F.; Mitchell, A.; Shah, R. (2012). «Giving women the power to plan their families». *Lancet*, n.º 380, pp. 80-82.

de sus derechos.¹⁰ Su propuesta se basa en la noción de capacidades, esto es, se definen unas funciones centrales en la vida humana, cuya presencia o ausencia es indicador de una vida humana que puede considerarse auténtica, de tal modo que si una persona carece de estas capacidades no puede tener una vida humana plena y la persona no puede desarrollarse como tal. Esta idea de capacidades procede del trabajo de A. Sen, premio Nobel de Economía en 1998.¹¹ Sen y Nussbaum¹² colaboraron en el *Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD). A partir de aquí, Nussbaum elabora su propuesta de análisis de las capacidades humanas como clave del desarrollo.¹³

La idea subyacente es que resulta más adecuado promover y posibilitar el desarrollo de las capacidades de las personas que establecer un reconocimiento formal de sus derechos. El compromiso con la viabilidad de las capacidades, con la multiplicidad de opciones que conllevan, supone establecer una garantía de poder desarrollar un proyecto personal, conforme a un sistema de valores propio y, por tanto, hacer posible la autonomía. El conjunto de capacidades es un marco general de elementos esenciales para la vida de las personas, pero no agota las posibilidades y, por ello, cualquier lista de capacidades centrales que se proponga debe estar en continua revisión. A pesar de ello, Nussbaum apunta algunas capacidades básicas, como la salud y la vida, la integridad corporal —donde se inscribe la libertad de elección sexual y reproductiva—, la posibilidad de un desarrollo emocional, de aprender cosas y poder pensar libremente, la capacidad de establecer relaciones con otros y ser reconocido —lo que incluye el respeto a la dignidad y también la autoestima—, la participación política, la libertad de expresión, el acceso a actividades para obtener recursos económicos, etcétera.

Al situar las capacidades como meros marcos de posibilidades de desarrollo, cada persona puede elegir qué y de qué manera llevarlo a cabo, según sus preferencias y valores. Lo interesante de este planteamiento es el énfasis puesto en que es una exigencia moral brindar las oportunidades o garantías necesarias para que se desarrollen las capacidades, lo cual, en muchos casos, es sinónimo

10 Nussbaum, M. (1999). *Sex and Social Justice*. New York: Oxford University Press.

11 Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.

Sen, A. (2005). «Human rights and capabilities». *Journal of Human Development*, vol. 6, n.º 2, pp. 151-166.

12 Nussbaum, M.; Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.

13 Nussbaum, M. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder.

Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.

de compensar las diferencias existentes entre los individuos, debidas a la «lotería de la vida».

De aquí se deriva una responsabilidad política de promoción y preservación de las capacidades, que va más allá del mero reconocimiento de derechos, exigiendo su protección, pero también la provisión de garantías legales para asegurar la calidad de vida de los individuos y los grupos.

Como puede apreciarse, la propuesta de Nussbaum resulta muy adecuada en esta idea de humanización a través de la promoción de la autonomía, específicamente en lo relativo a la salud y la calidad de vida de las mujeres, en su entorno ambiental, contextual, socioeconómico, cultural y político. Además, aporta una perspectiva universal que no pierde de vista las diferencias y supone una afirmación de que la identidad personal tiene que ver con la posibilidad de elegir, libremente, cómo quiere orientarse la vida, lo cual debe garantizarse como modo de asegurar que la vida sea auténticamente humana. Esto exige un reconocimiento por parte de la sociedad.

Y el reconocimiento se logra muchas veces a través de la reivindicación, no se otorga de manera inmediata y espontánea. Desde el punto de vista de la vulnerabilidad social y de las exigencias de justicia que demanda, se hace necesaria una denuncia de las situaciones en las que las mujeres no pueden decidir autónomamente en lo relativo a su salud reproductiva, generando vulnerabilidad y falta de reconocimiento. La tarea moral de humanización en la que debemos embarcarnos, como forma de garantizar la salud reproductiva de las mujeres y, en general, su desarrollo como personas, es la promoción de una auténtica autonomía.

La autonomía relacional

Montserrat Busquets Surribas

El derecho de las personas a tomar decisiones relativas a la salud surge de la aplicación, en la práctica clínica, del pensamiento liberal que formula que la persona autónoma es aquella capaz de razonar de forma objetiva e independiente. En este artículo se consideran algunos problemas de la concepción liberal de la autonomía que hacen replantearnos el marco de las relaciones entre los ciudadanos —usuarios o pacientes— y los profesionales. Como contrapartida se propone la concepción relacional de la autonomía en la que afectividad, sentimientos y emociones son tan importantes como razón y objetividad. La autonomía relacional sitúa el carácter ético de la relación clínica en cuanto que relación terapéutica o de ayuda: no se trata de dejar a la persona sola en su decisión después de darle una información veraz, sino de acompañarla en sus procesos de salud-enfermedad, de manera que avancemos en la comprensión ética de cómo satisfacer las necesidades particulares de las personas, al tiempo que las reconocemos como sujetos autónomos.

INTRODUCCIÓN

La autonomía es uno de los principios básicos de las sociedades democráticas que en las últimas décadas ha tenido un importantísimo papel en el ámbito de la salud. De la mano de la bioética, la autonomía se ha concretado como el respeto a que la persona tome las decisiones relacionadas con su salud y se ha reformulado como uno de los cuatro principios bioéticos, *prima facie*, de la buena práctica profesional.¹ De acuerdo con el principio de autonomía, los profesionales deben actuar conforme a los deseos o preferencias de la persona atendida, informándola y obteniendo previamente su consentimiento. Hoy el tratamiento y cuidado de la salud, incluso en las situaciones de compromiso vital, no es sinónimo de delegar las decisiones en los profesionales sanitarios o

¹ Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.

en los familiares, ni supone aceptar incondicionalmente las propuestas de tratamientos y cuidados. De la mano de la bioética asistimos al abandono del tradicional «paternalismo» en favor de que las personas competentes puedan decidir y actuar del modo que les parezca más favorable, aunque ello les suponga un peligro de sufrir un daño. Así, se ha ido construyendo un tipo de relación en el que la persona, una vez que ha sido informada verazmente, es quien tiene que decidir, si dispone de capacidad de discernir. Sin duda la bioética ha modificado las relaciones entre usuarios y profesionales y, en gran medida, ha incrementado la sensibilidad hacia relaciones basadas en el respeto de la voluntad de la persona atendida.

Sin embargo, el respeto por la autonomía no está exento de dificultades. El problema no es el reconocimiento de la importancia de la autonomía, sino centrarla, tan solo, en la obtención del consentimiento.² La bioética corre el riesgo de idealizar la capacidad de autocontrol y de autosuficiencia al ignorar la importancia de la calidad de la relación entre la persona y los profesionales, el papel del grupo o familia y su situación de vida concreta.³ La bioética ha generado la suposición de que la capacidad de razonar está sujeta a la información veraz y exhaustiva, obviando que la naturaleza moral de la razón es relacional, dado que se desarrolla en el seno de una cultura, familia, grupo..., esto es, que para tomar decisiones la persona modula la información de la que dispone en función de las expectativas y valores que ha aprendido a lo largo de su vida y que aplica, en función del contexto y de las personas con quienes cuenta, en la situación concreta. En esta línea de argumentos surge el concepto relacional de la autonomía. Si bien la autonomía, tal como la entendemos hoy, reside en lo que Kant denominó «razón práctica» —la capacidad individual de razonar para valorar, priorizar, escoger y actuar en consecuencia—, en el ámbito de la salud parece necesario profundizar en sus circunstancias empíricas.⁴

En este capítulo se ponen en cuestión los supuestos básicos de la autonomía, no para volver a un pasado paternalista, sino, al contrario, para aportar una visión complementaria y necesaria sobre la importancia de las relaciones en la toma de decisiones autónomas. Veamos algunos de esos supuestos que

2 O'Neill, O. (2001). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press (The Gilford Lectures).

3 Delgado Rodríguez, J. (2012). *La autonomía relacional, un nuevo enfoque para la bioética*. Trabajo fin de máster. Facultad de Filosofía. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:masterFilosofiaFilosofiaPractica-Jdelgado>.

4 Kim, Scott Y. H. (2013). «Autonomy and the relational self». *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, vol. 20, n.º 2, pp. 183-185.

han influido en cómo la bioética ha aplicado el concepto de «autonomía» y a los que la concepción relacional de la autonomía pretende responder.

LA CONCEPCIÓN LIBERAL DE LA AUTONOMÍA

La bioética surge a mediados del siglo pasado en Europa y en Estados Unidos. Tiene su origen en la necesidad de poner freno a los abusos cometidos en la investigación con seres humanos, puestos en evidencia después de la Segunda Guerra Mundial, y en la necesidad de compaginar el avance científico con la vida buena, ya que en esa época empezó a ser posible alterar el orden natural de la vida. Plantea sus principios desde la posición del liberalismo filosófico, tal como reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que enuncia que las personas tienen capacidad de razonar, pensar y decidir por sí mismas y, por eso, suplantar sus decisiones es equivalente a ir en contra de la naturaleza humana.⁵

El liberalismo plantea que la persona debe ser libre para poder tomar sus propias decisiones, es decir, actuar autónomamente, y que salvo daños a terceras personas nadie puede limitar esa libertad. Para ello son necesarios tres requisitos: la capacidad para razonar, la objetividad y la independencia. Veámoslos brevemente.

La importancia de la razón es una de las grandes aportaciones de I. Kant (1724-1804). Para él, el hombre no está moralmente obligado a la obediencia de los demás; si bien puede actuar irreflexivamente y obedecer de forma heterónoma reglas impuestas, también puede —y ahí radica la moralidad para este autor— utilizar su razón para decidir y actuar según su propia determinación. «Ten el valor de hacer uso de tu propia razón» es su reto en el famoso texto «¿Qué es la Ilustración?». ⁶ Ahora bien, esa razón tiene una condición: decidir por encima del sentimiento, del deseo o de la emoción. La tarea realmente moral surge cuando la persona logra que las razones se impongan a los sentimientos. Se trata, pues, de una autonomía con las condiciones de la razón y de la objetividad.

La necesidad de objetividad viene afianzada por los científicos del siglo XVII, que se dieron cuenta de su importancia. Para ser buen científico se debía ser independiente de lo que se estudiaba dejando de lado cualquier per-

5 Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *De los Derechos Humanos*. París: ONU. Disponible en: www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm.

6 Kant, I. (2001). «Contestación a la pregunta: ¿qué es la Ilustración?». *Isegoría*, n.º 25, pp. 287-291.

cepción subjetiva. Estas ideas se desplazaron a la moralidad; no solo eran necesarias para encontrar respuestas científicas, también se consolidaron para encontrar respuestas sobre lo que se debe hacer y cómo hacerlo. De tal manera que a la objetividad se le unió la independencia del medio. Así se afianzó la idea liberal del individuo autónomo que hoy defiende la bioética: la persona capaz de razonar sus elecciones de forma objetiva e independiente del medio y de los demás.⁷

A pesar de que el liberalismo supuso la importancia del reconocimiento de la autonomía individual, hoy su visión individualista plantea algunas críticas que pueden resumirse en:⁸

- 1) Implica una visión de la persona independiente y autosuficiente, completamente racional y capaz de aislarse de su contexto. Presupone una capacidad para el autogobierno y autogestión, de la que no siempre la persona dispone, y que en situaciones de vulnerabilidad y/o fragilidad puede ser utópica o poco realista.
- 2) Centra el núcleo de la discusión moral en la racionalidad individual y resta valor al diálogo; la autonomía se plantea desde uno mismo y por sí solo, obviando la importancia de las relaciones interpersonales.
- 3) Obvia la influencia de las relaciones con los seres queridos o allegados y su grado de participación o influencia, y tampoco considera la variable cultural.
- 4) No tiene en cuenta que la capacidad de decidir puede variar en función de la persona, su aprendizaje, su estado mental, su edad...
- 5) Ignora la influencia de las condiciones sociales y culturales, que pueden ser de precariedad y, por tanto, condicionar la respuesta.

LA APORTACIÓN DE LA AUTONOMÍA RELACIONAL

Cabe, pues, una reinterpretación de la autonomía teniendo en cuenta el carácter emocional, social y cultural de la persona. De acuerdo con V. Camps, nuestro reto no es formar una sociedad de personas individuales que actúen racionalmente de forma independiente; la autonomía personal debe poder conjugarse con el interés de los demás y con una sociedad mejor. «La construcción de la

7 Tauber, A. (2002). *Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico*. Madrid: Triacastela.

8 Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ariel.

autonomía es una empresa común. Somos autónomos no solo porque somos humanos, sino para ser más humanos.» Al lado del valor de la autonomía como capacidad individual de dirigir la propia vida emergen otros valores como la responsabilidad, la solidaridad, la confianza; se trata de llevar una buena vida en relación con los otros. De eso versan dos grandes corrientes de pensamiento: el comunitarismo y el feminismo.

Para el comunitarismo la identidad personal está vinculada a la sociedad y a la comunidad, que ejercen una influencia inevitable que hace que la persona no pueda dirigir sus decisiones solo sobre la base de sus propios deseos, ya que en gran parte estos son una construcción social y psicológica. Para los comunitaristas la autonomía tiene sentido de forma dependiente de la cultura y el contexto de vida en el que la persona se desarrolla.⁹

Pero el gran promotor de la autonomía relacional ha sido el feminismo, que ha impulsado el cambio social de las últimas décadas del siglo xx al proponer una construcción del yo desde la relación con los demás. El feminismo ha planteado que la persona no es alguien soberano frente a los otros y en litigio con ellos, sino que es alguien que, siendo dueño de sí mismo, reconoce sus límites y sabe y admite que está vinculado a los demás.¹⁰

La «autonomía relacional» es un concepto que surge a partir de la ética del cuidado en Carol Gilligan, que en 1977 publicó *In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality*,¹¹ refutando las ideas de la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, su maestro. Kohlberg planteó que la adquisición de la moralidad respondía a unas fases de desarrollo concretas que se daban en todas las personas. Estudió, en una población de varones, los criterios que utilizaban los niños para resolver conflictos morales hasta llegar a la madurez moral.¹² Encontró que el desarrollo moral tiene tres estadios; el primero, en el que el niño entre los cuatro y once años utiliza criterios egoístas y heterónomos. El segundo se da durante la adolescencia, cuando debido al peso de «lo que se espera de mí» los conflictos se resuelven de acuerdo a criterios sociales e interpersonales. El tercero, en la postadolescencia, cuando en la respuesta moral aparecen los criterios de objetividad y los principios universales. Es en este tercer nivel en el que, siguiendo las ideas del liberalismo, Kohlberg sitúa la

9 Etzioni, A. (2013). *El guardián de mi hermano: autobiografía y mensaje*. Madrid: Palabra.

10 Grimshaw, J. (1995). *La idea de una ética femenina. Compendio de Ética*. Madrid: Alianza, pp. 655-666.

11 Gilligan, C. (1977). «In a different voice: Women's conceptions of self and of morality». *Harvard Educational Review*, vol. 47, n.º 4, pp. 481-517.

12 Kohlberg, L.; Power, F. C.; Higgins, A. (1997). *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona: Gedisa.

madurez moral, aunque reconoce que no es alcanzable por todos. El problema surge al utilizar estos estadios en una población femenina, ya que encuentra que las respuestas de las niñas no utilizan criterios objetivos ni universalizan sus decisiones, sino que utilizan criterios de proximidad e interrelación. Así pues, las ideas del liberalismo, aplicadas al desarrollo moral, llevan a la conclusión de que la mujer es moralmente inferior al hombre. Sin embargo, Gilligan plantea otra posibilidad: las mujeres utilizan criterios de proximidad e interrelación, ya que su moralidad se ha configurado en torno al cuidado de los demás, es pues una manera diferente de resolver el conflicto moral y no implica inferioridad, sino complementariedad. En 1982 publica *In a different voice*, traducido al castellano en 1985 como *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo moral femenino*, en el que desde la importancia de las relaciones y conexiones con los otros define dos tipos de respuesta moral: «La ética de la justicia o imparcialidad» y la «ética del cuidado o responsabilidad».¹³ En la primera priman las respuestas normativas y las leyes; en consecuencia, se trata de ser imparcial y objetivo. En la segunda, la respuesta moral asume la responsabilidad de uno mismo en relación con los demás y pone en valor la subjetividad, la relación interpersonal y el contexto concreto de vida. En la primera los instrumentos para establecer cómo se debe actuar son unas buenas normas preestablecidas y una defensa de los derechos de la persona; en la segunda es la relación, el diálogo y la negociación. En la ética del cuidado o responsabilidad lo esencial es el reconocimiento del otro, su respuesta moral reconoce las necesidades concretas y no obedece a principios morales abstractos. Así, Gilligan inicia la comprensión de una nueva forma de entender la autonomía: la que tiene lugar en relación con el otro.

La aportación esencial de esta forma de autonomía es reconocer su carácter relacional intrínseco. El ser humano al nacer no es autónomo, es dependiente y va desarrollando su autonomía al establecer sus relaciones interpersonales. Además es un ser social que construye sus respuestas morales en entramados sociales concretos, tanto desde las relaciones interpersonales como desde las características socioambientales en las que vive. Para la autonomía relacional, lo que hace verdaderamente posible que la persona sea y ejerza autónomamente son sus relaciones y vínculos; por tanto, el valor clave se sitúa en el ámbito afectivo y no solo en el cognitivo.¹⁴ La autonomía es, pues, una capacidad que

13 Gilligan, C. (1977). «In a different voice: Women's conceptions of self and of morality». *Harvard Educational Review*, vol. 47, n.º 4, pp. 481-517.

14 Shanley, M.; Nedelsky, J. (2012). «Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy, and Law». *Politics & Gender*, vol. 8, n.º 1, p. 148.

se desarrolla en entornos facilitadores y con la ayuda de los demás; aprendemos a ser autónomos y a ejercer de manera autónoma en situaciones concretas, con personas concretas y en ámbitos concretos.¹⁵

IMPLICACIONES DE LA AUTONOMÍA RELACIONAL EN EL CUIDADO PROFESIONAL

El cuidado de las personas tiene lugar en situaciones en las que la persona no puede cuidarse, ni tomar decisiones por sí sola, precisa la ayuda de otros. El cuidado tiene un carácter esencial de ayuda que es lo que le da la magnitud ética. Por eso las actuales teorías de ética médica, la bioética, no encajan en la realidad práctica de las situaciones de cuidado y, en consecuencia, tienden a reducir la facultad moral de quien cuida.¹⁶ En tal situación cabe reformular la ética profesional a la luz de la ética del cuidado y la autonomía relacional.

La bioética ha centrado la autonomía en los instrumentos que la garantizan: la información veraz y el consentimiento informado. Sin restar importancia a ambos, la concepción relacional de la autonomía, aplicada al cuidado de la salud, entiende que respetar la autonomía no es proporcionar información y dejar que la persona escoja, no es simplemente ofrecer la oportunidad de una elección no coactiva, no es tener unas buenas escalas que valoren la competencia para tomar decisiones y no es un litigio entre la autonomía y el bien para la persona. Tampoco es aceptar la descripción, puntos de vista y emociones de la persona de forma incondicional.

Aplicando la autonomía relacional la propuesta profesional es el punto de partida para la toma de decisiones. Es decir, el profesional aporta sus conocimientos, pero tiene muy en cuenta la intersubjetividad, la forma y manera de comprender de la persona, sus valores de vida, sus redes familiares y sociales, sus posibilidades, sus deseos..., de tal modo que el objetivo no se centra en la decisión que hay que tomar, sino en construir una relación que genere un contexto que haga posible la elección autónoma, y cuando ello no es posible, actuar como si de la persona se tratara. Es una autonomía que no olvida las relaciones de la persona con sus familiares o allegados, ni con su medio social. Al contrario, trata de situarlos en el contexto moral de la decisión: así, el pro-

15 Busquets, M. (2014). «Salud, cuidados y autonomía». En: Bellver, V. (coord). *Bioética y cuidados de enfermería*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, pp. 183-198.

16 Fry, S. T.; Johnstone, M. J. (2008). *Ethics in Nursing Practice: a Guide to Ethical Decision Making*. Hoboken (New Jersey): Wiley-Blackwell.

fesional puede ayudar a la persona a construir, o reconstruir, su autonomía de forma responsable consigo misma y con los demás.

Las matronas, las enfermeras, los médicos, los trabajadores sociales..., los que cuidan y atienden a las personas cuando estas no pueden hacerlo por sí mismas, precisamos avanzar en la comprensión ética de cómo satisfacer las necesidades individuales de las personas en situación de dependencia, fragilidad y vulnerabilidad, al tiempo que las reconocemos como sujetos autónomos.¹⁷ La concepción relacional de la autonomía nos ayuda a reconocer la moralidad en nuestras relaciones profesionales, dándoles un carácter esencial de ayuda a la persona que vive una situación de dependencia y/o fragilidad: no para dirigir su vida, sino para ayudarla a hacerlo o hacerlo según ella haría. Ese es realmente nuestro compromiso.

Finalizo con las palabras de Myrna Levine, que, ya en 1971, planteó la importancia y eticidad de las relaciones interpersonales del cuidado enfermero: «La conducta ética no es la rectitud moral en tiempos de crisis, es el compromiso, de uno hacia los demás, en las interacciones diarias».¹⁸

17 Barnes, M. (2012). *Care in Everyday Life: An Ethic of Care in Practice*. Bristol: Policy Press.

18 Levine, M. E. (1971). «Holistic nursing». *The Nursing Clinics of North America*, vol. 6, n.º 2, pp. 253-264.

Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos

Janet Delgado Rodríguez

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el concepto de «vulnerabilidad» ha sido utilizado en múltiples sentidos, así como en ámbitos diversos: económico, político, social, sanitario, etcétera. Por ello, es necesario precisar de qué manera vamos a hablar de vulnerabilidad de las mujeres en relación con el parto y la maternidad. En términos generales, la vulnerabilidad tiene un primer sentido antropológico, y se refiere a la condición finita, mortal de los seres humanos, así como a la expresión de la fragilidad humana bajo cualquier circunstancia, por el hecho de ser seres finitos. La vulnerabilidad se refiere, además, a la posibilidad de sufrir o padecer algún daño. También, por otro lado, existe la vulnerabilidad que se deriva de las circunstancias concretas que vive una persona o grupo y que se debe a la acción específica de otras personas o de instituciones particulares. Muchas veces, cuando se habla de este segundo sentido de vulnerabilidad, se considera como vulnerabilidad sociopolítica. Me centraré en este artículo en esas condiciones diferenciales de distribución de la vulnerabilidad, pero no referidas tanto a grupos vulnerables (como es el caso de mujeres que viven en situaciones de pobreza, sin acceso a servicios de salud, etcétera, en los que se da una gran vulnerabilidad), sino que vamos a abordar la cuestión de manera más individual, y referidas sobre todo al impacto o al papel que desempeñan las instituciones sanitarias también respecto a la vulnerabilidad de las mujeres.

VISIBILIZANDO LA VULNERABILIDAD

¿Por qué es tan importante visibilizar esa vulnerabilidad, más concretamente, la vulnerabilidad antropológica? Fundamentalmente, porque construye una imagen del sujeto contrapuesta a la imagen del sujeto autónomo del modelo liberal o de la filosofía moderna.¹ Ese sujeto soberano, autónomo, racio-

1 Delgado Rodríguez, J. (2015). *Autonomía relacional*. Madrid: Bubok.

nal, etcétera, deja de lado la corporalidad, la fragilidad, la interdependencia. Por eso, a partir del análisis de estos elementos que son constitutivos del ser humano, se construye una idea de sujeto más amplia, de modo que se complementa la visión hegemónica de la autonomía con la incorporación de la vulnerabilidad, la fragilidad, la interdependencia, la corporalidad. Por ello, es necesario desarrollar un concepto de autonomía que no desestime la condición de vulnerabilidad intrínseca de los seres humanos, sino que la incorpore, como en el caso de la autonomía relacional.

A la hora de comprender y analizar de manera flexible, contextual y dinámica la noción de «vulnerabilidad», es muy interesante la comprensión de la misma bajo la metáfora de las capas planteada por Florencia Luna.² Si pensamos en la idea de capas, podemos comprender que en muchas ocasiones puede haber diferentes capas de vulnerabilidad superponiéndose y operando sobre una misma persona. Es decir, todos tendríamos algunas capas ineludibles de vulnerabilidad por nuestra condición finita, por la propia fragilidad del ser humano, pero si a eso le sumamos diferentes circunstancias y condiciones, vamos añadiendo más capas. De esta manera, también es más sencillo identificar cuáles son los distintos elementos que hacen que una persona se encuentre en una situación de especial vulnerabilidad, y, una vez identificados, será posible intentar modificar esas circunstancias.

Judit Butler es una de las filósofas que más ha reflexionado acerca de la categoría de vulnerabilidad. Para ella, la vulnerabilidad no solo es constitutiva, sino que, además, conlleva que el encuentro con la otra persona nos transforme irremediabilmente. El sujeto está imposibilitado para permanecer dentro de sí —denomina a esta apertura al otro como una «puesta en riesgo del yo»— y considera, por otra parte, que es una forma de virtud.³ Para Butler es en esta concepción del sujeto opuesta a la idea del sujeto soberano, dueño de sí, consciente y transparente para sí, donde se abre la posibilidad de una práctica ética responsable y no violenta. Bajo el ideal de un yo autónomo y autotransparente no se potencia el comportamiento éticamente responsable, porque el yo liberal, individualista y narcisista promueve, en cambio, una ética de la violencia.⁴ Butler sostiene que nuestra interdependencia debe tener también una dimensión normativa en nuestra vida social: es cierto que todos vivimos con la vul-

2 Luna, F. (2008). «Vulnerabilidad: la metáfora de las capas». *Jurisprudencia Argentina*, vol. 4, fascículo n.º 1, pp. 60-67.

3 Butler, J. (2009). *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 40.

4 Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, p. 53.

nerabilidad ante el otro, que es parte de la vida corporal, pero esta vulnerabilidad intrínseca a los seres humanos se acentúa bajo ciertas condiciones sociales y políticas, especialmente en formas de vida sometidas a violencia y con medios de autodefensa limitados. Entonces, siguiendo esta argumentación, ¿podemos considerar el contexto de la atención al parto y la maternidad como una forma de vida sometida a violencia? ¿En qué sentidos?

Distribución diferencial de la vulnerabilidad

Todas las mujeres que viven el proceso de embarazo y parto son especialmente vulnerables en un primer sentido, es decir, que podemos identificar ya en todas ellas una primera capa de vulnerabilidad. Pero a esta base en la que se encuentran las mujeres cuando van a dar a luz vamos a ir añadiendo diferentes escenarios en los que se va a ir incrementando la vulnerabilidad.

Violencia obstétrica, violencia sanitaria y violencia simbólica

La violencia obstétrica puede definirse como «la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres».⁵

Algunas de estas prácticas incluyen:

- 1) La negación de información a las mujeres usuarias sobre los procedimientos médicos empleados durante el proceso de parto.
- 2) Prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto, privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etcétera).

⁵ Esta es la definición que aparece en la venezolana Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, citada en Bellón Sánchez, S. (2015). «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica». *Dilemata*, año 7, n.º 18, pp. 93-111.

- 3) La realización de cesáreas innecesarias, sin obtener el consentimiento de la mujer en muchas ocasiones.
- 4) Rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto.
- 5) Alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.
- 6) Obstaculización del apego precoz del bebé con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de sostenerlo/a y amamantarlo/a precozmente.

Tomando como ejemplo las tasas de cesáreas en nuestro país, los datos del Ministerio de Sanidad del año 2012 reflejan que en España al 25,3% de las mujeres, es decir, una de cada cuatro, es sometida a una cesárea durante el parto. Esta cifra supera ampliamente las recomendaciones sanitarias de la OMS, que considera que una tasa de cesáreas aceptable debe estar en torno al 10% y en cualquier caso no superar el 15%.⁶ Por comunidades autónomas, la cesárea presenta una amplia variabilidad en el territorio español: el País Vasco es la comunidad con menos cesáreas y la única que se acerca a la recomendación de la OMS, con un 15,1%, mientras que la Comunidad Valenciana tiene el doble, con un 30,1% de cesáreas.⁷ La variabilidad que existe entre comunidades autónomas también se puede observar entre hospitales públicos y privados, ya que las tasas de cesáreas son significativamente más altas en la sanidad privada que en la pública. Ello no tiene justificación desde el punto de vista médico, puesto que es precisamente la sanidad pública la que atiende los partos de mayor riesgo y, por tanto, más susceptibles de acabar en cesárea.

¿Cómo es posible que, a pesar de las recomendaciones tanto nacionales como internacionales, se sigan manteniendo estos modelos que generan opresión y violencia en muchos hospitales?

Ibone Olza⁸ es una de las autoras que sostiene que de lo que se trata es de violencia sanitaria. Y esto se da en un doble sentido: tanto desde la perspectiva

6 «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto» (1985). *Lancet*, n.º 2, pp. 436-437.

7 Recio Alcaide, A. (2015). «La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema». *Dilemata*, año 7, n.º 18, pp. 13-26.

8 Olza, I. (2008). «¿Es posible humanizar la atención al parto? Una reflexión sobre la violencia en el medio sanitario». En: *Maternidad y ciclo vital de la mujer*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

y la vivencia de las usuarias, como desde la perspectiva de los profesionales. En el primer sentido, como ya se ha señalado, el parto en sí es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, por lo que el trato humillante, la anulación de su autonomía, etcétera, hacen que muchas mujeres revivan una y otra vez el nacimiento traumático de su bebé durante los meses que siguen al parto; en vez de recordarlo como un momento de amor, recuerdan los comentarios que hacían los profesionales y su sensación de indefensión, de querer salir corriendo, de pánico.

En la otra cara de la moneda estarían los profesionales sanitarios, quienes a veces padecen y a veces reproducen la violencia que, como ella señala, «sucede en el sistema sanitario». Siguiendo su análisis, el sistema sanitario puede llegar a ser violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional, puesto que se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con la vida emocional del profesional. Se aprende a seguir protocolos y aplicar procedimientos, pero casi ningún profesional recibe formación sobre técnicas de comunicación, relación terapéutica o incluso trabajo en equipo. Los profesionales se ven forzados a anular su parte más humana en nombre de la medicina o simplemente abandonan: y entonces es cuando llega el síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización de la relación con el usuario, etcétera.

Norma Casal-Moros y M.^a José Alemany-Anchel,⁹ además, señalan que «se trata de una violencia simbólica, puesto que se ejerce sin mediación de la fuerza física, sin que el agente dominado sea consciente de su estado de sumisión, sin que se sienta obligado a actuar. La mujer adopta un papel totalmente pasivo, sin cuestionar las indicaciones o las intervenciones a las que se le somete. El poder simbólico es un poder “invisible”, que no es reconocido como tal, sino como algo legítimo, presupone cierta complicidad activa por parte de quienes están sometidos a él, requiere como condición de su éxito que estos crean en su legitimidad y en la de quienes lo ejercen. Se transmite a través de símbolos (gestos, actitudes, posturas corporales, etcétera), cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura y transmitido de generación en generación mediante la educación». La normalización de esas actitudes, el asumir que «tiene que ser así» y que no se puede hacer nada es lo que hay que erradicar. Para ello, el primer punto de partida es la visibilización de esa violencia, ya sea obstétrica, sanitaria o simbólica.

⁹ Casal-Moros, N.; Alemany-Anchel, M.^a J. (2014). «Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu». *Index de Enfermería*, vol. 23, n.º 1-2, pp. 61-64.

Hospitalización: prematuridad, enfermedad y muerte

Tener un bebé debe ser una alegría, pero las cosas no siempre son como deberían ser o como se espera, y hay un amplio grupo de bebés que sufren diferentes problemas. En primer lugar hay que hablar de la prematuridad. Ninguna mujer al quedarse embarazada puede imaginarse en qué consiste tener un bebé prematuro. Esta situación implica un ingreso hospitalario prolongado del bebé, una serie de intervenciones médicas y cuidados que nos van a llevar a vivir una experiencia de gran incertidumbre, donde la vulnerabilidad tanto del bebé como de la madre y del padre es notable. Una situación similar se da cuando el bebé nace o desarrolla en los primeros días alguna enfermedad. La madre tiene unas expectativas (no separación, salir del hospital al tercer día, lactancia materna a demanda, etcétera) y todo cambia cuando el bebé requiere un ingreso hospitalario. Esto implica un rango muy amplio de escenarios posibles (desde un ingreso para un tratamiento con fototerapia simple hasta una enfermedad que requiera intervención quirúrgica o largos meses de hospitalización). En todas estas situaciones la vulnerabilidad de la madre y de la pareja se ve notablemente incrementada: el miedo a las malas noticias, el agotamiento, la preocupación, la tristeza...

Otras veces, el bebé está bien y es la madre la que requiere un ingreso hospitalario por el desarrollo de algunas enfermedades graves o por complicaciones múltiples que pueden ir desde la hemorragia al fallo cardíaco, etcétera. Esto implica una gran vulnerabilidad para la mujer por el hecho de tener que estar separada de su hijo recién nacido, además de por la propia situación de enfermedad y hospitalización.

Y algunas veces, a pesar de que la ciencia médica intente hacer todo lo posible, hay bebés que mueren. El duelo, los cuidados al final de la vida que se puedan proporcionar..., todo ello va a ser fundamental en la vivencia que tenga la persona de ese horrible trance. Por eso es imprescindible reconocer que se trata de momentos profundamente íntimos en que profesionales sanitarios y usuarios comparten dolor e impotencia.

LA IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS

Siguiendo de nuevo a Judit Butler, ella sostiene que los vínculos son una forma de superación de la violencia y, por tanto, la vía de afrontamiento de la vulne-

rabilidad. Butler aboga por vínculos de protección de la vida, como lazos relacionales que rompan con el círculo de la violencia.

Vamos a abordar los vínculos, dentro del marco del ámbito sanitario en la atención al parto, desde tres ángulos distintos:

- 1) Hay que fomentar los vínculos parentales y/o familiares. Así, la no separación madre-hijo ha de ser primordial en todas las instituciones sanitarias, en aras de, por lo menos, minimizar o eliminar algunas de las capas de vulnerabilidad. Esta no separación se consigue a través del contacto piel con piel y el amamantamiento desde el paritorio, la permanencia todo el tiempo juntos, también para las exploraciones del bebé o las técnicas y procedimientos que se le deban realizar (analíticas, somatometría, administración de profilaxis habitual...). Una de las prácticas más recomendadas para los bebés prematuros es el método canguro, o el contacto piel. Este contacto proporciona al bebé seguridad, tranquilidad, favorece el vínculo emocional del niño con su madre/padre, lo cual repercute en su desarrollo, regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos, contribuye a poner en marcha sus mecanismos neurobiológicos y a mejorar sus respuestas adaptativas y la regulación de la temperatura corporal. Favorece su desarrollo psicomotor, disminuye las apneas y mejora el sistema inmunitario del bebé protegiéndolo de infecciones. El contacto con el bebé es fundamental para establecer el vínculo con los padres, los ayuda a perder el miedo, y se sienten partícipes de la recuperación de su hijo, se sienten más confiados y con más fuerza para sobrellevar el período en el hospital.

En muchos hospitales de nuestro entorno se llevan a cabo estas políticas de no separación, incluyendo las unidades de cuidados intensivos neonatales. Incluso cuando exista enfermedad neonatal, prematuridad, etcétera, ha de fomentarse la posibilidad de que los padres permanezcan las veinticuatro horas en las unidades de cuidados intensivos. Este contacto continuo, además, debe ser potenciado, fomentado y facilitado por los profesionales sanitarios, quienes deben saber vencer las barreras, muchas veces más simbólicas que físicas, que encuentran los padres en el hospital: incubadoras, monitores, etcétera. Actualmente, la atención centrada en la familia está orientada a mantener este entorno natural de desarrollo del recién nacido y, a su vez, a favorecer la implicación y responsabilidad de las madres y padres en los cuidados de sus hijos, así como a incrementar su confianza y seguridad en la participación en estos cuidados, de forma que el ingreso del recién nacido en una UCI neonatal impacte lo menos posible en el desarrollo de las interacciones y vínculos familiares.

- 2) Es también importante construir un vínculo adecuado entre profesionales sanitarios y familia. En este sentido, las éticas del cuidado y las éticas de la responsabilidad proporcionan uno de los marcos en los que se desarrollan las relaciones entre profesionales sanitarios y usuarios. Centrándonos en la ética del cuidado, podemos afirmar que esta surge de la necesidad de vinculación con el otro, en la cual se desarrolla la obligación moral. Nel Noddings sostiene que en el encuentro con otro ser humano, la vulnerabilidad y las necesidades de otras personas nos obligan a cuidarlas. La ética del cuidado se manifiesta en el encuentro con el otro, en este caso con ese otro vulnerable, desde la acogida, que permite la entrada del otro. Es decir, la práctica del cuidado surge del reconocimiento de la vulnerabilidad del otro, no de la obediencia a unos principios morales. En definitiva, para la ética del cuidado las necesidades de otras personas se convierten en apelaciones éticas.¹⁰ Cabe señalar que para Noddings el ser humano es un ser social, que vive inserto en una trama de relaciones con otros; cada uno de nosotros es una entidad relacional y no un agente totalmente autónomo. Por eso, afirma que nuestras fortalezas y debilidades están, al menos en parte, inducidas, apoyadas, aumentadas o reducidas por la intervención y la influencia de aquellos con los que nos relacionamos. Por esta razón la ética del cuidado es una ética relacional, más basada en la relación interpersonal que en el agente moral. En consecuencia, la concepción de cuidado que maneja se refiere más a la relación interpersonal en el encuentro moral, que a la virtud en sí del cuidado como un valor abstracto. El uso relacional de la práctica del cuidado pone énfasis en la situación y relación interpersonal concreta, a través de la cual se aprende la moral. Este es el motivo por el que en la ética del cuidado la prioridad es la relación de cuidado que aparece primero y que posibilita, después, el desarrollo de las virtudes.¹¹

En cuanto a las relaciones asistenciales, muchas corrientes han abogado por reivindicar una suerte de simetría, de modo que sanitario y paciente se encuentren en una situación de iguales. Pero, aunque pueda ser una tendencia plausible, parece irreal. La relación sanitario-paciente nunca va a ser simétrica y, probablemente, tampoco deba serlo. Por supuesto, debe

¹⁰ Vázquez Verdadera, V. (2009). *La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings*. Tesis doctoral. Directores: doctor Juan Escámez Sánchez y doctora Rafaela García López. Universidad de Valencia, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Departamento de Teoría de la Educación, pp. 46-47.

¹¹ *Ibíd.*, p. 77.

ser simétrica la comunicación y el diálogo entre sanitario y paciente, pero la responsabilidad ha de ser asimétrica, teniendo mayor responsabilidad los profesionales, ya que se trata de una relación de ayuda, y no de un contrato comercial. En esta línea, Annette Baier¹² reconoce que hay relaciones asimétricas que no pueden dejar de serlo, pero defiende que, para que una relación asimétrica pueda funcionar correctamente, es necesaria la confianza. La confianza sería la aceptación de la vulnerabilidad al daño que otros podrían infligir, pero que juzgamos que no ocasionarán, a aquello que consideramos valioso para nuestras vidas. Para ella, en la esencia misma de la confianza está tanto el riesgo como el reconocimiento de la vulnerabilidad humana. El recurso idóneo con el que contamos sería la narración, las historias vividas.¹³ Incluir la confianza apropiada como virtud, así como ampliar su investigación ética, requiere también participar en una educación sentimental.

¿Es posible esto dentro del marco de las relaciones sanitarias? Para ello será necesario introducir una educación emocional y en valores en la formación de los profesionales sanitarios y también flexibilizar el encorsetamiento que muchas veces las instituciones imponen. Recuperar las emociones para la vida moral está siendo una de las transformaciones más apasionantes de la ética actual.

- 3) Hay un tercer vínculo que es importante y que debemos también reconocer, apoyar y fomentar, y es el que se da entre iguales, en los distintos grupos de apoyo o grupos de ayuda mutua. Algunos ejemplos de estos grupos van desde los grupos de apoyo a la lactancia, asociaciones de padres de niños prematuros, grupos de padres en proceso de duelo tras la pérdida de un hijo, etcétera. Estos vínculos son fundamentales en la aceptación de las vivencias tanto a nivel individual como familiar y/o de pareja. Por ello, desde las instituciones sanitarias se han de establecer las redes necesarias de comunicación con estas asociaciones, en aras de poder facilitar la información relativa a las mismas a todas aquellas madres o parejas que la puedan necesitar.

12 Baier, A. (1995). *Moral Prejudices. Essays on Ethics*. Cambridge: Harvard University Press.

13 Calvo de Saavedra, A. (2009). «La confianza: ¿categoría mediadora entre la obligación y el cuidado en filosofía moral? La voz de Annette Baier en la filosofía feminista». *Universitas Philosophica*, año 26 (diciembre 2009), n.º 53, pp. 37-53.

CONCLUSIONES

Existen diferentes capas de vulnerabilidad en las mujeres en relación con el parto y la maternidad, como he tratado de poner de manifiesto. Sin duda, los profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad de erradicar aquellas que son generadas por las propias instituciones sanitarias. Hay otras formas de vulnerabilidad que simplemente suceden por causa del azar, y no las podemos eludir, pero sí que podemos poner todo nuestro empeño en minimizar esa gran vulnerabilidad. Finalmente, debemos situar los vínculos en un primer plano en la asistencia sanitaria. Todo ello con la finalidad de llevar a cabo una verdadera humanización de la asistencia.

Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía

Michelle Piperberg

El presente escrito propone profundizar en tres modelos de relación asistencial y en la interpretación que cada uno ofrece de los conceptos de «autonomía» y «vulnerabilidad». El análisis teórico de estos modelos se complementa con una reflexión sobre la aplicación práctica que toma como ejemplo el caso de las mujeres embarazadas y que permite abordar, a su vez, temas como el consentimiento informado, el papel del usuario en el proceso de toma de decisiones, la finalidad de la relación asistencial, etcétera. El objetivo es, por un lado, mostrar en qué medida el modelo de relación asistencial que se escoge determina la comprensión que se tiene de la vulnerabilidad y la autonomía del usuario y, por otro, poner de relieve la relación que existe —según el modelo que se adopte— entre ambos conceptos.

INTRODUCCIÓN

A diferencia de la hegemonía de la que ha disfrutado durante años el modelo paternalista, en la actualidad pueden contemplarse diferentes opciones de relación asistencial. A continuación se propone analizar tres modelos. Se parte de la propuesta de Ezekiel y Linda Emanuel,¹ y otros autores anglosajones,² pero el análisis va más allá de sus planteamientos en cuanto que introduce elementos nuevos que estos no abordan. Además, estas propuestas suelen hacer referencia únicamente a la relación médico-paciente,³ mientras que aquí la rela-

1 Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: Couceiro, A. (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, pp. 109-126.

2 Véanse, entre otros, Brock, D. W. (1991). «The Ideal of Shared Decision Making Between Physicians and Patients». *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 1, n.º 1, pp. 28-47. Brody, H. (1987). «The Physician-patient relationship: models and criticism». *Theoretical Medicine*, n.º 8, pp. 205-220. Quill, T. E.; Brody, H. (1996). «Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice». *Annals of Internal Medicine*, vol. 125, n.º 9, pp. 763-769. Veatch, R. M. (1972). «Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age». *The Hastings Center Report*, vol. 2, n.º 3, pp. 5-7.

3 En adelante, en lugar de «paciente» se hablará de un modo general de «usuario» para que la reflexión se adapte también a otras situaciones asistenciales como la realidad de las embarazadas.

ción se entiende en sentido amplio, abarcando el entorno sanitario en general y el de la maternidad en particular.

Los modelos de relación asistencial que se analizan son de algún modo paradigmáticos pero no cubren, evidentemente, todas las posibilidades y es posible pensar muchas más dinámicas para caracterizar la relación asistencial. Estos tres modelos no deben entenderse, tampoco, como formas puras o rígidas en cuanto que un profesional sanitario puede asumir diferentes modelos según el momento, las circunstancias, el usuario, etcétera; ni deben ser considerados, por último, como producto de un proceso lineal en el cual cada nuevo modelo implica una superación del anterior, por ejemplo, como si el modelo paternalista ya estuviese superado.

EL MODELO PATERNALISTA

En primer lugar cabe abordar el modelo paternalista. El principal objetivo de este modelo consiste en promover el bienestar de las personas y se considera que es función del sanitario determinar qué implica y en qué consiste dicho bienestar. Bajo este modelo, la responsabilidad de la toma de decisiones recae, por tanto, casi exclusivamente sobre el sanitario: «en el modelo paternalista, el médico actúa como el *tutor* (guardián) del paciente, determinando y poniendo en práctica aquello que es lo mejor para él». ⁴ El sanitario determina *qué es lo mejor* sin que la participación de la propia persona sea necesaria, ya que las preferencias del usuario se asumen como coincidentes con aquello que el sanitario prioriza.

En relación con el papel que desempeña la *autonomía* en este modelo resulta evidente la ausencia de la misma para el usuario, dado que no es posible hablar de autonomía si la función de una persona se limita a asentir o consentir lo que otro decide. Ahora bien, mientras la autonomía es prácticamente inexistente, la *vulnerabilidad* tiene, en este modelo, protagonismo y se la entiende desde la perspectiva de «velar por» los mejores intereses del usuario. Es decir, se asume que la persona se encuentra en una situación en la cual necesita asistencia y cuidados, y en este sentido se da por supuesta su vulnerabilidad. La vulnerabilidad parecer ser, de hecho, la excusa encubierta para avalar las relaciones paternalistas.

⁴ Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: Couceiro, A. (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, p. 110.

Tanto la vulnerabilidad como la autonomía son conceptos complejos que pueden abordarse desde diferentes propuestas. Florencia Luna propone distinguir dos enfoques: el enfoque categórico (*categorical approach*) y el enfoque por capas (*layered approach*).⁵ El primero parte de una categorización o clasificación de ciertos grupos de personas como «vulnerables»; por ejemplo, personas con problemas mentales, individuos pobres, minorías étnicas, etcétera. Estos grupos pueden formarse por situación económica, social, edad, género... y la pertenencia de una persona a uno de estos grupos considerados como «vulnerables» hace que la misma sea etiquetada como tal. La vulnerabilidad se entiende como una condición permanente asociada a la presencia de ciertas características particulares.⁶ Una comprensión de la vulnerabilidad que justifica de algún modo el paternalismo y otras formas de sobreprotección.

Partiendo de este análisis puede decirse que tras el modelo paternalista se encuentra esta idea de vulnerabilidad, esto es, la de que todo usuario de determinado tipo debe ser incluido en un grupo de personas vulnerables que necesitan protección y que se decida por ellos. Si esto es correcto, también se podría pensar que las mujeres embarazadas, por ejemplo, pertenecen a estos grupos vulnerables, tanto por el hecho de ser mujeres, como por el de estar embarazadas.⁷ Ello explicaría en parte por qué durante tanto tiempo las mujeres no han tenido control sobre los diferentes momentos de la vida reproductiva (anticoncepción, embarazo, parto, etcétera).

Se trata, por consiguiente, de un enfoque de la vulnerabilidad que parte de una perspectiva rígida y fija que tiende a etiquetar a las personas, y ante la cual el modelo paternalista responde mediante la protección y el cuidado entendidos en términos de tutela. Como se dijo anteriormente, el sanitario es el «guardián» que «vela por» los intereses del usuario. Sin embargo, como se verá más adelante, promover la autonomía puede ser una mejor manera de responder ante la vulnerabilidad que el paternalismo o la sobreprotección.

Las críticas que ha suscitado este modelo han sido numerosas, pero, en relación con los conceptos que aquí se analizan, cabe mencionar la falta de consideración de la autonomía del usuario y, junto con ella, de las preferencias

5 Luna, F.; Vanderpoel, S. H. (2013). «Not the usual suspects: Addressing layers of vulnerability». *Bioethics*, vol. 27, n.º 6, pp. 325-332.

6 Rogers, W.; Mackenzie, C.; Dodds, S. (2012). «Why bioethics needs a concept of vulnerability». *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 5, n.º 2, p. 14.

7 Luna, F.; Vanderpoel, S. H. (2013). «Not the usual suspects: Addressing layers of vulnerability». *Bioethics*, vol. 27, n.º 6, p. 329.

que cada individuo puede tener en función de sus creencias o sistema de valores, por lo que el usuario queda supeditado a las decisiones del sanitario. Por otro lado, en relación con la vulnerabilidad, el enfoque que este modelo parece adoptar no explica qué pasa con aquellas personas que no encajan dentro de las categorías o bien porque no pertenecen a ninguno de los grupos considerados típicamente como vulnerables, o bien porque aun perteneciendo a uno de estos grupos está frente al resto en una posición privilegiada.

EL MODELO INFORMATIVO

El segundo modelo que se propone analizar se configura con la intención de superar las carencias del anterior modelo y se basa en una concepción del principio de autonomía exacerbada comprendida en términos individualistas. La autonomía del paciente se convierte en un aspecto prioritario de la relación, el usuario «toma el control» de las decisiones, se convierte —parafraseando a John Stuart Mill— en «guardián de su propia salud».

La función del sanitario, por su parte, se limita a informar de los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos y a llevar a cabo la intervención finalmente escogida por el usuario. Se establece una «división de papeles»: el sanitario informa, el usuario decide, el sanitario ejecuta.⁸

Esta clara división de roles se corresponde, a su vez, con la creencia de que es posible establecer una distinción entre «hechos» y «valores». Es decir, se considera que los valores de una persona son conocidos por ella y están bien definidos, y que lo único que el usuario no conoce son los hechos.⁹ Esta interpretación asume, primero, que el sanitario debe limitarse a transmitir y facilitar información; y, segundo, que el usuario no necesita del sanitario acompañamiento, asesoramiento, consejos..., sino tan solo información y puesta en práctica. Se cae entonces en generalizaciones, en una práctica impersonal: el rol del profesional sanitario se asemeja al de un técnico-especialista, mientras el usuario deja de ser percibido como una persona singular, única, con unas particularidades propias.

Los usuarios, bajo este modelo, se definen principalmente a partir de su autonomía y su competencia para tomar decisiones. De modo que el «respeto

8 Brock, D. (1993). *Life and Death. Philosophical Essays in Biomedical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 55.

9 Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: Couceiro, A. (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, p. 111.

a la autonomía» pasa por procurar los medios adecuados para obtener el consentimiento. El consentimiento informado —que en el anterior modelo era solo consentimiento— puede darse ahora por satisfecho si se entiende que el usuario antes de firmar ha sido informado y que, al firmar, da evidentemente su consentimiento, su aprobación. Se considera, además, que este procedimiento sirve no solo para promover la autonomía de las personas competentes, sino también como garantía de la protección de las personas vulnerables. No obstante, puede objetarse, ejercer la autonomía no es igual a firmar formularios de consentimiento informado,¹⁰ ni la autonomía debe entenderse solo como capacidad de autodeterminación.

Aquí sucede lo contrario al modelo anterior: la autonomía adquiere fuerza y la vulnerabilidad del usuario tiende a desaparecer. Impera el mismo enfoque categórico sobre la vulnerabilidad, pero es un enfoque mucho más estrecho que enfatiza la promoción de la autonomía siempre que sea posible. Según este modelo, los «vulnerables» son aquellos que se definen principalmente por su incapacidad para decidir, aquellos no competentes, mientras que, en todos los demás casos, los individuos pueden ser considerados en tanto que personas autónomas. Ello deriva en una ficción igualmente preocupante que postula un sujeto ideal que, lejos de cualquier particularidad, debe ser tratado ante todo en tanto que agente autónomo. Es, en otras palabras, la otra cara del enfoque de la vulnerabilidad por categorías, que considera, por ejemplo, que una mujer embarazada, empleada, de clase media y con estudios superiores *no* puede ser considerada una persona vulnerable.

Parecería entonces como si «autonomía» y «vulnerabilidad» fuesen dos conceptos opuestos: la autonomía implica autodeterminación, independencia y competencia para dar consentimiento; se trata de un ejercicio y reflexión individual. La vulnerabilidad, en cambio, en cuanto que hace alusión a la dependencia de otros, a la pérdida de control, suele vincularse a situaciones concretas de necesidad, riesgo o desprotección. «Vulnerabilidad» y «autonomía» se presentan —en este modelo— como conceptos excluyentes y por ello si el usuario es autónomo, hablar de vulnerabilidad no tiene verdaderamente sentido. Y, en cualquier caso, si pudiese pensarse que el usuario es de algún modo vulnerable, se considera que una manera de contrarrestar la situación es mediante el documento de consentimiento informado.

¹⁰ Marsico, G. (2006). «Bioética feminista: recorridos en evolución». En: López de la Vieja, M. T. et al. (eds.). *Bioética y feminismo. Estudios multidisciplinares de género*. Salamanca: Universidad de Salamanca, p. 77.

Más allá de las ventajas que este modelo presenta respecto del anterior, sobre todo por el hincapié en las preferencias y valores del usuario, las objeciones a esta propuesta son también significativas. Primero, en la medida en que la relación sanitario-usuario se interpreta como una relación entre seres autónomos e iguales, la vulnerabilidad del último, la necesidad de asesoramiento, recomendaciones, acompañamiento... no reciben una especial atención. Es más, la necesidad de contención y orientación por parte del sanitario no se percibe como esencial para el proceso de toma de decisiones. Segundo, el respeto a la persona no parece implicar una sensibilidad particular por parte del sanitario y pasa por respetar las elecciones del usuario. De hecho, el respeto a la decisión autónoma y el respeto a la persona autónoma suelen confundirse. Tercero, tal como está formulado el modelo, el objetivo no es verdaderamente la promoción de la autonomía del usuario, sino más bien la de un derecho a escoger o rechazar un tratamiento. Y, si esto se entiende como autonomía, es sin duda una versión muy reducida o limitada de la misma.¹¹ Por último, en cuanto que la autonomía se identifica con consentimiento informado, se la concibe además como un *hecho* puntual (el acto de consentir), en lugar de un *proceso* en el cual cada individuo reflexiona sobre aquello que finalmente será su elección, de modo que difícilmente tendrá un efecto positivo sobre la sensación de vulnerabilidad que una persona puede llegar a experimentar.

EL MODELO DELIBERATIVO

En los últimos años se ha criticado mucho la idea de autonomía que dominó en los inicios de la bioética, sobre todo porque no resulta adecuada a lo que se espera que sea la relación asistencial ni se corresponde tampoco con las diferentes realidades de los usuarios. El tercer modelo intenta, por tanto, evitar algunas de las críticas lanzadas a los modelos anteriores.

Esta propuesta presenta también una «división de papeles», pero la diferencia con el modelo informativo reside en que el resultado no es la suma de tareas independientes, sino de un trabajo conjunto, colaborativo, en el cual el diálogo tiene un papel central. Por un lado, se considera que la función del sanitario no puede limitarse a informar y ejecutar y, por otro, se asume que haciendo tal cosa, lejos de respetar la autonomía del usuario, esta se ve debilitada. El mismo

¹¹ Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: Couceiro, A. (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, p. 122.

respeto a la autonomía requiere que el sanitario haga recomendaciones y oriente al usuario a partir de su conocimiento, su experiencia y de una comprensión adecuada de los valores y objetivos de cada persona, e incluso que pueda llegar a intentar «persuadir» si ve que la decisión que está a punto de adoptar no es conveniente para él o ella, se basa en información que no es adecuada, etcétera. La persuasión no es, en este sentido, contraria a la autonomía como sí lo es la coacción o la imposición, sino que tiene más que ver con la interpelación y el cuestionamiento.¹²

El usuario, por su parte, debe hacer saber al sanitario cuáles son sus deseos, expectativas y miedos. Los valores de las personas no se asumen como algo fijo e incuestionable —como presupone el modelo informativo— sino como valores cambiantes, dinámicos, sujetos a reconsideración; por eso el diálogo y la deliberación se vuelven factores esenciales en la toma de decisiones. Tampoco la autoconciencia se entiende como un acto introspectivo o autorreflexivo; por el contrario, debe asumirse que, como señala MacIntyre, «cuando una persona llega a conocerse bien a sí misma, siempre es un logro compartido».¹³ Y, por ello, sostiene el filósofo, «el ser humano aprende a examinarse a sí mismo cuando es examinado por los demás y aprende a entenderse a sí mismo cuando tratan de entenderlo los demás sometiendo a discusión su razonamiento y pidiéndole explicaciones de su conducta».¹⁴

En el marco de este modelo se entiende, por tanto, que para poder ejercer la autonomía es necesario que exista un proceso de discusión con otros. Esto no significa, no obstante, que el modelo deliberativo pretenda menoscabar la autonomía del usuario. Se reconoce que la relación asistencial parte de unas estructuras de poder desigual y el objetivo es aumentar la autonomía y empoderamiento del usuario mediante aquello que se cree que es una interpretación más adecuada de la autonomía. Finalmente, es el usuario quien decide, a partir de sus propios valores e intereses, pero también a partir de la información, opinión y recomendaciones del sanitario. Es decir, la finalidad es ayudar al usuario a escoger qué decisión tomar, teniendo en cuenta que la relación con los otros (familia, sanitarios) es fundamental en la promoción de la autonomía. El respeto a la persona y su autonomía implica, desde este enfoque, un compromiso

12 Barilan, M. Y.; Weintraub, M. (2001). «Persuasion as Respect for Persons: An Alternative View of Autonomy and of the Limits of Discourse». *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, n.º 1, pp. 13-33.

13 MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós, p. 114.

14 *Ibíd.*, p. 174.

mucho mayor por parte del personal sanitario que en el anterior modelo. Así, requiere, como mínimo: propiciar un espacio para el diálogo; implicación; dar la oportunidad al usuario de estar en desacuerdo, disentir y preguntar, y estar atento a la diversidad y al contexto particular.

La autonomía tiene, por consiguiente, un papel central en este modelo, pero mientras que en el modelo informativo se comprende exclusivamente como autodeterminación, bajo el modelo deliberativo se concibe desde la relacionalidad. La autonomía requiere cierta capacidad de revisar los propios deseos o preferencias tras haber reflexionado sobre ellos; pero no solo eso, necesita, además, que dicha reflexión no sea únicamente *intrapersonal*, sino también *interpersonal*. Esta crítica a una concepción individualista de la autonomía que devalúa la importancia de las relaciones se encuentra con fuerza en las propuestas feministas, que plantean una reformulación del concepto en clave relacional, esto es, una *autonomía relacional* según la cual las relaciones personales y los vínculos sociales se presentan como algo esencial e inseparable de la persona y, por ende, de la capacidad de autonomía.¹⁵ Dicho de otra manera, las relaciones interpersonales, la dependencia y la necesidad de otros no pueden ignorarse en los procesos de toma de decisión, ya que el pleno ejercicio de la autonomía necesita de deliberación, necesita de los demás.

«Autonomía» y «vulnerabilidad» no son entonces conceptos que se excluyen mutuamente. Autores como Alasdair MacIntyre o Barry Hoffmaster entienden la vulnerabilidad como una condición ontológica propia del ser humano, esto es, consideran que en la medida en que somos seres finitos con corporeidad, somos vulnerables y dependientes. La vulnerabilidad y la dependencia se presentan como dos rasgos propios de la naturaleza humana, esenciales al ser humano en cualquier estadio de la vida.¹⁶

Ahora bien, aceptar esto no implica negar que existan distintos grados o niveles de vulnerabilidad, que ante situaciones similares diferentes personas pueden ser o sentirse más vulnerables, o que hay grupos que deben considerarse como especialmente vulnerables. Dicho de otra manera, toda persona es vulnerable por su propia condición, aunque el grado de vulnerabilidad de cada

15 Véase Friedman, M. (2000). «Autonomy, Social Disruption, and Women». En: Mackenzi, C.; Stojar, N. (eds.). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. New York: Oxford University Press, p. 40: «De acuerdo con el enfoque relacional, las personas son fundamentalmente seres sociales que desarrollan su competencia para la autonomía a través de la interacción social con otras personas».

16 MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós. Hoffmaster, B. (2006). «What does vulnerability mean?». *Hastings Center Report*, vol. 36, n.º 2, pp. 38-45.

cual varía en función de diferentes variables o factores específicos (género, edad, estado de salud...) y, en este sentido, la vulnerabilidad es también una cuestión de grados.¹⁷ La vulnerabilidad no es, por tanto, una propiedad exclusiva de aquellos que entran dentro de una categoría fija de grupos vulnerables —como pretende el enfoque categórico—. Hay que rechazar los estereotipos que llevan al paternalismo, pero a la vez evitar el no reconocimiento de las desigualdades específicas de ciertas personas o grupos. Es decir, habrá que tener cuidado de no caer en el otro extremo, en un enfoque demasiado amplio que considere que todo el mundo es vulnerable y limite las respuestas que deben darse a las necesidades particulares.¹⁸ Se trata entonces de brindar un trato *igual* pero *diferente*, de estar atento a la diversidad y pluralidad existente, de responder ante las necesidades concretas teniendo en cuenta que los usuarios no son los mismos, como tampoco su control de la situación o el margen de actuación y decisión que poseen. Es necesario, en consecuencia, reconciliar la obligación de proteger a las personas más vulnerables con la obligación de promover y respetar su autonomía, ya que ello puede constituir una respuesta más adecuada ante la vulnerabilidad.¹⁹

El vulnerable, según la primera interpretación, es quien es incapaz de velar por sus propios intereses, la persona no autónoma o autosuficiente; la vulnerabilidad se interpreta como signo de debilidad y fragilidad, con lo que se introduce la necesidad de protección. Según esta segunda propuesta, sin embargo, se considera que todos somos de una u otra manera individuos vulnerables y dependientes en diferentes niveles y momentos de nuestras vidas, sin que aceptar ello implique negar que los más vulnerables necesitan una protección especial.²⁰ Y esta idea —que coincide bastante con el segundo enfoque de la vulnerabilidad propuesto por Luna— resulta más respetuosa con la complejidad de la realidad social. Hay muchas situaciones que pueden conducir a que una persona que normalmente no se incluye en los grupos catalogados como vulnerables se sienta, no obstante, vulnerable; por ejemplo, una mujer embarazada puede sentirse vulnerable si no tiene acceso a la información adecuada, si el consentimiento informado o plan de parto no es comprendido como un proceso sino como un acto puntual en que el sanitario se limita a explicar las op-

17 Rogers, W.; Mackenzie, C.; Dodds, S. (2012). «Why bioethics needs a concept of vulnerability». *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 5, n.º 2, p. 24.

18 *Ibíd.*, p. 16.

19 *Ibíd.*, pp. 11 y 13.

20 Weisstub, D. N.; Thomasma, D. (2001). «Human Dignity, Vulnerability, Personhood». En: Thomasma, D.; Weisstub, D. N., Hervè, C. H. (eds.). *Personhood and Health Care*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, p. 320.

ciones y riesgos o ante una hipotética situación en que haya un conflicto de intereses con el sanitario.²¹ La vulnerabilidad debe entenderse desde una perspectiva dinámica y no como una categoría en sí misma, puesto que solo reconociendo que existen diferentes grados de vulnerabilidad en las personas podrán proponerse diversas maneras para evitarla o minimizarla adecuadamente.²²

En cuanto a las limitaciones de este modelo pueden mencionarse fundamentalmente dos cuestiones. Por un lado, suele aludirse al peligro de que el modelo termine derivando en cierto paternalismo. Sin embargo, como ya se ha dicho, no se trata de imponer decisiones,²³ sino que la verdadera intención es «empoderar» al usuario, promover su autonomía mediante un ejercicio comunicativo. El reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia debe ir acompañado por un intento de fomentar la autonomía si se desea evitar caer nuevamente en actitudes paternalistas. En otras palabras, la vulnerabilidad no debe servir como excusa para anular la autonomía. Por otro lado, es evidente que este modelo no es posible si no existe un compromiso por parte de los sanitarios, pero también por parte del sistema sanitario, esto es, a nivel de políticas sanitarias, hospitalarias y estatales, que son las que determinan, en definitiva, los recursos disponibles por los sanitarios, el tiempo estipulado por visita médica, etcétera.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Con relación a la atención durante el embarazo, los puntos fuertes de este último modelo respecto de los anteriores pueden resumirse en cuatro cuestiones. Primero, es un enfoque compatible con la propuesta de un modelo centrado en la persona, ya que las preferencias y expectativas de la mujer se vuelven centrales tanto para la relación asistencial como para la toma de decisiones. Segundo, se entiende que el consentimiento informado u otros documentos como el plan de parto deben realizarse en un contexto en el cual ha tenido lugar un proceso de deliberación efectivo y real con los sanitarios en el que, además de recibir información, la mujer puede aclarar sus dudas, expresar sus miedos, etcétera. Tercero, el modelo deliberativo permite, en caso de que la

21 Luna, F.; Vanderpoel, S. H. (2013). «Not the usual suspects: Addressing layers of vulnerability». *Bioethics*, vol. 27, n.º 6, p. 330.

22 *Ibíd.*, p. 326.

23 Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1999). «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: Couceiro, A. (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, p. 123.

mujer embarazada así lo desee, incorporar en el proceso de decisiones a familiares o a la pareja, dada la importancia que se concede a las relaciones interpersonales, al diálogo y la deliberación, algo que en los dos primeros modelos parece plenamente innecesario. Y, por último, bajo este modelo la vulnerabilidad y autonomía de la mujer no se oponen. La promoción de la autonomía no relega a un segundo plano el estado de vulnerabilidad en el que quizá se encuentra la mujer y viceversa. Es decir, el reconocimiento de la vulnerabilidad no se desvincula del ejercicio de la autonomía. Por el contrario, dado que la mujer quizá se sienta vulnerable, es responsabilidad de los sanitarios hacer todo lo posible para que esta pueda ejercer su autonomía. Dicho de otro modo, uno de los objetivos de la relación asistencial debe ser el empoderamiento de la mujer en aquellos momentos en que es o puede sentirse especialmente vulnerable.

CONCLUSIONES

A partir de la reflexión propuesta se ha pretendido mostrar en qué medida la vulnerabilidad y la autonomía son cuestiones complejas que pueden entenderse, además, desde diferentes perspectivas. El modelo deliberativo busca evitar la disyuntiva en que los otros modelos colocan al usuario: o bien concibiéndolo como una persona vulnerable, o bien tratándolo como un agente autónomo con pleno control de la situación. Este modelo hace posible, en cambio, conciliar el deseo de ejercer la autonomía con la necesidad, no menos imperiosa, de no ser privado de las relaciones con los demás y del cuidado que estos vínculos representan. La relación asistencial debe poder priorizar la atención a la vulnerabilidad con la promoción de la autonomía. Y, en este sentido, la propuesta de una concepción relacional de la autonomía parece acertada en ambos aspectos, esto es, en cuanto que promueve la autonomía de los usuarios, pero lo hace desde un enfoque que asume la vulnerabilidad y necesidad de los demás.

**LA ATENCIÓN SANITARIA
AL PARTO Y NACIMIENTO:
PROPUESTAS Y CAMBIO**

Programa MARE del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

M.^a Dolores Gómez Roig

Con el objetivo de conseguir una atención más humanizada en la asistencia al parto en los hospitales, en 2010, el Servicio de Obstetricia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona inició un programa de mejora asistencial para posicionarse como centro de excelencia y referencia. Conocer la opinión de las gestantes y sus necesidades permite trabajar los aspectos mejorables relacionados con la asistencia, el entorno y el bienestar personal. El acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto y el posparto es necesario y puede mejorarse. La asistencia natural del parto normal debe contemplarse como un procedimiento no excepcional y ser una práctica habitual normalizada.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Definimos como parto normal aquel que se inicia de forma espontánea, se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y lo sigue siendo a lo largo del mismo y en el parto. El recién nacido nace espontáneamente en posición de vértice entre las semanas completas 37.^a y 42.^a de gestación y con peso correcto. Después del parto tanto la madre como el recién nacido están en buenas condiciones.

No obstante, como el trabajo de parto y el parto de muchas mujeres con gestación de alto riesgo tiene una evolución normal, muchas de las siguientes recomendaciones también podrían aplicarse a estas gestantes.

A pesar del considerable debate e investigación a lo largo de muchos años, el concepto de «normalidad» en el parto no está estandarizado ni es universal. En las últimas décadas se ha observado un creciente uso de prácticas destinadas a iniciar, incrementar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto con el objetivo de mejorar los resultados materno-fetales.

En países desarrollados en los que estas actividades se han generalizado, han empezado a surgir dudas sobre la necesidad de tanto intervencionismo. Muchas de estas prácticas ya habituales en los hospitales están siendo reevaluadas en estudios recientes.

Los avances médicos han favorecido cierta deshumanización y tecnificación de las salas de partos. Ante esta situación han surgido grupos que reclaman una asistencia natural al parto normal. La asistencia domiciliaria del parto sigue siendo minoritaria en nuestro país, pero en otros países europeos es una práctica relativamente habitual y no exenta de controversia.

Lo deseable sería conseguir una mayor humanización de la asistencia al parto en los hospitales mediante implantación de salas de parto individualizadas, la creación de un ambiente relajado y familiar, pero sin olvidar el correcto control de la evolución del parto, y, fundamentalmente, estableciendo una mejor relación entre la gestante y el profesional que la atiende.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta en referencia a la atención del parto normal que el objetivo es conseguir una intervención que asegure una madre y un recién nacido sanos con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura.¹ Esto implica que debe haber una razón válida para interferir en el proceso natural.

En el año 2004 se presenta en Cataluña el *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido*, en el que se desarrolla también la forma en que se debe dar atención al parto natural no medicalizado.² Todo esto responde a una corriente social, cada vez más creciente, en la que las mujeres y sus parejas demandan un mayor protagonismo en la toma de decisiones durante la gestación y nacimiento de su hijo.

En el año 2007, el Sistema Nacional de Salud presenta la *Estrategia de atención al parto normal*, que da lugar al desarrollo e implementación de vías clínicas en la atención al parto normal en diferentes hospitales de España.³ Ese mismo año, en Cataluña se presenta el *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*, que da respuesta a la demanda de un colectivo que prefiere un parto en el que se dé prioridad a la seguridad y bienestar de la madre y el recién nacido, por lo que eligen el medio hospitalario para el nacimiento de su hijo, pero al mismo tiempo demandan que no les suponga renunciar a un parto no medicalizado e íntimo donde sus deseos sean respetados.⁴

1 «Care in Normal Birth: a practical guide» (1996). Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health organization.

2 *Protocol d'assistència al part, puerperi i atenció al nadó* (2003). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_assistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf.

3 *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* (2010). Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

4 *Protocol per a l'atenció natural al part normal* (2007). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/propart2007.pdf.

En nuestro país, la *Estrategia de atención al parto normal* en el Sistema Nacional de Salud, consensuada por todas las comunidades autónomas, está impulsando una profunda transformación en el modelo de atención al parto.

Este cambio, que podríamos denominar «paradigmático», pretende un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en una evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.

Además, la medicina basada en la evidencia ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad.^{5,6}

En el año 2010, el Servicio de Obstetricia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona realiza un estudio de satisfacción de los años previos para iniciar un programa de mejora asistencial que posicione al servicio como centro de excelencia y referencia.

Los resultados de la encuesta manifiestan aspectos mejorables relacionados con la asistencia, el entorno y el bienestar personal.

El acompañamiento de la gestante en el trabajo de parto, el parto y posparto es mejorable en diferentes situaciones que acompañan el proceso: durante la anestesia peridural, en las cesáreas y en el posparto inmediato.

El grado de satisfacción es bueno, pero mejorable mediante un programa de actuación multiprofesional. Siguiendo en la misma línea, y en busca de aspectos que trabajar, en el año 2010 el Servicio detecta una demanda social importante en referencia a la forma de atención al parto natural (10% poblacional).

El Servicio de Obstetricia piensa y elabora un programa llamado MARE que quiere contemplar el parto como natural, así como ofrecer una asistencia respetuosa con la fisiología también al resto de las gestantes de bajo y alto riesgo que no deben ser excluidas de este tipo de atención.

5 Wax, J. R.; Lucas, F. L.; Lamont, M.; Pinette, M. G.; Cartin, A.; Blackstone, J. (2010). «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis». *Am J Obstet Gynecol*, vol. 203, n.º 3, 243.e1-8. (Epub 2010 Jul 2).

6 Evers, A. C.; Brouwers, H. A.; Hukkelhoven, C. W. et al. (2010). «Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study». *BMJ*, 341:c5639.

El programa MARE responde a una demanda social y a una solicitud del Departament de Salut. Se basa en facilitar la accesibilidad de la población de referencia a la asistencia natural al parto normal. Es un modelo de atención centrado en la familia para satisfacer las expectativas del parto en un entorno adecuado y seguro.

El Hospital Sant Joan de Déu, a partir de 2011, se suma con el programa MARE a la red de hospitales de Cataluña que ofrecen atención al parto natural, dotando el área de partos con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo este proyecto. Asimismo, ofrecen la posibilidad de realizar una visita previa individualizada con una matrona, donde la pareja podrá expresar en un documento de «plan de parto» sus deseos y expectativas.

Con nuestro estudio pretendemos valorar la implantación de este programa en el hospital mediante la evaluación de la satisfacción de las usuarias, la generación de hipótesis que nos permitan en el futuro plantear mejoras en el día a día y conseguir una implicación en el proyecto por parte de todos los profesionales.

El hospital materno de referencia Sant Joan de Déu de Barcelona es un hospital universitario de alta complejidad centrado en la mujer, el niño y el adolescente. Garantiza una atención integral a los pacientes, compaginando la vertiente más humana de la asistencia con la investigación y la aplicación de los nuevos avances científicos.

A continuación se presenta el programa MARE del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA MARE

Objetivo general

Creación de modelo de «parto hospital Sant Joan de Déu»: «Parir en un entorno cálido, íntimo y agradable pero con la seguridad de estar en un gran hospital con unos buenos resultados maternos y perinatales».

Objetivos específicos

- Crear un proyecto al alcance de todas las gestantes
- Crear un equipo multidisciplinar
- Centrar el modelo de parto en la mujer y la familia

- Coordinación con la Atención Primaria
- Armonizar y adecuar los espacios
- Mejorar la atención al puerperio

Contexto y población diana

El Programa MARE está dirigido y se ofrece, e informa, a todas las gestantes que acuden al control, seguimiento y parto en nuestro centro.

Las gestantes de bajo riesgo, e inclusive las de riesgo, pueden acceder al programa.

Las mujeres con deseo de parto natural siguen un circuito que contempla el mismo programa, y son informadas y acompañadas en su proyecto.

Nuestro modelo de atención al parto, el programa MARE, da protagonismo a la familia. Permite que la mujer elija el modelo de parto que desea, que esté acompañada en todo momento por la pareja —incluso en las cesáreas— y que pueda estar con su bebé desde el mismo momento del nacimiento.

Metodología

La implantación en nuestro hospital del programa MARE ha requerido de una serie de actuaciones novedosas en nuestro centro.

1. Sesión de acogida informativa a todas las gestantes

Se organiza e inicia la práctica de una sesión informativa con soporte audiovisual a fin de que las embarazadas y acompañantes conozcan tanto la manera de trabajar como las instalaciones hospitalarias, los profesionales implicados, los circuitos habituales, etcétera. La sesión es impartida por una matrona, conjuntamente con un anestesiólogo, quien explica las técnicas anestésicas de las que se dispone para el trabajo de parto.

2. Protocolos e historia clínica compartida con Atención Primaria

El seguimiento de las gestaciones se consensúa con los centros de Atención Primaria y se utilizan los mismos protocolos. Además, las pruebas médicas de

la gestante pueden ser consultadas tanto desde el hospital como desde los centros de Atención Primaria.

Se trabajará con un único Plan de Nacimiento del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona que se presenta a las gestantes desde la Atención Primaria y se establece en la visita en el hospital. Al alta hospitalaria, se deriva a la paciente de bajo riesgo a la Atención Primaria para control puerperal.

3. Acompañamiento de la gestante

A lo largo de todo el control gestacional, tanto en consultas externas como ecografías, se garantiza el acompañamiento de las gestantes por una persona, ya sea su pareja o quien ella designe. De la misma manera, también se permite el acompañamiento a las visitas de urgencias, durante el período de dilatación y el parto.

Si el parto fuera por cesárea, el acompañante puede estar con la gestante de forma habitual. En aquellas situaciones en que el equipo de profesionales no lo considere adecuado se le explica previamente.

Toda esta previsión ha requerido de la elaboración de nuevos protocolos y cambios de circuitos.

4. Salas de dilatación y parto

Se realizan adaptaciones estructurales y funcionales para asegurar unas salas modernas y acogedoras donde se desarrolla la dilatación y el parto, sin necesidad de cambiar de sala. Todas están equipadas con telemetría que favorece la movilidad.

Se dispone de material accesorio, como pelotas, espejos, música, duchas.

Todas las salas disponen de cuna para que el bebé reciba las primeras atenciones ante los padres.

Se favorece el contacto madre-bebé piel con piel en todo momento.

5. Recogida de sangre de cordón para banco público

El hospital es un centro acreditado para la recogida de la sangre de cordón umbilical para el banco de tejidos público. Los padres son informados en las consultas externas y en la sala de partos. Con su consentimiento y de forma volun-

taria, y siempre que no existan contraindicaciones, se procede a la recogida de la sangre, una vez cortado el cordón umbilical y antes del alumbramiento. Se realiza control y registro de la actuación, y se reciben informes mensuales de actividad.

6. Habitaciones individuales

Las habitaciones de hospitalización son de uso individual y se reforman con este objetivo. Disponen de sofá para los acompañantes y baños adaptados. Existen zonas habilitadas para realizar los cuidados del bebé dentro de la misma habitación durante la estancia hospitalaria.

7. Hospital abierto veinticuatro horas a la familia

El hospital no limita las visitas a franjas horarias ni a nivel de la hospitalización ni a nivel de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

8. Equipo médico de referencia

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona es un hospital universitario de máximo nivel, con un equipo de profesionales muy cualificado. Es centro de referencia de diversas patologías fetales y neonatales. Es centro investigador y formador de médicos especialistas, matronas, enfermeras y estudiantes de medicina.

9. Cuidados del bebé

Tanto los cuidados de enfermería como las revisiones pediátricas de los bebés se realizan en las habitaciones, frente a los padres, con lo que se potencia al alta la educación sanitaria y su autonomía. Esto también ha requerido de cambios estructurales. A todos los bebés se les realizan potenciales evocados auditivos antes del alta para descartar la sordera congénita.

Se favorece la lactancia materna, por lo que se dispone de personas expertas en apoyar a los padres tanto en las fases iniciales como para ofrecer consejos al alta.

10. Asistencia natural del parto normal

Actualmente se realiza la asistencia natural al parto normal para todas las gestantes de bajo riesgo que así lo deseen. El protocolo se ha presentado a Atención Primaria y se realiza una primera visita al hospital personalizada con la matrona para consensuar el plan de nacimiento y el protocolo.

Evaluación

Los indicadores empleados son:

- 1) El seguimiento del cumplimiento de los objetivos planteados, así como de la metodología:
 - Información y posibilidad de llegar a todas las gestantes: documentación informativa
 - Creación de un equipo multidisciplinar: elaboración de protocolos
 - Coordinación con la Atención Primaria
 - Armonización de los espacios para la realización del proyecto (consultas externas y salas de partos)
 - Mejora de la atención al puerperio (cambios arquitectónicos y funcionales)
 - Creación del Comité de lactancia materna
- 2) Registro de resultados de actividad ajustada al programa
 - Visitas realizadas en el marco del programa MARE
 - Visitas realizadas de parto natural
 - Asistencia a las sesiones informativas de acogida

RESULTADOS

Información y posibilidad de llegar a todas las gestantes: documentación informativa

A todas las mujeres que realizan su primera visita en el hospital se les habla e informa del programa MARE y se les entrega un documento informativo diseñado específicamente para la información del programa MARE.

Se trabaja con los centros de Atención Primaria el programa y se les entrega la documentación para que informen a las gestantes desde el inicio del embarazo.

Creación de un equipo multidisciplinar: elaboración de protocolos

Se crea un grupo multidisciplinar de obstetras, matronas, enfermeras y neonatólogos para elaborar el programa.

Se trabaja y elabora el protocolo del parto natural, el documento de plan de parto y acompañamiento de la gestante.

El equipo se coordina con la Atención Primaria.

Coordinación con la Atención Primaria

Se crea un grupo de trabajo coordinado entre la Atención Primaria y los hospitales del área para crear un documento común de mejora asistencial.

Armonización de los espacios para la realización del proyecto (consultas externas y salas de partos)

Se define un plan funcional de obras que contempla el cambio de ubicación y creación de una nueva área de consultas externas, en la que se realizan cambios funcionales asistenciales:

- Se diferencia la asistencia al bajo y alto riesgo obstétrico
- Se incorporan ecógrafos en las consultas de riesgo para realizar la exploración el mismo día y con el mismo especialista
- Se incorpora el papel de la matrona que realiza el seguimiento de las gestantes de bajo riesgo
- Se amplía el tiempo de visita para favorecer la información y la implementación del programa
- Se realizan cambios estructurales en el bloque quirúrgico obstétrico:
 - Se crea una sala especializada y dotada de parto natural (se incorpora la bañera entre otros elementos).
 - Se reforman cinco salas de partos para adaptarlas al programa.

Mejora de la atención al puerperio

Se llevan a cabo reformas de las habitaciones que incluyen la presencia de un cambiador-mesa de exploración para asegurar el contacto continuado del bebé con su madre y familia.

Se incorpora la matrona de hospitalización para el refuerzo informativo, apoyo a la lactancia y control del puerperio de bajo riesgo.

Creación del Comité de lactancia materna

Se crea un comité de mama multidisciplinar con obstetras, matronas, enfermeras y neonatólogos (2011).

En el año 2013 se presenta en la XXX Reunión de Ginecòlegs y en la VII Reunión de Llevadores i Infermeres de les Comarques Catalanes la influencia de los programas de atención y vigilancia y el mantenimiento de la lactancia materna, según nuestra experiencia.

RETOS DE FUTURO

- Consolidación de la reducción de los partos instrumentados
- Consolidación del alta de bajo riesgo y veinticuatro horas
- Reducción del índice de episiotomías a niveles mínimos
- Comité de calidad y seguridad
- Indicadores asistenciales

RECOMENDACIONES

Los especialistas y centros médicos y/o hospitalarios que atienden a mujeres embarazadas deben trabajar el modelo asistencial en función de las recomendaciones de la OMS, estudios realizados, evidencia científica y demanda social basada en grado de satisfacción y bienestar de las gestantes y la familia.^{7,8}

- Los servicios de obstetricia han de elaborar un programa que contemple «el parto natural», así como ofrecer también una asistencia al resto de las gestantes de bajo y alto riesgo que no deben ser excluidas de este tipo de atención.
- Se aconsejan sesiones informativas de «acogida» para establecer un vínculo informativo y de confianza entre las gestantes y el centro donde darán a luz.

7 *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* (1999). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

8 *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos* (2002). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud. Documento realizado conjuntamente con FNUAP, UNICEF y el Banco Mundial y revisado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (CIM).

- Los protocolos coordinados entre Atención Primaria y el hospital son necesarios para asegurar una buena calidad asistencial. Los cambios de actuación asistencial precisan de protocolos multidisciplinares que contemplen las nuevas actuaciones.
- La adecuación de las áreas de trabajo se deben contemplar según el programa establecido. Es imprescindible para una fácil y segura implementación del programa.
- La facilitación del acompañamiento de la gestante en todo momento favorece el bienestar de la paciente y beneficia al éxito del proceso.
- Son necesarios equipos de trabajo multidisciplinares y profesionales motivados e implicados para la implementación de proyectos como este.
- La asistencia natural del parto normal debe contemplarse como un procedimiento no excepcional y ser una práctica habitual normalizada.

Humanización del parto y cambios asistenciales: perspectiva de los profesionales

Noemí Obregón Gutiérrez

En las últimas décadas se han producido cambios no solo en la forma de atender el parto, sino también en la forma de entenderlo. Se ha promovido una humanización del parto, entendiéndolo como una atención respetuosa que promueve la autonomía de la mujer y que se fundamenta en prácticas basadas en la evidencia. Los profesionales, junto a las mujeres, han sido a la vez testigos y promotores de dichos cambios.

LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO

El concepto «humanizar» la atención sanitaria es sinónimo de un proceso de cuidado continuo, seguro para la persona, culturalmente aceptable, que conlleva la aplicación de la tecnología necesaria, pero siempre desde una perspectiva humana y centrado en la persona.

Esta concepción del cuidado surgió como respuesta a la creciente aplicación de tecnología en el campo de atención a la salud con el propósito de diagnosticar y tratar la enfermedad en el menor tiempo posible. Esta tecnificación de la asistencia sanitaria conllevó paralelamente una queja creciente en las personas, que percibían el proceso sanitario como deshumanizado, consecuencia del poco cuidado en el trato recibido, la falta de coordinación entre los profesionales y servicios, las deficiencias en la información, la falta de confidencialidad y el continuo cambio de profesionales durante el proceso de atención a la enfermedad.

Esta medicalización y despersonalización de la asistencia también han afectado a la atención al parto, y en respuesta a ello, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publicó el informe *Changing Childbirth*,¹ en el que se hacían tres recomendaciones fundamentales. Se consideraba, en primer lugar,

1 *Changing Childbirth* (1993). London: Her Majesty's Stationery Office, Department of Health.

que el cuidado debía focalizarse en la mujer, promoviendo la toma de decisiones. La segunda recomendación sostenía que todas las mujeres deben tener un acceso universal a los servicios de maternidad, los cuales deben responder a sus necesidades. Y la tercera recomendación advertía de que el cuidado debe ser eficaz y los recursos han de usarse de forma eficiente.²

Para analizar en mayor profundidad el concepto «humanización» en la atención al parto, y siguiendo la revisión bibliográfica realizada por Biurrun y Goberna,³ encontramos los siguientes aspectos del cuidado en los que se ha de basar el modelo de la humanización del parto. De acuerdo con estas autoras, el primer concepto clave para poder hablar de parto humanizado es la necesidad de empoderamiento de la mujer. Misago defiende que se ha de fomentar su participación activa y la toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado, por lo que la mujer se sitúa en el centro y control del proceso, para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Harrison y Davis-Floyd también hablan de este empoderamiento y consideran relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones.

Otro factor clave para la humanización es que el cuidado del parto se realice mediante prácticas basadas en la evidencia. Autores como Wagner⁴ consideran que la atención medicalizada, al incrementar la utilización de tecnologías en el control obstétrico, suele deshumanizar, y que para que un parto sea humanizado los servicios de maternidad deben basar su actuación en la evidencia científica.

Davis-Floyd⁵ también considera que el cuidado debe basarse no en la tradición médica, sino en la evidencia científica, así como en relaciones individuales entre la familia, el paciente y el profesional sanitario. Autores como Behruzi et al.⁶ aseguran que no existe conflicto entre el nacimiento humanizado y la intervención médica, y señalan que entre los obstáculos para la presta-

2 Choza, J. (2003). «Heidegger y el humanismo del siglo XXI». En: Amigo, M. L. *Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional*. Bilbao: Universidad de Deusto, pp. 174-175.

3 Biurrun, A.; Goberna, J. (2013). «La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía». *Matronas Profesión*, vol. 14, n.º 2, pp. 62-66.

4 Wagner, M. (2007). «Global midwifery —traditional and oficial— and humanization of birth». *Midwifery Today Int Midwife*, n.º 83, pp. 55-57.

5 Davis-Floyd, R. (2001). «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth». *Int J Gynaecol Obstet*, n.º 75, pp. S5-S23.

6 Behruzi, R.; Hatem, M.; Goulet, L.; Fraser, W.; Leduc, N.; Misago, C. (2010). «Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors». *Med Health Care Philos*, vol. 13, n.º 1, pp. 49-58.

ción de atención sanitaria en un parto humanizado en un embarazo de alto riesgo figuran factores como la presión de ser responsable de la seguridad de la madre y el feto, la falta de participación activa de la mujer en la toma de decisiones y la pesada carga de responsabilidad sobre los sanitarios por los posibles problemas.

Otro aspecto clave es el respeto hacia la mujer, sus creencias y sus decisiones. Según Kuo,⁷ para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional.

Resumiendo, podemos ver como la bibliografía define la atención humanizada al parto como aquella que sitúa a la mujer en el centro de la atención, de manera que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica o a un criterio concreto, ya que el movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende «empoderar» a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos, y reduciendo una excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia.

LOS CAMBIOS EN LA ASISTENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Para conocer cómo los profesionales que atienden los nacimientos interpretan el proceso de la humanización del parto, se llevó a cabo un estudio mediante metodología cualitativa y enfoque fenomenológico. La técnica para la recogida de datos fue la entrevista semiestructurada a profesionales (obstetras y matronas), con el fin de profundizar en el concepto de «humanización» y los cambios que se han producido en la forma de atender los partos en nuestro medio.

En dichas entrevistas, encontramos que cuando les preguntamos a los profesionales qué entienden por humanización del parto, sus respuestas incluyen los conceptos clave, citados por los autores como necesarios para definir la atención como humanizada.

En estos primeros fragmentos hallaremos claras alusiones al concepto de «empoderamiento» y participación en la toma de decisiones:

La humanización es la participación de la mujer y de la pareja en su parto y en las decisiones previas. (Matrona)

7 Kuo, S. C. (2005). «Humanized childbirth». *Hu Li Za Zhi*, vol. 52, n.º 3, pp. 21-28.

Para mí humanizar el parto es que la mujer cuando llega en curso de parto al hospital se sienta realmente como en casa. Con un espacio tranquilo, íntimo, donde se sienta respetada, donde pueda expresar sus necesidades, donde se sienta muy acompañada tanto por la persona que ella escoja como por los profesionales que la rodean y que esta experiencia sea satisfactoria y sirva como crecimiento personal. Y que cuando todo este proceso *de parto* acabe, considere ese día como uno de los más importantes de su vida y que haya crecido como mujer. (Matrona)

Pienso que las mujeres ahora se están responsabilizando más del papel que tienen en el parto. Desde hace un tiempo ellas se informan más, están más implicadas en este proceso y quieren ser las protagonistas de alguna manera más que antes de su parto. (Obstetra)

Los obstetras observamos que se suele considerar que solo las mujeres que quieren un parto natural son las que tienen un parto humanizado, y no ha de ser así... Todas las mujeres, independientemente del riesgo, tienen derecho a la mejor atención posible. (Obstetra)

Yo siempre he explicado todo a las mujeres, intento que entiendan en qué momento teníamos que intervenir, por su bien y por el de su hijo. (Obstetra)

De esta manera, podemos ver que el discurso de los profesionales en relación con la humanización del parto nos muestra que identifican como aspectos clave de dicho proceso: el empoderamiento, la participación en la toma de decisiones, la realización de prácticas basadas en la evidencia y el respeto y la individualización de las necesidades de las mujeres. Coinciden pues en gran medida con los conceptos clave identificados con los autores referentes.

Los profesionales de más edad han sido testigos de esta evolución en la participación en la toma de decisiones:

En los años setenta y ochenta del siglo xx la mujer no decidía, se inducía al parto cuando el ginecólogo quería. Ahora ha habido muchos cambios, la mujer puede —si es un parto normal, una gestación normal— decidir por ella misma. Puede hacer un plan de parto donde ella escribe sus objetivos, la participación de su pareja, cómo quiere su parto, juntamente con la matrona. (Matrona)

Por el contrario, vemos que los profesionales más jóvenes, al no haber vivido los cambios en primera persona, consideran la atención humanizada al parto como un modelo intrínseco al cuidado del parto.

No entiendo bien por qué se tiene que humanizar, porque para mí la asistencia y el acompañamiento deben ser siempre así, respetando a la mujer, su intimidad y el deseo de hacer algo biológico y fisiológico como es el nacimiento de un hijo. (Matrona)

No entiendo por qué se utiliza el concepto de humanización, implica que en otros momentos los médicos somos inhumanos. (Obstetra)

Pero tanto matronas como obstetras refieren haber sido testigos de grandes cambios en la atención debido a la incorporación de prácticas basadas en la evidencia. Todos ellos han identificado técnicas y prácticas sanitarias que se han dejado de hacer por falta de evidencia científica, como la episiotomía sistemática, el rasurado o la separación del recién nacido:

No tiene nada que ver al parto que yo vivía cuando yo comencé. Para empezar, cuando nosotras comenzamos hacíamos episiotomía sí o sí a todas las mujeres, no se contemplaba no hacerla, ni siquiera en aquellos casos en que las mujeres fueran multíparas... Lo que hacemos hoy en día de comprobar si el periné distiende, si podemos evitar la incisión... era impensable. No había opción. A mí me enseñaron: primípara en expulsivo, episiotomía. Evidentemente eso ha cambiado. En la actualidad, la gran mayoría de los partos, sobre todo de multíparas y también de primíparas que han hecho un buen tratamiento de periné con sus aceites y sus masajes, se pueden hacer ya sin episiotomía, con lo cual no tiene nada que ver con hace treinta y seis años, cuando empecé en esto. (Matrona)

En mi época al inicio todo el mundo paría en posición ginecológica, a todas las mujeres se les ponía un enema, incluso a algunas dos, se rasuraban todos los perinés, no solo el trocito de la episiotomía sino que allí había un rasurado completo [...]. La voluntad de la mujer estaba como bastante supeditada a la voluntad del ginecólogo, que no de la matrona. (Matrona)

En cuanto a los cambios, hemos pasado a hacer menos técnicas, que yo creo que no son necesarias... También está lo de la separación de los niños después del parto, que ahora, bueno, esto sí que me lo planteo muchas veces, como hemos estado tantos años una vez que el niño ha salido poniéndolo en la cunita... Desde hace años al niño se le deja siempre a la madre, lo que yo creo que beneficia tanto a la madre como al niño. (Obstetra)

Otro de los cambios que también veo muy importante son las diferentes posiciones que tiene que adoptar la madre en el parto, no solo la posición ginecológica, estirada, sino que puede parir de una manera más natural. (Matrona)

En cuanto a la medicalización del parto, encontramos diferencias entre los puntos de vista de obstetras y matronas: las matronas no solo reclaman la realización de prácticas basadas en la evidencia, como hacen los obstetras, sino que van más allá y reivindican un cambio más profundo, que lleve a entender el parto como un proceso fisiológico:

Considero que es muy importante entender que el parto es un proceso fisiológico, un proceso por el que la mujer puede pasar sin el miedo a pensar que es una enfermedad; es fundamental que la mujer abandone la idea de que el parto es algo que ella no puede controlar y se convenza de que es un proceso en el que deben intervenir. Entender eso es algo muy importante a la hora de humanizar el parto. Si eso queda claro entre los profesionales y entre las usuarias, el parto puede estar tratado de una manera más natural, más fisiológica. (Matrona)

Pienso que la sociedad en general, no solo las mujeres y la parte sanitaria, debería entender el proceso del parto como un proceso fisiológico y a partir de ahí nuestra mentalidad tendría que cambiar. Insisto en que tenemos que basarnos en esta premisa: el parto no es un proceso patológico, no es un proceso en el que tengamos que intervenir excesivamente. (Matrona)

La asimilación de parto como situación de riesgo se identifica como una barrera en el proceso de humanización, coincidiendo con Klaus et al.,⁸ que denuncian en su trabajo que, en la mayoría de los ámbitos, las salas de parto funcionan con una atención orientada a los riesgos y dominada por la tecnología, utilizando intervenciones que se desarrollaron originariamente para diagnosticar o tratar problemas y que ahora se usan sistemáticamente durante el trabajo de parto normal.

Para los profesionales, el acompañamiento continuo es un elemento clave en el proceso de humanización. En esta misma línea, Klaus et al., citados anteriormente, explican que desde mediados del siglo xx, en muchos países, el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en excepción en lugar de ser lo habitual, y que como consecuencia ha disminuido la satisfacción de las mujeres con la atención recibida.

El acompañamiento continuo por la matrona promueve una atención individualizada en la que se crea un ambiente de seguridad y confianza durante el parto. Estudios recientes han demostrado que las mujeres que tuvieron un

8 Klaus, M. H.; Kennell, J. H.; Robertson, S. S.; Sosa R. (1986). «Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity». *BMJ (Clin Res Ed)*, n.º 293, pp. 293-585.

apoyo continuo durante el parto tenían menos probabilidad de usar analgesia o anestesia, más probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y una mayor satisfacción con la experiencia de parto; además, el trabajo de parto tendía a durar levemente menos. La revisión de la bibliografía y las evidencias halladas llevaron a que en Canadá, el Reino Unido, Estados Unidos y también en España se realizaran guías de práctica para recomendar apoyo continuo.

En relación con el acompañamiento, también se han pronunciado los profesionales entrevistados, fundamentalmente las matronas, quienes consideran imprescindible un apoyo continuo a las mujeres para que pueda considerarse que se presta una atención humanizada:

Yo creo que una cosa que es fundamental cuando tú vienes de parto es: ¿qué es lo que te da más miedo? Lo desconocido. Todos tenemos miedo a lo desconocido, no solo a nivel de partos sino en nuestra vida cotidiana. Vienes a lo mejor un poco asustada, pero empezar una buena relación con el profesional que te va a atender hace que tú vayas adquiriendo confianza en ti y en ese profesional. Hay casos que no son lo mismo, como cuando, por ejemplo, hay una inducción al parto, que requiere que haya dos profesionales... Aun así, cuando haces el paso de guardia intentas estar cinco o diez minutos con ella, hablarle, presentarle, pero evidentemente para mí es importantísimo que haya un profesional por cada parto. (Matrona)

Para mí, humanizar el parto es acompañar a la mujer en todo su proceso, haciéndola la protagonista del parto, no haciendo intervenciones que no sean necesarias, sin perder de vista el objetivo, que es que la madre esté bien y el niño también. Hacer a la mujer la protagonista de su parto, implicarla en todo el proceso y que el acompañamiento sea continuo por una matrona. (Matrona)

La incorporación de nuevas prácticas de atención más centradas en la mujer y sus familias tampoco ha dejado indiferentes a los profesionales. Reconocen que se precisa de un cierto tiempo para transitar desde aquellas prácticas aprendidas durante el período formativo hasta la incorporación de nuevas formas de hacer y pensar la atención:

Bueno, he visto realmente un cambio importante. Yo me formé en el Clínico, y en esa época era cuando justamente empezaban a entrar los padres a acompañar a las mujeres, pero solo los que podían justificar que habían hecho preparación al parto, todas las clases... Y en el momento en que entraba una mujer con aquel documento era como un estorbo, no gustaba que el marido estuviera allá porque esto implicaba un cambio de actitud por parte de los profesionales: mostrar más

respeto, tener que compartir decisiones o explicar. Y, afortunadamente, esto ha cambiado muchísimo. (Matrona)

A mí, como obstetra, me cuesta pensar en realizar cesáreas con las parejas dentro..., pero, bueno, supongo que es porque no estamos habituados, con el tiempo, como otros cambios que hemos vivido, me parecerá normal. (Obstetra)

El respeto a la intimidad y a las creencias y preferencias como seres individuales de las mujeres es otra dimensión de la humanización de la atención durante el parto. Las entrevistas revelan que, en este sentido, aún queda mucho por hacer, que se precisan mejoras:

Sí, aunque todavía queda mucho por hacer, cada vez hay más gente que lo hace, ¿eh?, cada vez hay más gente que sabe lo importante que es que cuando la mujer llegue se le dé la bienvenida, ser educados, corteses, escucharla, hablarle, consensuar... Repito: cada vez hay más gente que lo hace, pero todavía hay gente que no. (Matrona)

Existen dificultades a la hora de procurar respetar la intimidad de las mujeres durante el parto, ya que, según los profesionales, el derecho a la intimidad de estas choca con la función docente de los hospitales. La rutina docente no siempre es compatible con una atención respetuosa y acorde con los deseos de las mujeres:

Yo creo que, aún hoy, las mujeres no tienen la intimidad que ellas querrían, hay demasiados profesionales en formación presentes en los partos. (Matrona)

Cuando entramos a la sala de partos nos presentamos, es verdad que nos acompañan estudiantes y a veces no nos damos cuenta... (Obstetra)

Al analizar qué factores, según los profesionales, han contribuido al proceso de humanización, encontramos que se identifican como facilitadores las demandas de las propias mujeres, que son cada vez más activas.

Muchos cambios han sido producidos sobre todo por las mujeres; los profesionales nos hemos tenido que ir adaptando a sus decisiones. (Obstetra)

Las matronas se han dado cuenta de que tradicionalmente han sido siempre ellas las que han actuado como defensoras de los derechos de las mujeres, pero se han percatado de que simplemente hablando no conseguían un cambio en los protocolos y formas de actuación; sin embargo, la realización de estudios

de investigación relacionados con los resultados de diferentes procedimientos ha permitido aportar datos objetivos y científicos que deben ser adoptados por toda la comunidad de profesionales:

Nosotros los profesionales también hemos ido realizando nuestro trabajo poco a poco. Nos dimos cuenta de que hablando con sentido común no llegábamos a ninguna parte; fue entonces cuando empezamos a hacer estudios con evidencia. (Matrona)

Como dificultades se identifican la resistencia al cambio de los profesionales: los obstetras se sienten responsables de la seguridad en los resultados y la evitación de complicaciones. Por ello, les resulta difícil el cambio hacia una atención menos intervencionista y se resisten a abandonar la práctica medicalizada y fundamentada en el parto como situación de riesgo; también se observan dificultades en el reconocimiento de las competencias de las matronas como profesionales idóneos para la atención al parto normal:

Tenemos que controlar que el parto esté bien, que nada se salga de la normalidad. Si se sale de la normalidad, lo hemos de tratar y hemos de saber explicárselo a las mujeres y ¡a veces a las matronas! (Obstetra)

Es difícil porque, de alguna manera, el paternalismo que se da en los profesionales quizá es por miedo, por miedo de que se invada el espacio. Pero yo creo que esto con el tiempo llegará. Si a mí me hubieran dicho que lo que estoy viviendo ahora a nivel de sala de partos lo vería algún día, no me lo hubiera creído y la verdad es que lo estoy viendo. E, insisto, es un cambio de chip que va a ser muy beneficioso para las generaciones jóvenes. (Matrona)

Yo en principio haría que los obstetras entendieran que el parto no es de nadie. Sobre todo en el parto con bajo riesgo. Y que siempre nos deberíamos poner en el lugar de. Si conseguimos esto veremos que es mucho más fácil el trabajo, que no hay competencias, sino trabajos paralelos y que, en realidad, lo que nosotros queremos es que la mujer participe y lo haga en su propio parto, que es único y que quizá no repita muchas veces. (Matrona)

Los elementos clave identificados coinciden con la revisión de Hodnett et al.⁹ sobre el apoyo a las mujeres durante el parto, que concluye que se deben

9 Hodnett, E. D.; Gates, S.; Hofmeyr, G. J.; Sakala, C. (2013). «Continuous support for women during childbirth». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue n.º 7, Art. n.º COO03766. doi: 10.1002/14651858. CD003766 pub5.

realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que en las salas de parto se ofrezca a las mujeres una relación de confianza, que se disminuya el estrés, que se permita privacidad, que la comunicación sea respetuosa y que se eviten intervenciones habituales que agregan riesgos sin beneficios claros.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Por todo ello se podría concluir que la atención humanizada incluye: apoyo emocional, información acerca del progreso del trabajo de parto y asesoramiento relacionado con técnicas de tratamiento, medidas de alivio del dolor y defensa y ayuda para que la mujer pueda comunicar sus deseos.

La revisión de la literatura científica nos muestra que este tipo de atención mejora la fisiología del trabajo de parto, los sentimientos de control y la competencia de la madre, que todo ello reduce la necesidad de las intervenciones médicas y se correlaciona con mejores resultados perinatales.

Pero, además de las ventajas tanto clínicas como de satisfacción de las mujeres, muchos de los conceptos asociados al proceso de humanización se identifican claramente con el respeto a los principios de la bioética —autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia—, aunque no son percibidos como tales por los profesionales.

Por todo ello es necesario que el parto humanizado se interprete como el parto que por ética y justicia corresponde facilitar, desde el ámbito asistencial, a todas las mujeres, independientemente del modelo de asistencia al parto que decidan o puedan tener.

El debate y la reflexión conjunta entre los profesionales y las mujeres ayudarán, sin duda, a este logro.

Profesionales y cambio en el modelo asistencial al nacimiento: visión desde la neonatología

Francesc Botet Mussons

Hasta mediados del siglo xx los partos tenían lugar en casa, muchas veces sin atención profesional. A partir de los años cincuenta del siglo xx, se desplazaron a centros sanitarios y con ello la mortalidad materna y neonatal se redujo, si bien se acompañó de una tecnificación de la asistencia y de la pérdida de atención a aspectos más emocionales. La asistencia sanitaria, en estos años, se basaba en el principio ético de «beneficencia», con una actitud paternalista. Como consecuencia de la baja mortalidad, se ha perdido la noción real del riesgo del parto y con el paso de los años el principio de «autonomía» del paciente ha adquirido mayor preeminencia. El parto es un proceso complejo en el que el entorno es importante para una vivencia satisfactoria. Los partos fuera del hospital ofrecen una vivencia más positiva pero con mayor riesgo para el recién nacido. Es necesario llegar a una conciliación, buscando un equilibrio entre cuidados que ofrezcan la mayor seguridad prestados en un entorno en el que las parejas puedan tener mayor intimidad y atención personalizada, lo que se traducirá en una vivencia más satisfactoria del parto.

EL PARTO EN EL SIGLO XX

Hasta mediados del siglo xx los partos tenían lugar en los domicilios privados, en la mayoría de los casos atendidos por mujeres, en algunos casos matronas profesionales, aunque en otros eran simplemente mujeres con unos conocimientos básicos basados en las costumbres y la tradición, más que en aspectos técnicos. Era excepcional la atención por parte de un médico general o un especialista. La mortalidad materna y neonatal era alta. A partir de los años cincuenta y sesenta los nacimientos se desplazaron a los centros sanitarios. Con ello la mortalidad materna y neonatal fue reduciéndose de forma progresiva hasta cifras muy bajas a finales del siglo. Si bien este beneficio sobre la reducción de la mortalidad es evidente, la asistencia en clínicas y hospitales llevó a una tecnificación de la asistencia, implantación de estrictas medidas de ase-

sia, aplicación de protocolos basados en conceptos técnicos y a la pérdida de atención a los aspectos más emocionales del parto.

Es evidente que en estos años la asistencia médica se basaba en el principio ético de «beneficencia» con una actitud paternalista en la que la actuación de buena fe y siempre en beneficio del paciente se daba por supuesta. El paciente y su familia eran ignorantes en relación con su salud y el médico tomaba las decisiones que consideraba mejores para ellos.

LA SITUACIÓN ACTUAL

Como consecuencia de la baja mortalidad se ha producido una banalización de los aspectos de atención sanitaria relacionados con el embarazo y el parto, con pérdida de la noción real del riesgo materno y neonatal durante el parto. En los últimos años el principio de «autonomía» del paciente ha ido prevaleciendo en todas las actuaciones vinculadas con la salud y la enfermedad, el paciente tiene más información y quiere tomar sus propias decisiones en lo que concierne a su salud, aunque en algunos casos estas decisiones pueden tomarse sobre informaciones equívocas o tergiversadas, o sin un fundamento científico. El acceso a Internet y a las redes sociales pone al alcance de todo el mundo una gran cantidad de información que no siempre tiene validez desde el punto de vista científico.

El parto vaginal es un proceso natural —y esta es una afirmación absolutamente cierta—, pero en el que se pueden presentar circunstancias imprevisibles, por lo que es necesario establecer una vigilancia adecuada y estar preparados para dar una respuesta a cualquier complicación. La tragedia puede sobrevenir cuando se presenta una de estas complicaciones y no se le puede dar respuesta.

Aún existen grandes diferencias en la mortalidad neonatal entre los países pobres y los países desarrollados. Se calcula que cada año mueren en el mundo 2.600.000 niños anteparto y unos 3.000.000 de recién nacidos durante el parto, por causas directamente relacionadas con el nacimiento. La mayoría de estas muertes son por anoxia, hemorragias e infecciones. La mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto a los ODM, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, pero desde 1990 la mortalidad materna ha disminuido solo en un 45%, por lo que este objetivo no se alcanzará hasta el año 2020, es decir, unos quince años más tarde de lo previsto. Hay grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud entre países ricos y pobres y también hay gran-

des disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana. Con el objetivo de reducir la mortalidad materna y neonatal la Organización Mundial de la Salud (OMS) reclama que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el nacimiento. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.¹

El parto en la especie humana es un proceso mucho más complejo que en otros mamíferos. El entorno, la intimidad, el soporte emocional que puede tener la parturienta son elementos muy importantes para tener una vivencia satisfactoria de este proceso. Además, el inicio de la lactancia materna no depende exclusivamente de factores hormonales y está sometido a la influencia de hábitos, costumbres y tradiciones en los que los aspectos culturales tienen tanta o más importancia que los fisiológicos. El establecimiento del vínculo materno-filial es también un proceso mucho más complejo. En los mamíferos viene regulado básicamente por la presencia de oxitocina y prolactina, persiste con la lactancia y desaparece con el destete. En los humanos existen otros elementos y el vínculo persiste después de la lactancia.^{2,3}

La figura del padre también se ha implicado progresivamente en los últimos años en todo el proceso del embarazo y del parto. Participa cada vez más en los cuidados de la gestante, en el parto y, después, en el cuidado de los hijos, funciones de las que ha estado apartado tradicionalmente y en las que en la actualidad tiene un papel más activo.

Los partos fuera del hospital, en lugares alternativos, ofrecen algunas ventajas para la madre, como el menor empleo de analgesia o anestesia intraparto, mayor número de partos vaginales espontáneos, una más elevada incidencia de lactancia materna a las 6-8 semanas y una vivencia más positiva del proceso de parto. Parece que no hay un efecto importante en la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, aunque hay pocos estudios, con un número de casos muy reducido.⁴

1 Nota descriptiva n.º 348. Noviembre de 2015. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/ (consulta: 28 diciembre 2015).

2 Patterson, D. A.; Winslow, M.; Matus, C. D. (2008). «Spontaneous vaginal delivery». *Am Fam Physician*, n.º 78, pp. 336-341.

3 Thulier, D.; Mercer, J. (2009). «Variables associated with breastfeeding duration». *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, n.º 38, pp. 259-268.

4 Hodnett, E. D.; Downe, S.; Walsh, D. (2012). «Alternative versus conventional institutional settings for birth». *Cochrane Database Systematic Reviews*, vol. 15, n.º 8, CD000012. doi: 10.1002/14651858.

En los partos en casa también hay una menor tasa de intervenciones sanitarias dirigidas a la madre y se describen menos complicaciones en la salud materna, pero en la literatura se refiere, en general, un mayor riesgo para el recién nacido, con el doble de mortalidad neonatal a causa de anoxia y fallo en la reanimación,^{5,6,7,8} aunque cuando se selecciona estrictamente a las gestantes de bajo riesgo la mortalidad es equivalente.⁹ En Europa existe una mayor tradición y frecuencia de partos en casa en algunos países, especialmente en Holanda y el Reino Unido. Algunos trabajos refieren una mayor mortalidad por anoxia en recién nacidos sin malformaciones¹⁰ y otros arrojan resultados similares en mortalidad neonatal en ambos grupos.¹¹ Aunque en estas publicaciones las series son también de pocos casos, con un sesgo importante en la población estudiada que desea este tipo de parto y son gestaciones de bajo riesgo. En países con escasa tradición de partos en casa, la morbilidad por asfixia intraparto y la mortalidad secundaria pueden ser incluso mucho más frecuentes. En un estudio realizado en Australia se ha comprobado que el riesgo de muerte neonatal es siete veces superior en los partos programados inicialmente en casa y la incidencia de asfixia es mucho mayor, en general por una mala identificación del riesgo materno-fetal.¹²

5 Malloy, M. H. (2010). «Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004». *J Perinatol*, n.º 30, pp. 622-627.

6 Wax, J. R.; Lucas, F. L.; Lamont, M.; Pinette, M. G.; Cartin, A.; Blackstone, J. (2010). «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis». *Am J Obstet Gynecol*, vol. 203, n.º 3, 243.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.028.

7 Cheng, Y. W.; Snowden, J. M.; King, T. L.; Caughey, A. B. (2013). «Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States». *Am J Obstet Gynecol*, vol. 209, n.º 4, 325.e1-8.

8 Snowden, J. M.; Tilden, E. L.; Snyder, J.; Quigley, B.; Caughey, A. B.; Cheng, Y. W. (2015). «Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes». *N Engl J Med*, n.º 373, pp. 2642-2653.

9 Cheyney, M.; Bovbjerg, M.; Everson, C.; Gordon, W.; Hannibal, D.; Vedam, S. (2014). «Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009». *J Midwifery Womens Health*, n.º 59, pp. 17-27. doi: 10.1111/jmwh.12172.

10 Evers, A. C.; Brouwers, H. A.; Hukkelhoven, C. W.; Nikkels, P. G.; Boon, J.; Van Egmond-Linden, A. et al. (2010). «Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study». *BMJ*, n.º 341, c5639. doi: 10.1136/bmj.c5639.

11 Wiegerinck, M. M.; Van der Goes, B. Y.; Ravelli, A. C.; Van der Post, J. A.; Klinkert, J.; Brandenbarg, J.; Buist, F. C.; Wouters, M. G.; Tamminga, P.; Jonge, A. de; Mol, B. W. (2015). «Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Amsterdam region of the Netherlands: A retrospective cohort study». *Midwifery*, n.º 31, pp. 1168-1176. doi: 10.1016/j.midw.2015.08.007.

12 Kennare, R. M.; Keirse, M. J.; Tucker, G. R.; Chan, A. C. (2010). «Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes». *Med J Aust*, n.º 192, pp. 76-80.

EL CONTROL DE LOS RIESGOS

El recién nacido, durante el proceso del parto, se ve sometido, de forma fisiológica, a presiones físicas realmente elevadas, que en algún caso pueden ocasionar traumas físicos de los que se deriven alguna fractura o estiramiento de plexos nerviosos con paresia o parálisis braquial. Pero, además, puede sufrir agresiones por situaciones de hipoxia o isquemia. El efecto nocivo de fármacos administrados a la madre es más dudoso especialmente a medio o largo plazo. Por otra parte, es muy difícil relacionar y evaluar los efectos de diversas circunstancias alrededor del parto a largo plazo.

Pero en nuestro entorno algunas gestantes rechazan la atención sanitaria o cuidados del recién nacido aceptados como estándares por los especialistas, basándose muchas veces en información seudocientífica o no contrastada, por la banalización del riesgo. Esta actitud puede plantear un problema ético por la prevalencia del principio de autonomía de la madre versus el de justicia hacia el recién nacido, con una actitud paternalista (¿maternalista?) por parte de la madre, en el que el principio de beneficencia se da por supuesto.

Es necesario llegar a una reconciliación entre ambas actitudes, buscando un equilibrio entre los cuidados que ofrezcan la mayor seguridad para la madre y el recién nacido por una parte, pero en un entorno en el que las parejas puedan tener una vivencia más satisfactoria del parto, con una mayor intimidad y atención más personalizada. Esto se puede conseguir incluso en el ámbito hospitalario, con programas menos intervencionistas que brinden la posibilidad a los padres de disfrutar esta vivencia, pero que al mismo tiempo permitan una vigilancia adecuada y dar respuesta a situaciones imprevistas.

Salutogénesis: maternidad y experiencia coherente de vida

Victoria Morín Fraile

La vivencia de una maternidad con sentido de coherencia no es únicamente una construcción individual, sino que se desarrolla en contacto con las personas significativas durante dicho proceso. Las mujeres desarrollan sus activos de salud si establecen relaciones interpersonales en entornos que les permiten comprender lo que ocurre a su alrededor y manejarlo de manera que tenga sentido para sus vidas. El proceso de embarazo y parto puede ser vivido con sentido de coherencia si las matronas, como elementos contextuales de dicho proceso, acompañan y prestan cuidados a las mujeres, respetando sus deseos en cada momento y ayudándolas a vivir de forma positiva la experiencia de la maternidad.

INTRODUCCIÓN

La primera idea que me gustaría expresar es que la maternidad es un proceso trascendente en la vida de las mujeres, que debe poder vivirse de forma positiva y en el que los profesionales de la salud, sobre todo las matronas, desempeñen un papel decisivo. Los planteamientos del modelo salutogénico y el de activos de salud pueden configurarse como orientadores en el desarrollo de dicho papel. Desde la perspectiva sanitaria, no se puede entender la maternidad sino como un proceso natural y así, adquiere pleno sentido el enfoque de promoción de la salud.

Por ello, la presente conferencia se desarrolla a través de tres ejes:

- 1) La idea de promoción de la salud, el concepto, de dónde surge y qué características tiene.
- 2) El enfoque de la promoción de la salud a través del modelo salutogénico y el modelo de activos de salud.
- 3) Las implicaciones que estos modelos pueden tener en la experiencia de la maternidad y el nacimiento.

LA IDEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

La práctica sanitaria, hasta no hace muchos años, ha dirigido la atención a desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad. La detección precoz, como medida de prevención secundaria, es extremadamente importante, pero está basada en un modelo de atención centrado en la enfermedad.¹ La promoción de la salud y la prevención primaria, por otra parte, han mostrado beneficios sustanciales en la mejora de la calidad de vida y en la longevidad de las personas. En contraste con la prevención secundaria, la promoción y la prevención primaria se basan en modelos comportamentales o sociopolíticos de los cuidados de salud y no en la perspectiva patogénica. El objetivo de mejorar el bienestar de la población es mayormente asumible si se enfatiza la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo de la vida.²

En el informe de la OMS que lleva por nombre *La Atención Primaria de salud: más necesaria que nunca*, se enfatiza la necesidad de que la Atención Primaria participe de las propuestas relacionadas con la promoción de la salud en las personas de diferentes grupos de edad. De igual manera se planteó la conveniencia de combinar estrategias de intervención para abarcar los múltiples condicionantes de la misma.³

Uno de los elementos que cabe considerar al desarrollar propuestas que promuevan la salud es que la atención orientada a las personas, de forma individual, es necesaria pero insuficiente, sobre todo en lo referente a determinadas conductas, que son adquiridas en el entorno de la comunidad en un contexto determinado. Este entorno engloba las instituciones sociales, los recursos de la comunidad y las relaciones sociales. Cabe tener presente que el contexto en el que las personas viven, trabajan y estudian es importante para la promoción de la salud. De igual manera, aspectos como el género, la cultura y las políticas sociales pueden considerarse como ejemplos de macroinfluencias

1 Porta, M.; Hernández, I. (2007). «¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención». *EIDON*, n.º 24, pp. 6-11.

2 *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (1986). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.org.

3 *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca* (2008). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/whr/2008/es.

que condicionan los riesgos para la salud.⁴ El conocimiento de estos factores es necesario para crear un contexto medioambiental en el que los potenciales riesgos sean reducidos,⁵ pero, además, se requiere de las habilidades para poderlos manejar y modificar de modo que contribuyan al bienestar de las personas.

Por todo lo comentado, se advierte como importante ampliar la visión de la promoción de la salud hacia un encuadre en el que a la dimensión individual se añada la comunitaria, ya que las intervenciones comunitarias tienen el potencial de desarrollar cambios en la población.⁶ Los modelos comunitarios de promoción de la salud se basan en cuatro asunciones:⁷

- 1) Las comunidades forman comportamientos individuales, a través de valores y normas.
- 2) Las comunidades pueden movilizarse para cambiar conductas individuales, legitimando aquellas que son deseables y cambiando el entorno para facilitar nuevos comportamientos.
- 3) La participación de los líderes de la comunidad es crucial para el empoderamiento de la misma.
- 4) Los miembros de la comunidad deben tener sentido de la responsabilidad y capacidad de control sobre lo que acontece, participando para promover cambios positivos.⁸

Este enfoque de intervenciones sobre la comunidad para mejorar la salud de las personas es el que se propone en los modelos ecológicos comunitarios.

4 Rhodes, R. E.; Plotnikoff, R. C.; Courneya, K. (2008). «Predicting the physical activity intention-behavior profiles of adopters and maintainers using three social cognition models». *Annals of Behavioral Medicine*, n° 36, pp. 244-252.

5 Pender, N. J.; Murdaugh, C.; Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6.ª ed. New Jersey: Pearson Education.

6 Green, L. W.; Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill Higher Education.

7 Minkler, M.; Walerstein, N. B.; Wilson, N. (2008). «Improving health through community organization and community building». En: Glanz, K.; Rimer, B. K.; Viswanath, K. (ed.). *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey Bass, pp. 279-311.

8 Minkler, M. (2000). «Health promotion at the dawn of the 21st century: Challenges and dilemma». En: Jamner, M. S.; Stokols, D. (ed.). *Promoting Human Wellness*. Berkeley: University of California Press, pp. 349-377.

EL ENFOQUE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL MODELO SALUTOGÉNICO Y EL MODELO DE ACTIVOS DE SALUD

La finalidad de las actividades de promoción de la salud es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable y, para ello, la clave está en que las personas aprendan a reflexionar sobre las opciones existentes en función de las situaciones que ocurren en sus vidas, sacando provecho de las que generan salud, las que mejoran la calidad de vida y las que desarrollan el sentido de coherencia.⁹ En este orden de cosas, las intervenciones de los profesionales, basadas en aproximaciones comunitarias para promover la salud y prevenir la enfermedad, se han ido incrementando en la medida en que se ha ido comprendiendo la compleja etiología de los problemas de salud, las relaciones entre el individuo y su entorno y las limitaciones de focalizar solo en las conductas individuales para promover la salud.¹⁰

El marco que sirve de referencia en el ámbito de la promoción de la salud, desde la conferencia de la OMS en Ottawa en 1986, es el modelo salutogénico de Antonovsky, un modelo centrado en la óptica no patogénica, que proporciona una visión de salud positiva.¹¹ Este deriva del conocimiento desarrollado desde las ciencias sociales y de la salud pública. Se centra en dar valor a lo que, posteriormente, se ha denominado «activos para la salud». Se presenta como paradigma para la investigación y la práctica y se centra en la resolución de problemas, la identificación de los recursos para una salud positiva y la capacidad de las personas para orientar sus vidas.¹² El enfoque de salud positiva en la promoción de la salud se entiende como aquello que hacen las personas, las familias y la comunidad para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla.¹³ Esta perspectiva reorienta el enfoque hacia los

9 Rivera, F.; Ramos, P.; Moreno, C.; Hernán, M. (2011). «Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud». *Revista Española de Salud Pública*, n.º 85, pp. 129-139.

10 Pender, N. J.; Murdaugh, C.; Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6.ª ed. New Jersey: Pearson Education.

11 Antonovsky, A. (1996). «The salutogenic model as a theory to guide health promotion». *Health Promotion International*, n.º 11, pp. 11-18.

12 Lindström, B.; Eriksson, M. (2010). «A salutogenic approach to tackling health inequalities». En: Morgan, A.; Ziglio, E.; Davies, M. (ed.). *Health Assets in a Global Context*. New York: Springer, pp. 17-39. doi: 10.1007/978-1-4419-5921-8.

13 Hernán, M. (2012). «Actius per a la salut i salutogènesi: emergents en Salut Pública». Càtedra de Promoció de la Salut. Disponible en: www.udg.edu/catedres/PromociodelaSalut/Butlleti/Reculldar

activos de salud de las personas y la comunidad en la medida en que potencian sus propios recursos.¹⁴

Aunque los indicadores de mortalidad y morbilidad continúan siendo unos indicadores de salud muy utilizados, la evidencia muestra que los factores sociales del contexto donde viven las personas determinan su bienestar y calidad de vida. Desde esta perspectiva positiva del modelo salutogénico, se enfatizan, además, como indicadores de salud, las fortalezas, los recursos, las potencialidades y las capacidades de los individuos y grupos, asumiendo, por tanto, que hay maneras complementarias de considerar estos indicadores.¹⁵ La salud, por consiguiente, no puede ser separada de las condiciones de vida, del barrio donde se vive, de las relaciones sociales, de la alimentación, del trabajo, de los estilos de vida, etcétera, ya que todos ellos pueden influir positiva o negativamente en ella.¹⁶

La perspectiva salutogénica nace de los estudios que plantean de qué manera las personas logran mantenerse sanas a pesar de estar expuestas a factores perjudiciales.¹⁷

Estos estudios tienen su origen en los trabajos de Antonovsky. Este autor fue un médico interesado en la sociología que participó en la Segunda Guerra Mundial en el bando estadounidense. En los años sesenta emigró a Israel y trabajó en el Departamento de Medicina Social de la Universidad Hebrea de Jerusalén, donde comenzó a desarrollar su modelo salutogénico. Uno de sus estudios más importantes fue el realizado con mujeres que habían estado recluidas en campos de concentración. El grupo de mujeres supervivientes estudiadas, aunque sufrían significativamente más signos de enfermedad que las mujeres del grupo control, alegaban tener relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas. Antonovsky se preguntó cómo pudieron mantener una buena salud mental a pesar de sus terribles experiencias. Lo importante de este planteamiento es la propia forma de formular la pregunta, es decir, se plantea en positivo, interesa identificar por qué y cómo es que se man-

articles/tabid/18712/Article/491/language/ca-ES/Actius-per-a-la-Salut-i-Salutogenesi-emergents-en-Salut-Publica.aspx.

14 Rivera, F.; Ramos, P.; Moreno, C.; Hernán, M. (2011). «Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud». *Revista Española de Salud Pública*, n° 85, pp. 129-139.

15 Ídem.

16 *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (1986). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.org.

17 Lindström, B.; Eriksson, M. (2010). «A salutogenic approach to tackling health inequalities». En: Morgan, A.; Ziglio, E.; Davies, M. (ed.). *Health Assets in a Global Context*. New York: Springer, pp. 17-39. doi: 10.1007/978-1-4419-5921-8

tiene la salud, no las formas en las que se pierde la misma. Antonovsky se planteó las siguientes preguntas, todas ellas en positivo:

- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a influencias perjudiciales?
- ¿Cómo hacen las personas para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de estar sometidas a la tensión más extrema?

La idea que intento resaltar es que este planteamiento posibilitó un cambio de perspectiva en la investigación del autor y en las investigaciones posteriores en el ámbito de la salud pública.

Antonovsky propuso entender la salud como un proceso inestable de autorregulación activa y dinámica. Como sistema que es, tiene tendencia al desequilibrio, a la desorganización y posee la capacidad de reordenarse de nuevo. Por consiguiente, la pérdida y recuperación de la misma se interpreta como un proceso natural de la vida. Este planteamiento proporciona una importante perspectiva a través de la cual se pueden entender qué aspectos resultan favorables y positivos para el mantenimiento del continuo salud-enfermedad, en el que las personas se sitúan en diferentes puntos en diversos momentos de su vida, sin llegar a tener el máximo de una ni de otra.

Los conceptos fundamentales de la teoría de Antonovsky son los recursos generales de resistencia (RGR) y el sentido de coherencia (SOC). Los primeros son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos RGR son los hábitos de salud, la autoestima, los conocimientos, el dinero, la experiencia, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia y la visión de la vida. Si las personas tienen estos recursos a su disposición o en su entorno, ello contribuye a una mejor disposición para afrontar la vida. Sin embargo, aparte de poseer estos recursos, lo importante es contar con la capacidad para utilizarlos¹⁸ y que ello contribuya a dar sentido a la propia vida. Este aspecto queda expresado, en la teoría de Antonovsky, a través del concepto de «sentido *de* coherencia». Tres componentes integran el SOC:

¹⁸ Rivera, F.; Ramos, P.; Moreno, C.; Hernán, M. (2011). «Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud». *Revista Española de Salud Pública*, n.º 85, pp. 129-139.

- 1) La comprensibilidad (dimensión cognitiva), la capacidad de la persona para entender su vida y la forma como se sitúa en ella.
- 2) La manejabilidad (dimensión instrumental o comportamental), tener la capacidad de manejarse en la propia vida.
- 3) La significatividad (dimensión afectiva), apreciar que la propia vida tiene sentido y está orientada a lo que se desea.

La utilización óptima de los RGR conlleva a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de niveles altos de SOC, es decir, aumenta la capacidad de percibir que se es capaz de manejar cualquier situación independientemente de lo que está sucediendo en la vida.

El modelo salutogénico ofrece una perspectiva compleja pero más completa de los procesos que subyacen al mantenimiento y recuperación de la salud, ya que combina el SOC y los RGR.¹⁹

Cabe señalar que otros enfoques han ahondado en el modelo salutogénico, le han añadido valor a los conceptos originarios y se han convertido en su evolución natural. Es el caso del modelo de activos de salud (MAS) desarrollado por Morgan y Ziglio, que integra las ideas preexistentes y favorece un enfoque más sistemático en el desarrollo de soluciones para la salud, lo que facilita la aplicabilidad del modelo.^{20,21,22} La explicación de este modelo excede los objetivos de la presente ponencia, pero valga indicar ahora el paralelismo entre el concepto «activos de salud» con el concepto de RGR del modelo salutogénico. Así, se considera que los activos de salud más importantes son aquellas habilidades y competencias que permiten transitar las dificultades de la vida. Su adquisición comienza durante la infancia y se acopian en cada fase de la existencia, de manera que cuantas más posibilidades tenga una persona a lo largo de su vida de experimentar y acumular los efectos positivos de una serie de activos, mayores serán las posibilidades de lograr objetivos de salud.

19 Lindström, B.; Eriksson, M. (2005). «Salutogenesis». *Journal of Epidemiology and Community Health*, n.º 59, pp. 440-442.

20 Morgan, A.; Ziglio, E. (2007). «Revitalising the evidence base for public health: an assets model». *Promotion and Education*, n.º 2, pp. 17-22.

21 Morgan, A.; Hernan, M.; Ziglio, E. (2011). «Young people and health: social capital for the assets model today». *Advanced Seminar: Health promotion, health assets and salutogenesis —experiences in Andalusia and Europe*, Jan 27-28; Granada: Escuela Andaluza Salud Pública, pp. 27-28.

22 Morgan, A.; Davies, M.; Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.

IMPLICACIONES DE ESTOS MODELOS EN LA EXPERIENCIA DE LA MATERNIDAD Y EL NACIMIENTO

En este sentido adquiere relevancia el papel que pueden desempeñar las matronas en la adopción de modelos de cuidados y el desarrollo de prácticas de cuidado en el proceso de la maternidad y el parto con esta base referencial. Pasamos ahora a ver qué implicaciones pueden tener estos modelos en la experiencia de la maternidad y el nacimiento.

Prestar cuidados con un enfoque basado en los activos significa que se trabaja desde lo que las mujeres desean con respecto a su maternidad y desde lo que ellas mismas son capaces de desarrollar. La perspectiva de los activos de salud contempla que los individuos, las familias, las comunidades y las organizaciones tienen la capacidad, las habilidades, los conocimientos, las conexiones y el potencial para desarrollarse en una dirección positiva. De igual manera, Pender²³ identifica el potencial de los profesionales de la salud para ayudar a las personas a tener percepciones positivas en el desarrollo de algunos procesos y de la importancia que tiene el tomar conciencia de ellas, para afrontarlas de forma positiva. Para el desarrollo de algunas conductas (por ejemplo, la participación en las sesiones de preparación al parto) es importante ayudar a que la persona perciba los efectos que estas tienen sobre su bienestar y salud. Sería como *ayudar a ver, ayudar a percatarse* de lo bueno que ofrece la conducta, del valor de *haber sido capaz* de realizar un proceso.

Partiendo de los referentes anteriores, vamos a intentar vislumbrar cómo los supuestos del enfoque salutogénico pueden expresarse en la atención a la maternidad y al nacimiento.

Una primera idea es que las mujeres tienen el potencial necesario para desarrollar su propia maternidad y el cuidado de sus hijos desde el mismo momento del parto. Esta capacidad es considerada un activo de salud en las mujeres, es producto de su instinto y de su formación, y puede ser complementada por la ayuda y apoyo que reciben de la propia familia, de la comunidad, de las organizaciones, de los profesionales...

Un segundo aspecto sería que hay un conjunto de determinantes de la salud que condicionan el bienestar de las madres y un nacimiento bueno. Favorecer una maternidad saludable requiere de:

23 Pender, N. J.; Murdaugh, C.; Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6.ª ed. New Jersey: Pearson Education.

- 1) Servicios de salud con orientación salutogénica.
- 2) Contexto socioeconómico favorable.
- 3) Entorno físico saludable: casa, trabajo, escuelas, comunidad...
- 4) Hábitos personales y estilo de vida saludable. Todas las conductas del estilo de vida que favorecen la salud también favorecen una maternidad saludable. Cabe aquí indicar que una alimentación adecuada, un descanso óptimo, la realización de actividad física de forma regular y muchos otros aspectos contribuyen a facilitar una experiencia positiva de la maternidad.
- 5) Capacidad individual de las mujeres para controlar y dirigir la propia vida, para adaptarse a las circunstancias, para modificarlas, para aprender y empoderarse.

Inciendo en esta última idea, el concepto de «manejabilidad», anteriormente citado, referido a la capacidad de dirigir la propia vida utilizando los recursos internos y externos, tiene que ver con el valor de la autonomía y con otros valores como la responsabilidad, la solidaridad y la confianza. Todos ellos se engloban en el concepto de «autonomía relacional», surgido a partir de los planteamientos de la ética del cuidado abordados por Carol Gilligan.²⁴ La perspectiva salutogénica estaría en la línea de la ética del cuidado si se reconoce que los activos de salud de las mujeres durante el proceso de maternidad se construyen en relación con las personas importantes en su vida. Desde este enfoque, la vivencia de una maternidad con sentido de coherencia no es únicamente una construcción individual, sino que se desarrolla de la misma manera, es decir, en contacto con las personas significativas durante dicho proceso. Las mujeres desarrollan sus activos de salud si establecen relaciones interpersonales en entornos que les permiten comprender lo que ocurre a su alrededor y manejarlo de manera que tenga sentido para sus vidas. El proceso de embarazo y parto puede ser vivido con sentido de coherencia si las matronas, como elementos contextuales de dicho proceso, acompañan y prestan cuidados a las mujeres, respetando sus deseos en cada momento y ayudándolas a vivir positivamente la experiencia de la maternidad.

Para concluir, considero que aplicar estos planteamientos al pensamiento y a la práctica de las matronas sería el modo, a mi entender, de contribuir a una

²⁴ Gilligan, C. (1977). «In a different voice: Woman's conceptions of self and morality». *Harvard Educational Review*, n.º 47, pp. 481-517.

maternidad buena y un nacimiento bueno. Los profesionales precisan avanzar en la comprensión de modelos orientados en las perspectivas anteriores, en cuanto que guían las formas de pensar y de actuar hacia estilos profesionales que posibiliten una mayor consideración de las necesidades individuales y de la relación interpersonal con las mujeres.

**IMÁGENES DE LA MATERNIDAD:
REPRESENTACIÓN SOCIAL,
MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TIC**

Las autorrepresentaciones del parto. Una experiencia vivencial: «Altres naixements»

Serena Brigidi
Laura Cardús Font
Marta Ausona Bieto

En 2015 presentamos *Altres naixements*, una exposición realizada con la finalidad de analizar las percepciones sobre el parto de niños y niñas de tres a diez años: dibujos con representaciones extremadamente medicalizadas en su mayoría, incluso cuando el/la artista había nacido de forma fisiológica. En algunos casos, el parto no existe, pasando del estado de embarazo de la madre al bebé ya separado fuera del útero. Estos nos hicieron plantear diversas cuestiones: ¿hablamos con nuestros hijos sobre cómo han nacido? ¿Cómo estamos representando el parto? ¿Qué papel tiene la endoculturación en la construcción de esta representación?

En este artículo presentamos cómo se realizó la recogida de imágenes mediante las redes sociales, las dificultades para llevarla a cabo y los límites del muestreo. Asimismo, se introduce una reflexión en torno a los recursos audiovisuales presentes en las pantallas españolas y su papel formativo en el imaginario social sobre el parto.¹

INTRODUCCIÓN

En otoño, mis hijos mayores me preguntaron: «¿Qué podemos dibujar ahora?» y yo, espontáneamente, les contesté: «El parto, el de vuestra hermana o el vuestro... la mama que da la teta... o algo así». Lo que empezaron a producir, o mejor dicho, reproducir, me asombró tanto que pensé primero en compartirlo con mis compañeras de MATER y, después, investigar más sobre el tema: ¿cómo dibujan los niños su parto?, ¿o el de hermanos, hermanas, primos y

¹ Las autoras habían usado la forma «hijxs, niñxs, etcétera» para referirse a los dos sexos. En esta edición se ha optado por el uso del masculino genérico en todo el texto para facilitar la lectura y porque el lenguaje no permite otras formas de expresión.

primas?, ¿cómo han conocido su nacimiento y en qué términos? Y sobre todo: ¿por qué reproducen partos muy medicalizados?



Imagen I. Gaia, seis años. Cesárea programada en un hospital público. Parto de mellizos.

Mis hijos, a pesar de vivir en un ambiente caracterizado por un activismo social en temas de género y atento al proceso de embarazo, parto y crianza, y de haber vivido el parto de la hermana hasta a los 6 centímetros de dilatación en casa y con mi alta hospitalaria precoz a las pocas horas del parto, dibujaron partos realizados en ambiente médico con bisturís, instrumentales, barrigas cortadas y una mujer sola, siempre en litotomía (véanse las imágenes I y II).

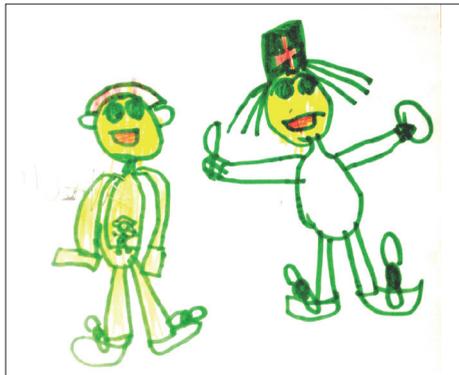


Imagen II. Dídac, seis años. Aquí representa el parto de su hermana, nacida por vía vaginal, en cuchillas, con el soporte de dos comadronas (no representadas), optando por insertar la figura del cirujano con bisturí.

EL «CALL FOR DIBUJOS» Y LA METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE LOS DIBUJOS

Después de los dibujos, en otoño, las compañeras de MATER nos reunimos a punto de llegar la temporada de Navidad. Una charla inspirada y creativa nos permitió engendrar la idea de este proyecto y, envueltas de la mitología cristiana, se nos ocurrió que era idóneo hablar de «otros nacimientos», más allá del nacimiento universalmente más contado y que da sentido a las fiestas navideñas. A partir de este punto, organizamos un *Call for dibuixos* en las redes sociales, en particular Facebook y Twitter de la Asociación MATER. Observatori de les Maternitats i Paternitats Contemporànies,² de la cual las tres autoras son fundadoras. La finalidad consistía en analizar las percepciones en torno al parto que tienen los niños y las niñas de entre tres y diez años. Con este motivo recogimos dibujos sobre los nacimientos (propios y de otros) durante unos meses, que se realizaron sin más consigna que el tema y con técnica libre (pidiendo expresamente a los adultos que no dirigiesen el trabajo expresivo de los y las artistas). En total recibimos dieciocho dibujos y una obra en papel maché.³ En este contexto reproducimos quince obras identificadas por un número romano, el nombre propio de los niños, la edad y algunos detalles del parto ofrecidos por los padres.



Imagen III. Obra de Raimon, siete años.

² Véase www.facebook.com/materobservatorimpaternitatscontemporanies, grupo de investigación en forma de asociación compuesto por tres académicas de diferentes universidades interesadas en el estudio, divulgación y trabajo colaborativo con el tejido social en relación con las maternidades y paternidades.

³ Dos de estos no los expusimos, uno porque la niña no quiso, el otro por ser muy parecido al anterior. La escultura tampoco pudimos presentarla debido a la dificultad de crear un espacio seguro para exponerla, pero sí que añadimos aquí una fotografía.

Inicialmente, pusimos una fecha de entrega del dibujo, que debía ser enviado por correo postal a la sede física de MATER, en Barcelona. Casi al término del plazo establecido tuvimos que ampliar los tiempos y cambiar las formas de envío a causa de la falta de participación: solo recibimos un par de dibujos. Diversas familias nos comentaron que encontraban incómodo el envío por correo postal. A pesar de que la idea era extender el *Call for dibujos* por todo el territorio español, no reconocimos que la entrega «a mano» era efectivamente más cómoda y económica para las familias. Además, la consigna de dibujo libre con un plazo de entrega era contradictoria: podía confundir a los niños y manipular de alguna forma su espontaneidad creativa.

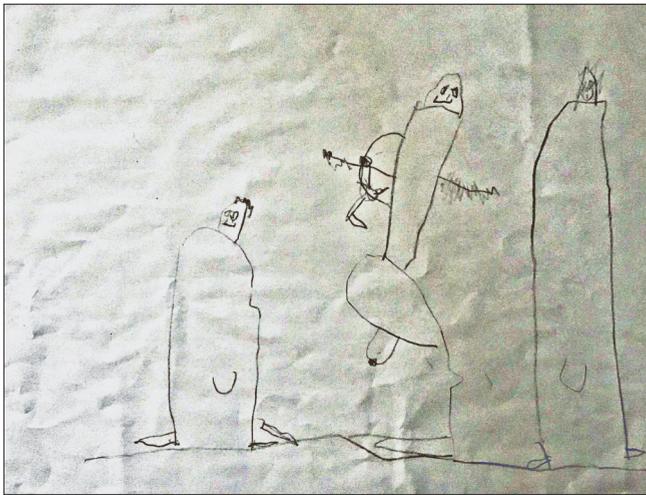


Imagen IV. Arturo, tres años. Nacido por parto vaginal en un hospital público. Prostaglandinas, oxitocina sintética y epidural. Episiotomía con lesión del esfínter. Uso de espátula. La madre narra violencia física y psicológica debido a los procedimientos utilizados y al hecho de que la matrona hablaba «de esto y de lo otro» con las compañeras.

Así, a nivel metodológico, el muestreo se vio reducido a las personas con las cuales había un contacto personal: compañeros de escuela de nuestros hijos, amigos, trabajo y el mundo de las asociaciones con las que colaboramos. Una de nuestras preocupaciones era que el haber difundido el *Call for dibujos* en las redes sociales habría podido sesgar notablemente la representación de los niños. Esta preocupación se acentuó más cuando reducimos los participantes a partir del método de bola de nieve: delimitarlos a personas conocidas o amigos de amigos, pensábamos, significaba recibir solo representaciones de partos vagi-

nales, muchos de estos realizados en casa, acompañados por matronas, es decir, un espejo de la comunidad cerrada virtual y no en la que vivimos. Ello es debido a que las redes sociales crean agrupaciones según una orientación política, ideológica y vinculadas con nuestro activismo social —«Internet crea guetos políticos de los que ya están bien informados; afianza las desigualdades que existen *offline*»—.⁴ Sin embargo, en nuestro caso, como veremos, sorprendentemente no sucedió.

Además del dibujo, las familias debían entregar un documento de consentimiento informado firmado en el cual, por una parte, se explicaba a los padres/madres/tutores que los datos facilitados eran confidenciales y que en cualquier momento podían rectificar, cancelar y oponerse al tratamiento de dichos datos. Por otra, al firmar dicho documento de consentimiento informado los tutores accedían a la posibilidad de exponer el dibujo de sus hijos en un certamen colectivo y permitían el uso de este para fines científicos y didácticos. En este documento se pedía un breve relato del nacimiento del artista (o de lo que había dibujado).

EXPO «ALTRES NAIXEMENTS»

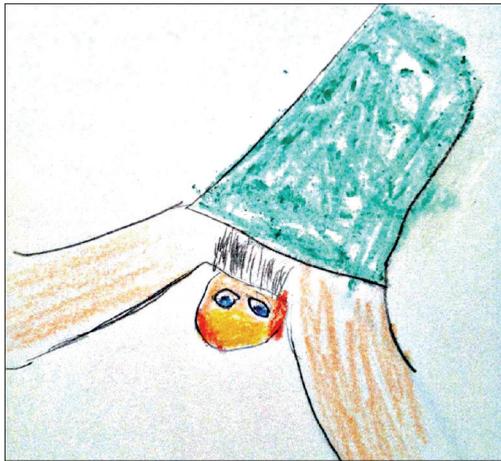


Imagen V. Cinto, siete años. Nacido en parto por cesárea de emergencia. Su hermano pequeño (dibujo VII), sin embargo, fue un parto vaginal espontáneo y quizá esta es la causa de esta representación de un parto fisiológico.

⁴ Véase <http://ctxt.es/es/20151230/Politica/3518/internet-redes-sociales-informaci%C3%B3n-Hacked-Off-Comunicaci%C3%B3n-Entrevistas.htm> (consulta: 22 de enero de 2016).

Para nuestra sorpresa, a pesar de tener un muestreo sesgado, los dibujos recibidos representaban partos instrumentales, cesáreas, profesionales de la salud y hospitales, como se aprecia, por ejemplo, en las imágenes I, II, VIII, XI. Es decir, contradecían nuestras hipótesis de partida. Incluso niños que habían nacido en partos vaginales, en casa, atendidos solo por matronas según los relatos de parto, acababan representando partos medicalizados, como en el caso de María o Feliu (imágenes VI y VII, respectivamente).

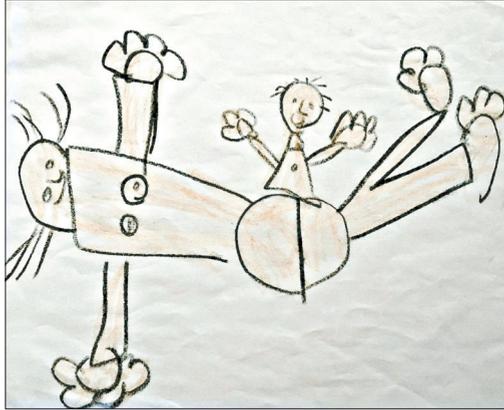


Imagen VI. María, seis años. Parto vaginal, instrumental. Representa una cesárea con ella misma que sale de la barriga



Imagen VII. Feliu, tres años. Parto vaginal.

Encontramos interesante exponer en un bar porque creemos que estas son temáticas de género de interés general que tienen que ver con la educación y la salud pública. Pensamos que si limitáramos la Expo al ámbito privado o dentro de estos guetos de activismo social el significado quedaría invisibilizado y reducido a las personas ya sensibilizadas en torno a cuestiones como: autonomía, privacidad, libertad de movimiento y posibilidad de elección de las mujeres durante el parto. Nuestra idea era llamar la atención sobre *otras formas de nacer*, sobre cómo lo dibujan los niños, cómo les explicamos qué ha ocurrido, atribuyendo también importancia a la transmisión transgeneracional: abuela, madre, hija.⁵



Dibujo VIII. Marco, seis años. Parto vaginal realizado en litotomía. Hospital público.

Encontramos el lugar idóneo: el bar Virreina, en Barcelona. Es un bar histórico, muy frecuentado por un público extremadamente diversificado según las horas del día (trabajadores, turistas, jóvenes y habituales).

Extendimos la invitación por las redes sociales. Finalmente, inauguramos el 14 de abril a las seis y media de la tarde.⁶ Dimos una charla informal, y hubo un pica-pica ofrecido por el bar Virreina.

⁵ Sobre esta cuestión: Cardús, L. (2015). «Miedo al parto y narrativas intergeneracionales». *Dilemata*, n.º 18, pp. 129-145. El artículo recoge el peso de los relatos de las mujeres del entorno de las embarazadas en la construcción de una visión del parto como un evento peligroso y aterrador.

⁶ Consultar las galerías fotográficas: www.facebook.com/materobservatorimpaternitatscontemporaries/photos_stream.



Imágenes IX y X. Ariadna, siete años. Parto vaginal en litotomía, con ruptura de bolsa, oxitocina sintética, epidural y episiotomía. Realizado en un hospital público.

Acudieron personas procedentes del activismo social, de la academia y del mundo sanitario. Generamos un debate interesante alrededor de las representaciones de los partos, las posibilidades de ver partos fisiológicos en las redes y, especialmente, cómo aprendemos a visualizar un nacimiento. La conclusión fue una pregunta: ¿qué papel tiene la endoculturación en la construcción de la representación del parto?

¿QUÉ EXPERIENCIA VISUAL TENEMOS SOBRE EL PARTO?

Comenzaremos citando un fragmento de la película *Un feliz acontecimiento*:

«No se tense que le voy a examinar el cuello del útero», le comenta la matrona. «No me tenso —contesta ella—, es que me duele.» «Pues no vea lo que le espera.»⁷

«Señora —comenta el atractivo ginecólogo a una mujer embarazada—, tener un hijo es una función natural, pero usted y nosotros tenemos que vigilar los preparativos y corregir todo lo que sea alarmante y merezca nuestra atención.»⁸



Imagen XI. Maria Vittoria, cuatro años, parto vaginal, epidural, episiotomía y ventosa. Clínica.

Durante la expo se generaron diversas preguntas y reflexiones: ¿qué experiencia visual tenemos en torno al nacimiento? ¿Cómo lo representamos? Y, ¿cómo narramos a nuestros hijos sus nacimientos?

7 Bezaçon, R. (2011). *Un heureux événement*. Francia.

8 De 39'20" a 39'21".

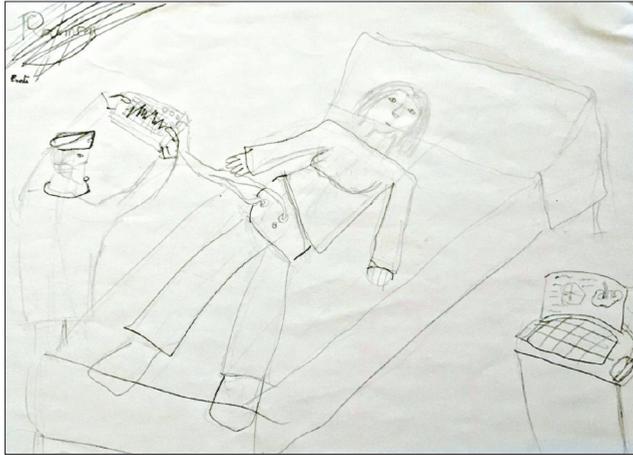


Imagen XII. Raimon, ocho años.

La endoculturación —o socialización— es un proceso continuo mediante el cual las personas aprenden, crecen y plasman un marco de referencia que permite determinar, evaluar, construir aspectos relacionales, éticos, emotivos e ideológicos fundamentales de sus vidas para poder compartirlos con otros, interactuar con los demás. De tal forma interiorizan normas y valores de las sociedades y culturas en que viven. Tradicionalmente, los agentes de socialización más representativos son la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación. En este contexto, queremos reflexionar sobre el papel de los medios de comunicación en la difusión de las imágenes del parto, para poder explicar cómo la gran mayoría de las representaciones dibujadas por los niños tenían que ver con una forma precisa de nacimiento: un parto instrumental asistido por profesionales de la salud, en hospitales y en litotomía.

Por ello, a partir de este ejercicio inicial, continuamos nuestra investigación: han sido analizados en profundidad (figura I) diecinueve series televisivas, dibujos animados, anuncios y diecisiete películas⁹ emitidas en España en los últimos cuarenta años.

⁹ Para profundizar en el conocimiento metodológico de dicho análisis, es decir, cómo usar un recurso audiovisual para realizar una investigación en Ciencias de la Salud, se remite al lector a: Brigidi, S. (ed.) (en prensa). *Cultura, salud y cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; así como a Comelles, J.; Brigidi, S. (2014). «Fictional encounters and Real Engagements: The representation of Medical Practice and institutions in Medical TV shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, vol. 12, n.º 7, pp. 17-34.

Recursos audiovisuales analizados:	
Tv Serie, TV show, Dibujos Animados y Anuncios	Películas:
✓ <i>Friends</i> (1994-2004)	✓ <i>Crónica de 9 meses de embarazo</i> (Ozores, 1967)
✓ <i>Grey's Anatomy</i> (2005-Present)	✓ <i>Adiós, cigüeña, adiós</i> (Summer, 1971)
✓ <i>Bodies</i> (2004-2013)	✓ <i>EL niño es nuestro</i> (Summer, 1973)
✓ <i>E.R.</i> (1994-2009)	✓ <i>El insólito embarazo de los Martínez</i> (Aguirre, 1974)
✓ <i>Love Child</i> (2014-Present)	✓ <i>La mosca</i> (Cronenberg, 1986)
✓ <i>Baby Boom</i> (reality, 2012-?)	✓ <i>Mira quién habla</i> (Heckerling, 1989)
✓ <i>Hospital Central</i> (2000-2012)	✓ <i>Junior</i> (Reitman, 1994)
⇒ <i>Call the Midwife</i> (2012-2014)	✓ <i>9 meses</i> (Columbus, 1995)
✓ <i>El secreto de Puente Viejo</i> (2011-Present)	✓ <i>Carne Trémula</i> (Almodóvar, 1996)
✓ <i>Teo</i> (cartoon, 1996)	✓ <i>Los Chicos de mi vida</i> (Marshall, 2001)
✓ <i>Pablito y Virginia</i> (cartoon, ?)	✓ <i>Ligeramente embarazada</i> (Apatow, 2007)
✓ <i>Zamora CF</i> (Anuncio, 2008)	✓ <i>Plan B</i> (Poul, 2010)
⇒ <i>Cama Flex</i> (Anuncio, 2009)	✓ <i>Blog</i> (Trapé, 2010)
✓ <i>Todo las 2</i> (20/10/14)	✓ <i>Marley & Me</i> (Frankel, 2008)
✓ <i>Milioni di Attimi</i> (Anuncio, 2013)	✓ <i>Madre de alquiler</i> (McLullers, 2008)
✓ <i>Barriguitas</i> (Anuncio, ?)	✓ <i>Un feliz acontecimiento</i> (Bezaçon, 2011)
✓ <i>Modern Family</i> (2009-Present)	✓ <i>Qué esperar cuando estas esperando</i> (Jones, 2012).
✓ <i>La que se avecina</i> (2007-Present)	
✓ <i>Bones</i> (2005-2015)	

Figura I. Elaboración Brigidi, 2015.¹⁰

En la Figura I podemos ver señaladas en rojo la serie *Call the Midwife*, *Bones* y el anuncio televisivo *Cama Flex* del año 2009, los únicos materiales analizados en los cuales se representan partos vaginales sin intervenciones innecesarias por parte del sistema biomédico. En *El secreto de Puente Viejo*, serie televisiva española, aparecen numerosos partos, a veces también atendidos por la matrona, una de las protagonistas de la historia, aunque, por un tema u otro, tienden siempre a representar a la mujer en litotomía y perpetuar diversos tópicos vinculados al parto.

En este contexto y en términos generales cabe mencionar, en primer lugar, que la pantalla no nos enseña partos fisiológicos sino —y de forma casi normativa— partos instrumentales y medicalizados. Asimismo, hay que destacar que el cine español, como parte del internacional, mayoritariamente ha tratado el embarazo no como trama central sino como un aspecto más de la vida de los

10 Brigidi, S. «Experiencias encarnadas: recursos audiovisuales y representaciones en torno al parto». Comunicación presentada al II Congreso Internacional Género, Ética y Cuidado, 15 de octubre de 2015, Barcelona.

personajes.¹¹ Si buscamos «embarazo» como palabra clave en *Internet Movie Database* (IMDb)¹² salen trece filmes. Comparado, por ejemplo, con la palabra «zombi», con doscientas entradas solo en referencia a películas, observamos cómo el proceso de embarazo, parto y lactancia materna (LM)¹³ resulta ser un tema marginal en el cine. Esto permite también reproducir imágenes clónicas sobre ellos. En otras palabras, la pantalla reduce y banaliza estos procesos en estereotipos y lugares comunes alrededor de los cuales las personas plasman sus ideas y valores. Valga como ejemplo el vómito imprevisto de la mujer: una estrategia visual muy recurrente para evidenciar el posible embarazo. Por otra parte, la fotografía de Jennifer Bagwell de 2012 *We're pregnant*, en la cual se muestra a un «él» con cara entusiasta y la hija mayor en sus brazos, y a una «ella», sin cara, agachada vomitando en el retrete, se ha hecho viral.

Cabe destacar que en España existe una serie de dibujos animados con finalidades pedagógicas: *Pablito y Virginia*. Unos doce capítulos de animación de pocos minutos cada uno, con subtítulos en inglés, que explican a los niños temas como «Hacer el amor». En el sexto capítulo, dedicado al parto, se observa a la madre explicándose a Virginia:

[...] la madre nota un dolor en la barriga a intervalos regulares [...] entonces llevan a la madre al hospital. [...] En el hospital será atendida por un médico mientras da a luz.¹⁴

Los fragmentos sucesivos son clarísimos: box quirúrgico, la mujer en litotomía y un médico manipulando y comprimiendo la barriga; en respuesta ella muestra diversas expresiones de dolor. El parto, explicado a Virginia por su madre, adviene por medio «*de la ayuda del médico*» que saca la cabeza del niño, le corta enseguida el cordón umbilical y le da un cachete para que respire. El vídeo lleva fecha de actualización: 9 de julio de 2007 y tiene 614.697 visualizaciones.

11 Brigidi, S. (2014). «Experiencias encarnadas. Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es)». *Revista de Medicina y Cine*, vol. 10, n.º 3, pp. 118-126.

12 www.imdb.com/?ref_=nv_home (consulta: 20 de julio de 2015).

13 Las autoras han impartido el seminario *La teta (in)visibilizada. La lactancia materna entre salud, erotismo y placer* el 21 de mayo de 2015, Seminario Cultura, Salud y Cine, UVIC-UCC reflexionando acerca de la ocultación de la lactancia materna en el cine.

14 De 0'48" a 1'13". Disponible en: www.youtube.com/watch?v=86RSgM-DZqg (consulta: 2 de enero de 2016).

El dolor del parto¹⁵ es una referencia más o menos explícita en todas las películas, series de televisión o anuncios presentes en la televisión española. A menudo ridiculizado o ironizado, a veces también ha sido tratado con muy mal gusto, como en la campaña de suscripción del Zamora CF,¹⁶ en la cual se presenta a una mujer en litotomía, gritando de dolor y con tres médicos alrededor de la camilla. El anuncio empieza con dos de estos eligiendo el instrumental y parece que le practican una episiotomía. Sale un niño de plástico al que el cirujano empieza a dar cachetes; al tercero, un balón de fútbol golpea al cirujano, que se desmaya haciendo volar al muñeco. Unas letras aparecen acto seguido: «¡Pega fuerte! ¡Abónate!».¹⁷

Concluyendo, lo que transmiten los recursos audiovisuales son partos instrumentales en posturas¹⁸ desaconsejadas por la actual evidencia científica.¹⁹ Las mujeres son pasivas, dolientes, inermes frente al sistema biomédico. Se observan inoculaciones de oxitocina sintética²⁰ y el uso de la anestesia epidural de forma rutinaria, que es, per se, un factor que incide en el aumento de la tasa de complicaciones en el parto y de cesáreas.²¹ Otra realidad en el material analizado son los

15 Véase Cardús, L.; Brigidi, S. *The Institution of Fear of Birth in Spain, 19th to 21st Centuries* (en prensa).

16 www.youtube.com/watch?v=mAO6F7lcAM (consulta: 2 de enero de 2016).

17 De 0'20" a 0'22".

18 La realización del proceso de dilatación en posición de litotomía reduce el diámetro de la pelvis, por lo que dificulta la progresión del parto, aumenta el riesgo de distocias y de requerir intervenciones.

19 Algunas referencias científicas en contra de la litotomía en el parto utilizadas para este artículo: Bodner-Adler, B.; Bodner, K.; Kimberger, O.; Lozanov, P.; Husslein, P.; Mayerhofer, K. (2003). «Women's position during labor: influence on maternal and neonatal outcome». *Wien Klin Wochenschr*, vol. 115, n.º 19-20, pp. 720-723. Calderón, J.; Bravo, J.; Albinagorta, R.; Rafael, P.; Laura, A.; Flores, C. (2008). «Parto vertical, retornando a una costumbre ancestral». *Rev Per Ginecol Obstet*, n.º 54, pp. 49-57. Anim-Somuah, M.; Smyth, R.; Howell, C. (2007). «Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto». *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.º 2.

20 Véase Wahl, R. U. (2004). «Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders? A look at the literature». *Medical Hypotheses*, vol. 63, n.º 3, pp. 456-460. Belghiti, J.; Kayem, G.; Dupont, C.; Rudigoz, R. C.; Bouvier-Colle, M. H.; Deneux-Tharaux, C. (2011). «Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population based, cohort-nested case-control study». *BMJ Open*, vol. 1, n.º 2, e000514. Jonas, K.; Johansson, L. M.; Nissen, E.; Ejdeback, M.; Ransjö-Arvidson, A. B.; Uvnäs-Moberg, K. (2009). «Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum». *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, vol. 4, n.º 2, pp. 71-82. Olza Fernández, I.; Marín Gabriel, M. A.; López Sánchez, F.; Malalana Martínez, A. (2011). «Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo?». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 4, n.º 1, pp. 38-41.

21 Klein, M. C. (2006). «Does epidural analgesia increase rate of cesarean section?». *Can Fam Physician*, vol. 52, n.º 4, pp. 419-421.

pujos dirigidos, cuyos riesgos señala la evidencia científica.²² El uso de episiotomía como método normal para que la cabeza corone, observado en muchos recursos audiovisuales analizados, es grave según toda la investigación existente²³ y denunciado como violencia obstétrica. De la misma forma lo son el uso de fórceps/ventosas²⁴ y la falta de respeto por tiempos y deseos, tanto de la parturienta y de su familia como del recién nacido.²⁵ Como el abuso de cesáreas innecesarias o «a la carta»,²⁶ que aumentan de 5 a 10 puntos la morbilidad materna en comparación con los partos vaginales. Asimismo, estas representan un coste doble en comparación con el parto vaginal espontáneo, con lo cual la representación del parto es un tema de salud pública. Cabe destacar que las razones médicas no explican el aumento y que esta operación sobrecarga el sistema sanitario.

«El parto es un evento neurobiológico en el que se produce un diálogo neuroquímico constante e irrepetible entre el cerebro materno y el del bebé».²⁷ Esto no se representa en la pantalla. No se considera a la mujer como protagonista activa del parto. No nos olvidemos del poder de las representaciones audiovisuales, de cómo, desde muy pequeños, somos expuestos a estas de forma pasiva y de cómo estas imágenes crean una forma compartida de pensar, definir y hablar del parto, lo que llamaríamos un imaginario colectivo.

22 Brancato, R. M.; Church, S.; Stone, P. W. (2008). «A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 37, n.º 1, pp. 4-12. Hanson, L. (2009). «Second-stage labor care: Challenges in spontaneous bearing down». *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, vol. 23, n.º 1, pp. 40-41.

23 «European Perinatal Health Report» (2010). Disponible en: www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html (consulta: 8 de enero de 2016). «Guías de Práctica Clínica en el SNS» (2010). Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=4bdd9e3f97e4foa98b31a03f4ef5> (consulta: 2 de enero de 2016). Klein, M. C.; Gauthier, R. J.; Robbins, J. M.; Kaczorowski, J.; Jorgensen, S. H.; Franco, E. D. et al. (1994). «Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation». *Am J Obstet Gynecol*, n.º 171, pp. 591-598. Klein, M. C.; Grzybowski, S.; Harris, S.; Liston, R.; Spence, A.; Le, G. et al. (2001). «Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: implications for maternal and newborn outcomes». *Birth*, vol. 28, n.º 4, pp. 243-248. Janssen, P. A.; Klein, M. C.; Soolsma, J. H. (2001). «Differences in institutional cesarean delivery rates—the role of pain management». *J Fam Pract*, vol. 50, n.º 3, pp. 217-223.

24 Memon, H.; Handa, V. L. (2012). «Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery». *Curr. Opin. Obstet. Gynecol*, n.º 24, pp. 349-354.

25 «Recomendaciones sobre los derechos de la embarazada y el bebé en el parto» (1985). *Lancet*, n.º 2, pp. 436-437. «La estrategia de atención al parto normal» (2007). OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo. «Diez pasos para una feliz lactancia natural» (1989). OMS, UNICEF.

26 Es decir, pedir con antelación una cesárea como método u opción para dar a luz, sin razones médicas, sino sociales, culturales, etcétera.

27 Olza Fernández, I. (2012). «Neurobiología del parto». *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Imagen XIII. Dídac, seis años. Mellizo, nacido por cesárea programada. Aquí representa el posparto: su hermana y él mamando y la barriga cortada tras la operación. Los puntos en la cara corresponden al hecho de que, en su opinión, «cuando eres feliz te salen puntos rojos».



Imágenes XIV y XV. Bianca, seis años. Parto vaginal, en litotomía, en una clínica privada, provocado con oxitocina sintética. Se ha utilizado epidural y episiotomía.

A MODO DE CONCLUSIONES

«El parto es un hecho genital y absolutamente sexual.»²⁸

Como ya mencionábamos, el resultado del certamen ha devuelto una percepción normativa del parto altamente medicalizado, donde las maquinarias, la institución y los profesionales sanitarios tienen un especial protagonismo. En algunos casos, el parto ni existe, pasando del embarazo al bebé ya separado, fuera del útero, como en los dibujos de Bianca (XIV y XV).

Pensamos que no hay duda alguna en referencia a la definición del parto de la comadrona argentina Schallman. Probablemente por ello Bianca y Maria Vittoria no han sabido representarlo (XIV-XV, XI). Muchas madres nos han comentado que no han participado en la Expo porque no habían hablado de estos temas, que aún no tocaba, que de alguna manera tenía que ver con esta educación sexual que se considera más apropiada para edades más avanzadas. Y allí queda, como asignatura pendiente. Efectivamente, muchas mujeres se preguntan acerca de su propio nacimiento cuando están embarazadas la primera vez,²⁹ como si el nacimiento no fuera parte de la biografía de cada una de nosotras. Hay que añadir que muchos de estos relatos que hemos recibido describen situaciones agresivas, revelan actos violentos ya mencionados: la imposibilidad de elegir la posición para parir, la maniobra de Kristeller, episiotomías de rutina, falta de atención hacia los tiempos de las madres, hacia sus deseos, un lenguaje paternalista, etcétera, y que los recursos audiovisuales analizados, dramáticamente, representan y naturalizan.

Maria Vittoria no conocía nada de su parto, se autorrepresenta cerca de la boca de su madre y le explica que de allí debe de haber salido.

Es destacable que todos los artistas han dibujado a sus madres sonriendo, algo sobre lo que merece la pena reflexionar: no sabrán cómo se ha desarrollado, pero han incorporado que las madres estaban felices. No obstante, ¿esto depende realmente del relato auténtico ofrecido por sus madres o de estas imágenes que designan un rol esperado y percibido dentro del imaginario colectivo con el que, por medio de un proceso de socialización y un sistema de significación, aprendemos a mirar y pensar en la maternidad? ¿A leer e interpretar —todavía— el amor materno-filial como algo universal, absoluto y, sin duda alguna, hermoso?

28 Schallman, R. (2007). *Parir en libertad*. Buenos Aires: Grijalbo.

29 Como se recoge en Cardús (2015), con más de treinta entrevistas a mujeres de diferentes edades en la provincia de Barcelona.

Concluyendo, es necesario ver, observar, escuchar y anunciar otras formas de nacer y de parir de acuerdo con la evidencia científica para no naturalizar ni normativizar la violencia presente en los partos. Resulta imprescindible tener otros discursos sobre el dolor y la experiencia. Mayor información significa diversas posibilidades de elegir. Como último aspecto, y no el menos importante, es imperioso incorporar un discurso de género y una visión crítica a la literatura infantil, anuncios, películas y dibujos animados debido a que el mensaje pasa, aunque estemos enfrente de la pantalla, de una forma pasiva y *causa daño*.

Las TIC, un instrumento vital para la salud

Joan Guanyabens Calvet

Las ya mal llamadas «nuevas» tecnologías de la información y de la comunicación han irrumpido en nuestras vidas cambiando de forma radical la mayoría de los sectores productivos, de servicios, e incluso la forma como vivimos, como nos relacionamos, etcétera. Este cambio no se ha producido aún en el sector de la salud y de los servicios sanitarios, ni en la extensión ni en la profundidad que cabría esperar teniendo en cuenta el uso intensivo que de la información hace dicho sector.

El objeto de esta presentación es analizar el potencial impacto de dichas tecnologías en el sector sanitario en general y en la provisión de servicios sanitarios en particular, las principales tendencias al respecto y los elementos que cabe tener en cuenta para una correcta aplicación y despliegue a tenor de las particulares características del sector salud.

LAS TIC, UN INSTRUMENTO VITAL PARA LA SALUD

La salud de una persona viene determinada por múltiples factores, cuyas relaciones no son lineales o mecánicas, sino que son complejas, dinámicas y cambiantes. Así pues, mejorar la salud de nuestros ciudadanos pasa por entender estas interacciones de múltiples factores que la incrementan, preservan o deterioran, y obliga a realizar una política sanitaria actuando sobre ellas.

El sistema sanitario es un factor determinante pero no el único. El sistema sanitario español es uno de los mejores del mundo si tenemos en cuenta los resultados de los principales indicadores de salud: esperanza de vida, mortalidad infantil, satisfacción de los usuarios y los recursos que como sociedad le dedicamos. Entre las razones que nos han permitido tener un sistema universal, basado en la equidad y la solidaridad, de prestaciones casi ilimitadas, destacaríamos el excelente nivel profesional y su bajo coste derivado de unos salarios muy ajustados, así como probablemente la excelente red de Atención Primaria.¹

¹ Galimany, J.; Guanyabens, J. (2011). «Las tecnologías de la información y de la comunicación en Salud». En: Martín Zurro, A.; Jodar Solà, G. *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Madrid: Elsevier, pp. 251-262.

El coste de la atención sanitaria representa un porcentaje que, aunque varía en función del nivel de desarrollo del país, nunca disminuye sino que se incrementa año tras año de forma imparable como consecuencia del envejecimiento, cronificación, nuevas enfermedades y nuevos tratamientos, así como del incremento del uso de tecnología... Es muy complicado para los países mantener este ritmo e incrementar de igual forma la asignación de recursos. La consecuencia de esta situación, si no se adoptan medidas, será una degeneración progresiva del sistema sanitario.

La transformación del sistema debe orientarse a proveer más salud y mejores servicios con los recursos disponibles. Innovar es pues la solución.

El sector salud se basa en el conocimiento y se caracteriza por un uso intensivo de información. La irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación debería tener un impacto incluso más importante que otros sectores no tan dependientes de la información, auspiciando una comunicación que abriera la puerta a la introducción de múltiples innovaciones disruptivas que permitan superar la actual saturación, evolucionando hacia modelos basados en las necesidades de pacientes y profesionales. El sector salud, sin embargo, no se ha transformado y sufre un retraso considerable en relación con otros sectores como el bancario, logístico, turístico, audiovisual... Los expertos dicen que si nos comparamos con otros sectores de servicios, vamos atrasados unos diez años. Una correcta aplicación de las tecnologías de la información, tanto en el ámbito de la prevención como en el de la atención, así como en investigación, puede cambiar el sistema sanitario mejorando el bienestar de los pacientes y haciéndolo sostenible, si sabemos aprovechar el excelente sistema que tenemos.

Esta situación se acentúa en las sociedades donde el sector está más regulado y donde no existe una competitividad que facilita la introducción de innovaciones en búsqueda de la eficiencia. La fragmentación del proceso de atención, las habituales resistencias al cambio de todos los agentes implicados y la falta de estructuración y estandarización de los datos médicos, que crecen de forma exponencial no solo en cantidad, sino también en variedad, se apuntan también como causas del importante retraso del sector.

INNOVACIÓN Y TIC

Es imprescindible seguir un proceso de mejora continua en el sistema sanitario, y ese cambio a mejor solo será una realidad a través de la innovación que, con el soporte de las TIC, nos permite desde decodificar nuestro genoma has-

ta almacenar y analizar nuestra información sociosanitaria, nuestras preferencias y nuestro entorno, ofreciéndonos la posibilidad de identificar correlaciones entre sutiles variaciones personales generando, siempre, nuevo conocimiento.

En la utilización de las TIC es importante garantizar la seguridad y la privacidad de la información como derecho fundamental de los ciudadanos, y no se puede admitir el riesgo que algunas organizaciones asumen al suministrar claves de acceso a la información poco robustas. Esta situación puede menoscabar la confianza en el sistema, y esta confianza es fundamental para mantener y mejorar uno de los principios fundamentales de la medicina: la relación médico-paciente y el deber del secreto profesional. Es obligación de las organizaciones custodiar la información, desarrollando las medidas informáticas necesarias para garantizar su seguridad, sin detrimento de su accesibilidad y de la mayor trazabilidad posible en el control del acceso a la información de los pacientes.

Con la información recogida en el sistema podemos cubrir dos objetivos. El primero es asistencial, con la historia clínica de cada paciente y acceso a su información personalizada mediante certificado digital. El segundo es ayudar a la investigación y a la mejora de los procesos y procedimientos sanitarios mediante la despersonalización (anonimización) de la información, la agregación, el estudio de pautas, variaciones y correlaciones. En este último caso siempre con el consentimiento del paciente, con la máxima transparencia y buscando el bien común.

Debemos exigirnos, dada la importancia y los elevados costes que tienen las TIC en la gestión y prestación de los servicios de salud, que, de una manera objetiva, se evalúen las diferentes tecnologías que se han aplicado para solucionar problemas similares, sus costes y sus resultados, de forma que se promuevan las soluciones que han demostrado una mayor eficiencia a la hora de gestionar los recursos y se dejen de financiar las que se han demostrado ineficaces, ineficientes, o injustificadamente peligrosas.

Dentro de este proceso, es fundamental establecer pautas que permitan evaluar de antemano la idoneidad de cada tecnología en función del tipo de problemática y contexto, apostando por soluciones informáticas maduras y probadas que permitan racionalizar los costes de licencias y aportar más funcionalidad y prestaciones.

La colaboración de las instituciones públicas y la iniciativa privada, así como el apoyo a la industria nacional de I+D+i, tienen que ser ingredientes imprescindibles en la evolución de los servicios y, a su vez, crear oportunidades de

generar empleo articulando la puesta en marcha de los servicios necesarios. Hay que fomentar proyectos de desarrollo público-privados de iniciativas innovadoras que generen valor añadido a la actividad económica y promuevan la transferencia de conocimiento del sector salud.

Dentro de la aplicación de las TIC a los sistemas de salud tenemos que valorar el conjunto de proyectos de apoyo a las iniciativas de mejora del acceso y uso de los servicios sanitarios, a través de la implantación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en toda la organización, siempre con criterios de interoperabilidad.

Las TIC deben operar en todo el espacio sociosanitario, asegurando que las medidas de protección que recibirá un ciudadano estén concebidas de una manera bien articulada, bien estructurada, sin superposiciones, solapamientos o duplicidades, y en perfecta sintonía, tanto desde el punto de vista sanitario, como de los servicios sociales. Esto permitiría una gestión en la que la coordinación sería mucho más sencilla. No se trata de duplicar o de crear otra línea administrativa, sino de coordinar bien los servicios ya existentes (sociales, sanitarios y otros), porque esa coordinación —que no lo es solo desde el punto de vista administrativo o económico— es la mejor manera de prestar una atención integral a quien la necesita.

¿Qué mejoras nos pueden aportar las TIC? Aparte de acceder a la información clínica también se incrementa la capacidad diagnóstica, se mejora la comunicación y el acercamiento a los pacientes, así como la coordinación entre profesionales.

Es evidente que utilizando bien la funcionalidad de las TIC disponibles, no como una finalidad sino como un medio al servicio de unos objetivos, se pueden mejorar los servicios reduciendo incluso los costes.

Las posibilidades que nos ofrecen las TIC para el sector de la salud van desde: mayor seguridad por ejemplo en el ámbito de la prescripción médica, hasta mayor efectividad utilizando las guías de práctica clínica, pues hacen posible una atención más personalizada y centrada en el paciente, más puntual, a tiempo o evitando la duplicación de pruebas (eficiencia), y de mayor equidad porque facilitan el acceso de forma remota al conocimiento experto.

Hacer más actividad y hacerla mejor es posible, mejorando los procesos a través de la automatización y el trabajo en serie, con el que se produce más cantidad con más calidad a menor coste (industrialización). También pueden ayudar a llegar y proveer servicios a más lugares y a más gente, de forma más equitativa y masiva pero también más individualizada, personalizada, fomentando la responsabilización del propio paciente, lo que se traduce en un menor coste y una mayor satisfacción.

Las posibilidades de mejora y transformación disruptiva son más que evidentes no solo para la asistencia sino también para la formación, capacitación y actualización de los profesionales y para la investigación.

Las tres tendencias que se apuntan como relevantes, con las que se deben enfrentar los gobiernos de todos los países, ya sea desarrollados o en vías de desarrollo, en el despliegue de sus correspondientes sistemas de salud son:

- Establecer el equilibrio entre el rol del sistema público y el sistema privado.
- Industrialización de la provisión de servicios sanitarios.
- Avanzar en la medicina de las 4 P: preventiva, predictiva, personalizada y participativa.

Si se analizan las tres tendencias, se constata que para un abordaje correcto en todas ellas necesitaremos una gestión y manejo excelente de datos, información y conocimiento. De hecho, estamos claramente en un punto de inflexión y la información se convierte en un elemento imprescindible para abordar todas y cada una de las líneas de avance para la sostenibilidad del sector.

También se están produciendo cambios significativos en el estatus de ciudadano-paciente, que evoluciona desde una actitud pasiva, reactiva, a una claramente proactiva. En las consultas médicas se pueden encontrar cada vez más pacientes que proponen actuaciones y quieren participar en la toma de decisiones que les afectan.²

Estos pacientes, como fuentes de información, prefieren utilizar portales acreditados y comunidades virtuales a través de redes sociales en lugar de los profesionales y familiares.

Las TIC, desde el punto de vista de la tecnología, han evolucionado y siguen haciéndolo rápidamente, pero su asimilación por parte de las organizaciones sigue otro ritmo. En pocos años hemos visto cómo han irrumpido la informatización, Internet, el móvil con un sinnúmero de posibilidades por descubrir y aplicar, comportando la eliminación del soporte papel, la optimización de procesos, una mayor personalización...

2 Guanyabens, J.; Maspons, R. (2012). «La compra pública innovadora y la salud. Instrumento de colaboración para los nuevos escenarios». En: *Anuario Partners 2011. Reflexiones sobre la cooperación público-privada*. Monográfico: «La cooperación público-privada en el sector salud». Barcelona: ESADE, Instituto de Gobernanza y Dirección Pública, pp. 213-222.

BIG DATA Y LA INDUSTRIA DE LOS DATOS

El concepto de Big Data (los macrodatos) ha aparecido con fuerza y no es una moda más. Por donde pasa lo transforma todo, también el sector sanitario. Hablamos de Big Data cuando el conjunto de datos que hay que manejar son tantos y tan complejos que su procesado con las TIC convencionales no es posible. Se definen a través de las llamadas 3 V:

- Volumen: tiempo y dinero.
- Variedad: estructurados, no estructurados, papel, imagen, registro, voz.
- Velocidad: dispositivos, sensores, *fitness*, redes sociales, teléfono, genómica y se complementa con las V de Veracidad y Valor de los datos.

Trata básicamente de transformar los datos, la información, en conocimiento útil para la toma de decisiones, para la acción Big Data se está convirtiendo en una creciente fuerza de cambio en el panorama sanitario.

El potencial de Big Data en medicina reside en obtener información más efectiva integrando y combinando datos:

- tradicionales con otros nuevos;
- a nivel individual y poblacional;
- estructurados y no estructurados.

El pilar sobre el que se sustenta el Big Data es el Internet de las cosas, a partir de la sensorización, *wereables...* y su aplicabilidad en atención médica, analítica, gestión, investigación... Se calcula un potencial beneficio de 250.000 millones de euros en el sector público europeo y unos 300.000 millones de dólares en el sector de la sanidad de Estados Unidos.

La transparencia es la llave de la innovación. Facilitar el acceso a los datos, promover el Open Data, es la mejor forma de incentivar la investigación, la generación de nuevo conocimiento y la consecuente innovación derivada de añadir valor a los datos.³

En este proceso pues, hay mucho por hacer, no nos podemos entretener, las funcionalidades cambian con mucha rapidez: miremos si no los móviles,

³ Health (2012). *Redesigning health in Europe for 2020. eHealth Task Force Report*. Luxembourg: European Commission.

cómo lo están cambiando todo... Hace pocos años ni existían y ahora casi no podemos prescindir de ellos. Estamos en un momento de aceleración tecnológica máxima y nos tenemos que adaptar y evolucionar rápidamente.

Big Data aparece en la confluencia de dos hechos: disponemos de muchos datos y tenemos tecnología para analizarlos y determinar qué es mejor para la toma de decisiones.

Salud es el mejor ejemplo de que el balance del Big Data, el resultado final entre beneficio y perjuicio es positivo. El beneficio que, si se aplica correctamente, nos puede aportar: conocer cómo funciona el cuerpo y cómo debemos actuar para mantenerlo en las mejores condiciones; estas ventajas son muy superiores al principal daño o perjuicio que puede producir: que se utilice la información en contra de nosotros mismos.

Este es un proceso de cambio imparable y disruptivo, radical...⁴ Estamos hablando de:

- Poner a disposición y utilizar en tiempo real la información individual relacionada con la salud y el bienestar.
- Integrarlo todo a nivel individual: información médica (diagnóstico, tratamientos, resultados), ensayos clínicos, genómica, de hábitos, de comportamiento, proveniente de dispositivos, sensores...
- Plataforma ABIERTA, SEGURA, ANÓNIMA, ESCALABLE.

Nos ayudará a tomar decisiones en beneficio del paciente y del bienestar general para hacer:

- Atención: más preventiva, predictiva, con personalización de la atención (adaptación de los tratamientos a las características genéticas) y participativa.
- Investigación: generar nuevo conocimiento sobre la salud...
- Predecir las epidemias, luchar contra su propagación, hacer el seguimiento vía móvil de los movimientos de población, lo que permite predecir la propagación de los virus...
- Predecir problemas antes de que sucedan y explicar a cada uno lo que tiene que hacer para evitarlos (personalización).
- Realizar buenos ensayos clínicos, más cortos, más ágiles, más efectivos: causales y casuales.

⁴ Kish, Leonard J.; Topol, Eric J. (2015). «Unpatients—why patients should own their medical data». *Nature Biotechnology*, vol. 33, n.º 9, pp. 921-924.

- Curar enfermedades, como por ejemplo cáncer, enfermedades raras... con la posibilidad de utilizar el 96% de los datos potencialmente disponibles en pacientes con cáncer que no se analiza para identificar patrones.
- Mejorar la gestión de los recursos disponibles.
- Saber más y antes (prevenir es mejor que curar).
- Mejorar la forma de atender, con más calidad (con acceso a personal cualificado – telemedicina).

«Todos somos ensayo clínico.» Todos somos emisores de datos, información y esto permite un cambio disruptivo del modelo. Parar, no lo parará nadie: algunos podemos tener más dificultades que otros en tenerlo y utilizarlo y, en consecuencia, tendremos más dificultades para avanzar, innovar y progresar como sociedad.

Estamos hablando de socializar la tecnología y en concreto los datos, ponerlos al servicio de la humanización, que nos permita evolucionar por selección cultural, no por selección natural, no por azar sino por la lógica, la evidencia...

La última aportación tiene que ver con las dificultades: la principal dificultad es la privacidad de los datos de la persona y cómo asegurar que no se haga un mal uso, contrario a sus intereses y a los intereses generales.

No hay datos más personales que nuestros datos médicos, hay que extremar las medidas para asegurar que solo los utilizan aquellos a quienes les corresponde hacerlo —y ser muy exigentes en su protección y perseguir a los infractores—. Aunque la anonimización, bien hecha, es una buena solución y ya se utiliza mucho, genera recelos, controversia (también demagogia) porque parece que depende más de quién lo hace que de cómo se hace.

La solución final pasaría por dejar que sea la propia persona quien, con madurez y conocimiento, decida voluntaria y activamente ceder sus datos (que, según la ley, son de su propiedad) para unas determinadas finalidades.

El elemento diferencial de éxito es si la persona toma la decisión de forma activa, voluntaria y se implica emocionalmente en el proceso decisional.

Por tanto, ¿por qué en lugar de que unos pocos decidan por todos no dejamos que lo decida cada uno?

Las recomendaciones, consideraciones finales irían en la línea de:

- 1) Poner los medios: información, herramientas, legislación... para que el propio ciudadano pueda ejercer sus derechos sobre sus datos y que estos se puedan reutilizar.

- 2) Dejar que los profesionales, los técnicos, los expertos propongan (ellos saben perfectamente qué hacer y cómo hacerlo) y preguntar directamente a los ciudadanos. Los ciudadanos informados e «implicados» no tienen ningún inconveniente en ceder sus datos por el bien de todos, antes bien todo lo contrario.

Proyecto Matronas: aprovechamiento y uso de las redes sociales

María Garreta Chorro

Facebook y Blogger son solo dos de los muchos ejemplos de TIC (tecnologías de la información y la comunicación) que podemos encontrar hoy en día. Aplicaciones hay tantas como personas en el mundo. Una de ellas es la que propone María con el Proyecto Matronas, un espacio por y para los usuarios. Un espacio virtual interactivo que busca continuamente esa retroalimentación de la que se enriquece.

Internet es más que una tecnología, es un medio para todo. Las TIC son flexibles, intuitivas, cercanas, asequibles, prácticas, atractivas, útiles y, a su vez, están en continua transformación por lo que el usuario tiene que adaptarse a ellas. Las TIC son, sin duda, el nuevo ágora del siglo XXI.

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos en una sociedad en la que el impacto de las TIC afecta a todos los ámbitos de nuestra vida. Cada vez cobran más importancia la informática y las telecomunicaciones, donde con el paso del tiempo el teletrabajo, la telemedicina, la teleenseñanza o *e-learning* o educación a distancia estarán a la orden del día. Todo con tan solo un clic y desde cualquier parte del mundo. Nos gusta lo rápido, lo accesible y gratuito. Lo que antes era algo accesorio comienza a convertirse en algo que muchos creen ya imprescindible: «La era Internet». La forma de relacionarnos, comunicarnos y buscar información ha cambiado e Internet constituye actualmente la primera opción cuando se trata de buscar información u opinión. Un ejemplo claro de esto son las redes sociales, como el Facebook y los blogs.

Internet es más que una tecnología, es un medio para todo: medio de comunicación, de interacción, de organización social. Un medio en el que se basa una nueva sociedad en la que ya vivimos: «la sociedad en red». Son comunidades de personas que comparten unos mismos intereses, afinidades y valores.

Antes la información estaba concentrada, la transmitía la familia, los maestros, los libros. La escuela y la universidad eran los ámbitos que recogían el conocimiento. Hoy ya no existen estas barreras.

Hablamos de una comunicación asincrónica en la que cada individuo puede administrar su tiempo de la manera que crea más conveniente. Permite al profesional o usuario obtener información de una forma sencilla y cómoda en cualquier momento y lugar, además de permitir llegar a una audiencia amplia y dispersa geográficamente en plazos de tiempo relativamente cortos.

Este proceso social tiene como resultado la generación de conocimiento compartido, que representa un entendimiento común de un grupo con respecto al contenido de un dominio específico. En este contexto, vemos que el nuevo ágora del siglo XXI es la red donde se ponen en común los contenidos.

Se aprende de la reflexión común, del intercambio de ideas, del analizar entre dos o más un tema común, a través de lo cual se obtiene un resultado enriquecido. Los miembros del equipo se necesitan. En la medida en que se posean diferentes medios de interacción, el grupo podrá enriquecerse, aumentar sus refuerzos y retroalimentarse.

En todo momento se habla de nuevos medios de expresión creativa. Las TIC amplían nuestras capacidades y potencian otras, abriendo nuevas posibilidades. Son flexibles, intuitivas, cercanas, asequibles, prácticas, atractivas y útiles. Asimismo, están en continua transformación, por lo que se requiere una adaptación constante por parte del usuario.

Se trata de sacarle partido a algo que cada vez más forma parte de nuestro día a día, tanto que pueda incluso llegar a ser tu única fuente de ingresos: tu trabajo. Pero ya sea como ocio o de manera profesional, las posibilidades son tantas como personas quieran aprovecharlas.

La clave del éxito para que cualquier contenido llegue a un gran público es, sin duda, que exista en Internet. Pero no es suficiente con publicarlo *online* sino que hay que buscar los medios para que sea visto. Una opción sencilla y útil es, por ejemplo, publicar en más de una red social, que lo que se publica en un blog, por ejemplo, se deje ver a través de Facebook también. Asimismo es necesario fijar un público concreto e identificar sus necesidades, de manera que lo que se publica acabe atrayendo al mayor número de gente posible.

LAS TIC EN EL ÁMBITO DEL CUIDADO A LA MUJER

En cuanto al ámbito del cuidado a la mujer a través de las TIC, las matronas han demostrado estar a la orden del día en varias ocasiones, liderando proyectos que pueden incidir en la forma de concebir los cuidados enfermeros. Se habla ya de «teleconsulta», «telemonitorización» y «telegenfermería». No están pensados para sustituir el factor humano, que se sabe que es irremplazable,

sino para reforzar un trabajo eficaz que respete la autonomía del paciente, dándole mayor libertad y acceso a los cuidados. Un ejemplo es el planteado por la doctora Glòria Seguranyes, con su modelo de atención a las mujeres en el proceso de la maternidad a través de videoconferencia.¹

Estos Portales de Salud nos aportan la máxima fiabilidad científica y están orientados a mejorar, en definitiva, el bienestar de los ciudadanos a través de la información, la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables. Estos portales no pretenden reemplazar, sino más bien apoyar y complementar la relación paciente-visitante de la web y profesional de la salud.

Otro ejemplo es Néixer a Casa:² un pequeño grupo de seis comadronas que se dan a conocer a través de relatos de partos y fotos en su Facebook,³ entre otras plataformas. Cuentan con más de cinco mil seguidores y con cientos de «Me gusta» en cada foto compartida. Néixer a Casa ha encontrado en Facebook la manera rápida y fácil de llegar no solo al público en general sino también a posibles futuros clientes.

DILEMAS ÉTICOS Y DEPENDENCIA TECNOLÓGICA

Eso sí, no todo son ventajas. Se habla también del «efecto Gran Hermano», por la pérdida de libertad individual y la creencia de que toda nuestra información personal queda desamparada en la red y en manos de empresarios que se benefician de ello. Este fenómeno abre debates muy interesantes y opiniones diversas. Lo que unos ven como una ventana abierta a infinitas posibilidades para otros es un ataque a nuestra forma de interactuar. Los problemas éticos que se generan con la información que se difunde, la posible dependencia tecnológica, el «anonimato relativo», la rápida caducidad de la información, las nuevas formas de adicción y dependencia son varios de los inconvenientes que podemos citar respecto a esta nueva comunidad.

Por otra parte, otro de los principales problemas reside en la calidad de la información porque no todo es válido, ya que la hiperinformación conlleva la desinformación. Además, el hecho de que sea tan accesible significa que no

¹ Seguranyes Guillot, G. (2015). *Atención a las mujeres en el proceso de la maternidad, por videoconferencia* (PowerPoint). II Congreso Internacional Género, Ética y Cuidado. Barcelona.

² Néixer a Casa (2016). *Asistencia al parto en casa* (en línea). Barcelona (consulta: 2 de febrero de 2016). Disponible en: www.neixeracasa.com/.

³ Ídem.

solo podemos buscar y encontrar información, sino que cualquiera puede publicar. Por eso, en cuanto a fuente de información, es importante la creación de contenido dirigido por profesionales. Y esto no hace más que brindarnos un abanico de infinitas posibilidades en una época en la que parece que el exilio es la única solución a la hora de encontrar trabajo.

La Web 2.0 está transformando la manera de acceder y compartir el conocimiento en general y en especial la información médica, es la web del usuario y para el usuario. Los blogs, por ejemplo, son sitios webs que se actualizan periódicamente y recopilan textos ordenados por orden cronológico, artículos de uno o varios autores, en los que aparece primero el más reciente, donde el autor conserva siempre la libertad de publicar lo que cree conveniente, invitando a veces a la reflexión y al debate. Las personas se convierten en fuentes informativas para compartirlas con las demás. En la Web 2.0 la sociedad ya no se dedica solo a la recepción o búsqueda, sino también a la producción de información que, a su vez, implica difusión. Aparece una apertura a la respuesta, al intercambio y a la discusión. En definitiva, se congregan en una comunidad participativa que se convierte en algo plenamente interactivo.

De este modo, se va pasando de los modelos verticales de información y conocimiento a los modelos puramente horizontales en los que los usuarios aparecen al mismo nivel, sin orden jerárquico. Todos disponen de la misma capacidad para contribuir, en el grado que cada uno desee, a los procesos comunicativos que se desarrollan.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La red social no puede entenderse exclusivamente como la expresión de una persona para que las demás la sigan, sino que adquiere su pleno sentido cuando los usuarios se manifiestan como participantes en las exposiciones de los demás. La interactividad es un diálogo abierto, un intercambio, nunca una imposición unilateral.

La retroalimentación por parte de todos aquellos involucrados en el proceso enriquece su valor. Una de las principales ventajas de esta apertura consiste en la capacidad de crear sociedades virtuales sin necesidad de tener un personal dedicado al control de accesos, sino simplemente a la monitorización de contenidos, para evitar la publicación de contenidos inadecuados o falsos en sitios educativos. Esta calidad de la publicación es una de las principales preocupaciones de los sitios que se resisten al modelo de la Web 2.0. En este aspecto,

varios autores⁴⁵ hablan de los beneficios de la existencia de un proceso de selección natural en la Web que permite a los sitios de buena calidad sobresalir y permanecer, mientras que los contenidos falsos o con poca calidad son los más propensos a desaparecer.

Las posibilidades son infinitas y residen en cada uno de nosotros. Solo hay que saber escuchar las necesidades de la sociedad actual, aprovechar el momento y lanzarse. El éxito está al alcance de nuestras manos, a tan solo unos clics sin necesidad de grandes conocimientos de informática. Mis tres palabras mágicas son: constancia, esfuerzo e ilusión. Poco más me hizo falta para seguir adelante con mi proyecto,^{6,7} un proyecto que ya no es mío, es de todas y cada una de esas personas que lo forman y que lo mejoran con sus aportaciones y colaboración desinteresada. A todos: gracias.

4 Cebrián Herreros, M. (2008). «La web 2.0 como red social de comunicación e información». *Estudios sobre el mensaje periodístico* (en línea). Madrid. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP0808110345A/11928> (consulta: 2 de febrero de 2016).

5 Marqués Graells, P. (2008). «Las TIC y sus aportaciones a la sociedad» (en línea). Barcelona: Departamento de Pedagogía Aplicada. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1rKWgUcP2MkUfrYAQmij6pWeuSfan3xCPvEUt4vfxQJE/edit?hl=es> (consulta: 2 de febrero de 2016).

6 Garreta Chorro, M. (2009). «Proyecto Matronas». Facebook. Disponible en: www.facebook.com/PROYECTO-MATRONAS-227349691840/?fref=ts (consulta: 2 de febrero de 2016).

7 Garreta Chorro, M. (2010). «Proyecto Matronas». *Nuestro Pequeño Espacio*. Disponible en: <http://proyectomatronas.blogspot.co.uk> (consulta: 2 de febrero de 2016).

APUNTES COMPLEMENTARIOS

Formación para residentes de matrona para la prevención, detección e intervención frente a la violencia de género

Rosa Llobera Cifre

La matrona debe prevenir, detectar e intervenir frente a la violencia de género, y tiene una posición privilegiada cuando esta violencia está íntimamente ligada a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Se propone un programa formativo para residentes de matrona, con el objetivo de sensibilizar y proporcionar conocimientos en materia de género, y concretamente sobre violencia de género sufrida durante el embarazo y el puerperio, problemas ginecológicos derivados de la violencia sexual, mutilación genital femenina, feticidio femenino y violencia obstétrica.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) constituye un atentado contra la salud física, psicológica y social de las mujeres. El sector sanitario debe desempeñar un papel clave en su diagnóstico precoz y la asistencia y rehabilitación de las víctimas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que el personal sanitario realice un cribado específico y recurrente sobre VG y actúe frente a esta.¹

Las matronas acompañan a la mujer durante el proceso de desarrollo vital. Por ello están presentes en muchos momentos de su vida, no solo en los procesos vinculados a la reproducción. Como especialista en obstetricia, pero también en ginecología, se encuentra en una posición privilegiada para la detección/diagnóstico de la violencia de género, siempre que esté suficientemente sensibilizada y disponga de formación pertinente para actuar.

La formación que reciben en esta materia en general es insuficiente y desigual en función de la universidad y la unidad docente de formación especializada. En cambio, el artículo 15.3, de la Ley orgánica 1/2004, de medidas de pro-

¹ «Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario» (1998). En: *Salud familiar y reproductiva*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Desarrollo.

tección integral contra la violencia de género, resuelve que será obligatoria la formación en esta materia tanto en el ámbito universitario como en la formación sanitaria especializada.² Y, además, el Programa oficial de la especialidad obstétrico-ginecológica, vigente desde 2009, hace referencia a las competencias específicas en materia de género que deben adquirir las futuras matronas.³

OBJETIVOS

Ofrecer a las residentes de matrona la formación en VG mediante el desarrollo de las competencias que recoge el programa oficial de la especialidad.

Objetivos específicos:

- 1) Sensibilizar sobre la importancia del problema y del papel que ha de ejercerse en la prevención, detección e intervención ante este.
- 2) Dar a conocer el marco legal en materia de VG e igualdad.
- 3) Ofrecer conocimientos generales sobre el concepto de VG, causas, tipos y consecuencias sobre la salud.
- 4) Favorecer la adquisición de competencias específicas sobre prevención, detección y actuación ante la VG durante el embarazo, el parto y el puerperio, problemas ginecológicos derivados de esta violencia, mutilación genital femenina, feticidio femenino.
- 5) Sensibilizar para que la actuación como profesional evite la violencia obstétrica y suponga una práctica respetuosa desde el punto de vista de género.

INTERVENCIÓN

Se propone una actividad formativa basada en tres sesiones de tres horas, que combinará la formación teórica complementada con soporte escrito e imágenes ilustrativas. Además se proyectarán vídeos para sensibilizar y fomentar debate promoviendo cambios de actitudes y valores.

2 Ley orgánica 1/2004, 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (BOE n.º 313, 29 de diciembre de 2004).

3 Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Ministerio de Sanidad y Política Social (BOE n.º 129, sección III, 28 de mayo de 2009).

Dirigido a las catorce enfermeras internas residentes que se forman cada año en la Unidad Docente de Matronas de las Islas Baleares.

La actividad se llevará a cabo al final del primer año de residencia: tras haber realizado las primeras rotaciones por todos los servicios, donde se adquiere autonomía y se asienta el estilo de práctica.

En la primera sesión se trabajará el concepto de VG, tipos y consecuencias. Se dará a conocer la magnitud del problema, el marco legislativo internacional, nacional y autonómico, los protocolos de actuación, las obligaciones y las responsabilidades ético-legales frente a la VG.

En la segunda sesión se trabajarán aquellos aspectos de la VG que la matrona precisa conocer en profundidad para una adecuada actuación en su ámbito competencial. Los conceptos de VG durante la gestación y el puerperio se trabajarán de forma específica, al igual que los problemas ginecológicos derivados de esta violencia, la mutilación genital femenina y el feticidio femenino, que se trabajarán con la ayuda de dos audiovisuales.

Además, se dará a conocer el concepto de «violencia obstétrica», sus causas, consecuencias y formas de prevenirla. Se proyectará un cortometraje y una serie de imágenes que fomenten el debate para concluir el tema.

La tercera sesión pretende proporcionar las herramientas necesarias para la actuación de la matrona en cada uno de sus entornos profesionales: en los servicios de ginecología de urgencias, en la planta de maternidad, en la sala de partos y en la consulta de Atención Primaria. También se darán estrategias para trabajar en la educación para la salud los conceptos de «igualdad» y «VG». Finalmente se plantearán casos clínicos que los residentes deberán trabajar por parejas.

EVALUACIÓN

Se evaluarán los conocimientos, creencias y actitudes previos y su responsabilidad como sanitario/a. Igualmente, los conocimientos y habilidades adquiridos durante el programa formativo, la satisfacción con la actividad formativa y sugerencias de mejora para futuras ediciones. Los conocimientos a medio plazo se evaluarán en el examen de final de residencia.

CONCLUSIONES

La intervención es imprescindible para conseguir que las futuras matronas sean un agente activo en la prevención y detección de la VG y puedan desempeñar

un papel clave, ya que constituyen una figura de referencia que es cercana a las mujeres. Se espera que tenga un impacto considerable puesto que en cada promoción en Baleares se forman catorce matronas. De mantener la intervención, en unos años buena parte de las matronas habrán adquirido los conocimientos y habilidades pertinentes. Se propone completar la acción con formación continuada de las matronas en ejercicio.

La violencia de género en el embarazo

M.^a Analía Gómez Fernández
Josefina Goberna Tricas
Montserrat Payà Sánchez

La violencia de género es un importante problema social a nivel mundial por su gravedad y elevada prevalencia. Puede provocar patologías, incapacidad y hasta la muerte y tiene repercusiones en la salud física, psíquica, social y sexual-reproductiva de las mujeres. Si esta se produce durante el embarazo, puede tener consecuencias no solo para la mujer sino también para el feto en desarrollo y el futuro hijo. Existen una serie de funciones mínimas que los profesionales deben desarrollar, como preguntar sobre violencia de género con regularidad, informar y remitir a las mujeres que la sufran a los recursos disponibles de la comunidad, además de registrar los casos.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es todo acto de agresión basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad.¹

Para establecer la magnitud del problema de la VG, el Instituto de la Mujer realizó en 2015 una macroencuesta en la que determinó que en España el 12,5% de las mujeres mayores de dieciséis años han sufrido VG en algún momento de su vida.²

Existen diferentes tipos de violencia: física, como golpes, quemaduras, inmovilización, pudiendo llegar al asesinato; psicológica, mediante la intimidación, aislamiento de la mujer de su familia y amigos, vigilancia de los movimientos o restricción del acceso a la información o asistencia; sexual, como

1 Krug, E. G.; Dahlberg, L.; Mercy, J. et al. (2003). «La violencia en la pareja». En: *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington DC: Organización Mundial de la Salud, pp. 95-124.

2 *V Macroencuesta violencia contra la mujer*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf (consultado: 1 de agosto de 2015).

relaciones forzadas, comparación con otras mujeres o contagio de infecciones de transmisión sexual de forma consciente.

La VG tendrá graves consecuencias en la salud de la mujer. En su salud física: muerte (por homicidio o suicidio), lesiones (traumatismo, quemaduras), deterioro funcional, síntomas inespecíficos (por ejemplo, cefaleas). En la salud psíquica: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, abusos de tóxicos. En su salud a largo plazo: dolor crónico, síndromes intestinales, quejas somáticas y a nivel social: aislamiento, pérdida de empleo, disminución de días de vida saludable.³

VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

La violencia también ocurre durante el embarazo y tiene una elevada prevalencia. Un metaanálisis de 2013 determinó que a nivel mundial un 28,4% de las embarazadas sufren de violencia psicológica, un 13,3% de violencia física y un 8% de violencia sexual.⁴ En España la doctora Casilda Velasco determinó que el 21% de las embarazadas que estudió estaban sufriendo VG (sumando violencia psicológica, física y sexual).⁵

Durante la gestación se amplían las consecuencias sobre la salud, añadiendo complicaciones obstétricas como más infecciones (corioamnionitis, urinarias), sangrado, hipertensión, partos distócicos... En el feto estas consecuencias se traducen en un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso, muerte perinatal, abortos espontáneos o voluntario⁶ (aquí cabe apuntar que, según un metaanálisis de 2014, el 24,9% de las mujeres que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo había sufrido violencia física, sexual y/o emocional).⁷ Y consecuencias en el futuro hijo, como alteraciones del desarrollo (mal rendimiento escolar), ansiedad, depresión o comportamientos violentos.⁸

3 *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* (2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pp. 12-98.

4 James, L.; Brody, D.; Hamilton, Z. (2013). «Risk Factors for Domestic Violence during Pregnancy: A Meta-Analytic Review». *Violence Vict*, vol. 3, n.º 23, pp. 359-380.

5 Velasco, C.; Luna, J. D.; Martín, A. et al. (2014). «Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors». *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, vol. 10, n.º 93, pp. 1050-1058.

6 *Protocol per a l'abordatge de la violència masculista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Document operatiu d'embaràs (2010). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

7 Hall, M.; Chappell, L. C.; Parnell, B. L. et al. (2014). «Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis». *PLOS Med*, vol. 1, n.º 11, e1001581

8 Krug, E. G.; Dahlberg, L.; Mercy, J. et al. (2003), op. cit.

Hay una serie de indicaciones que nos deberían alertar de que las gestantes puedan estar sufriendo VG. Estas son embarazos no deseados, poco incremento de peso en la gestación, infecciones, incumplimiento de las citas o consumo de tóxicos. Por otro lado, hay una serie de indicadores más subjetivos en el comportamiento, como que la mujer tenga una actitud temerosa, autoestima baja o que lleve ropa que le cubra las lesiones. También, si está presente su pareja, que la mujer se muestre temerosa en las respuestas o busque la aprobación del hombre.⁹

LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO

Debemos sospechar si nos encontramos con parejas que solicitan estar presentes en toda la visita, muy controladores o, por el contrario, despreocupados. A veces son hombres que se muestran hostiles con ella o con el profesional sanitario. Si estuviéramos ante un caso de violencia física hay características específicas de las lesiones: como incongruencia entre el tipo de lesión y explicación de la causa, lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal) o lesiones en diferentes estadios de curación. Durante el embarazo, las lesiones se suelen focalizar en los genitales, abdomen y mamas. Existe una lesión «típica»: la rotura de tímpano.

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en su protocolo de detección y abordaje de VG de 2010 recomienda un cribado sistemático en las consultas con preguntas indirectas del tipo: ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Estás contenta con la relación de pareja y familiar? No se recomienda hacer preguntas directas en las que aparezca explícita la palabra «violencia», ya que se provoca un efecto de negación.¹⁰

Otros ejemplos de preguntas indirectas, que se proponen en la guía del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014 sobre cribado y abordaje de la VG, serían:

¿Ignora sus sentimientos o su presencia? ¿Su pareja se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar? ¿Su pareja la empuja o agarra?¹¹

9 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), op. cit.

10 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut i Seguretat Social.

11 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), op. cit.

También existen las preguntas/afirmaciones de «control» tales como: mi pareja me asusta y me da miedo.¹²

Ante la sospecha de un caso de VG, debemos ofrecer a la mujer todos los recursos disponibles para salir de esta situación; en la web del Institut Català de Dones, encontraremos teléfonos, centros de referencia según las diferentes zonas del territorio. Estos centros cuentan con asesoramiento jurídico, psicológico, recursos sociales, etcétera.

¹² Plazaola Castaño, J.; Ruiz Pérez, I.; Escribà Agüir, V. et al. (2009). «Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse». *J Womens Health*, nº 18, vol. 4, pp. 499-506.

Parto por cesárea acompañado: ¿Qué opinan los profesionales?

Alba Calderer Armengou
Susana Calle del Fresno
Eva Nicolás Flores
Cristina Ortigosa Muñoz
Salut Puig Calsina
Noemí Obregón Gutiérrez

- **Objetivo:** analizar la satisfacción de los profesionales con el protocolo asistencial que permite la entrada de los acompañantes a los partos por cesárea.
- **Sujetos y método:** estudio unicéntrico de carácter observacional, descriptivo y longitudinal, realizado en el hospital Parc Taulí de Sabadell, efectuado mediante encuesta a los profesionales que participaron en la atención al parto mediante cesárea electiva entre septiembre de 2015 y febrero de 2016.
- **Resultados:** la muestra estuvo formada por ochenta profesionales encuestados. La satisfacción con el protocolo asistencial valorada mediante una escala del 1 al 10, obtuvo una puntuación de: 4,11 en el equipo de anestesiistas, 7,6 en el de tocología, 7,8 en el de enfermería, 9,9 en el de matronas y 10 en el de pediatría.
- **Conclusiones:** conocer la opinión de los profesionales permite crear estrategias de mejora con la finalidad de asegurar el éxito de la intervención.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe una tendencia hacia un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal.^{1,2} Al ser la cesárea la ope-

¹ Morlans, M. (2011). «El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante». *Reduca*, n.º 3, pp. 176-206.

² Martínez, J. M.; Delgado, M. (2013). «Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos». *GinecolObstetMex*, n.º 81, pp. 706-710.

ración obstétrica más comúnmente efectuada,^{3,4} esta se mantiene arraigada en las rutinas hospitalarias, aparentemente inmune a los cambios centrados en la mujer que están teniendo lugar en las salas de partos.⁵ Entre otros, el Ministerio de Sanidad y Política Social en su informe: *Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones* del año 2009 recomienda facilitar la presencia del padre o acompañante junto a la mujer en el área quirúrgica, durante todo el proceso, con las adecuadas normas de seguridad.⁶ Estas razones, unidas a la demanda de la sociedad, han llevado a nuestro servicio a diseñar un protocolo que permita darles respuesta, lo que posibilita la entrada de un acompañante en los nacimientos por cesárea electiva con la finalidad de aumentar la calidad del proceso sin disminuir la seguridad. Este cambio de protocolo nos brinda la oportunidad de conocer cómo responden los profesionales a la nueva situación.

OBJETIVOS

El objetivo general del presente estudio pretendía analizar la satisfacción de los profesionales con el protocolo asistencial que permite la entrada de los acompañantes a los partos por cesárea. Para llevarlo a cabo, diseñamos los siguientes objetivos específicos: analizar cómo los profesionales perciben la entrada en el quirófano de los acompañantes en relación con su práctica asistencial, observar la evolución de la satisfacción con el protocolo a lo largo del tiempo e identificar puntos de mejora en el protocolo.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Para dar respuesta a los objetivos se optó por realizar un estudio observacional, descriptivo y longitudinal que tuvo lugar en el hospital Parc Taulí de Sabadell,

3 Souza, J. P.; Bertran, A. P.; Dumont, A.; De Mucio, B.; Gibbs, C. M.; Deneux, C. et al. (2015). «A global Reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study». *BJOG*, vol. 123, n.º 3, pp. 427-436.

4 Nápoles, C.; Piloto, M. (2012). «Consideraciones actuales sobre la operación cesárea». *Medisan*, n.º 16, pp. 1579-1595.

5 Smith, J.; Plaat, F.; Fisk, N. M. (2008). «The natural cesarean: a woman-centred technique». *BJOG*, n.º 115, pp. 1037-1042.

6 Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

mediante un cuestionario autocumplimentado elaborado *ad hoc* por el equipo de investigación y validado mediante una prueba piloto.

La población de estudio fueron los profesionales sanitarios que participan en la atención al parto mediante cesárea electiva: anestesiólogos, enfermeras, matronas, neonatólogos y tocólogos, entre los meses de septiembre de 2015 y febrero de 2016. Se obtuvo una muestra de conveniencia de ochenta profesionales. Como criterio de exclusión se estableció el no consentimiento de participación.

Variables de estudio

Descriptivas de los profesionales (edad, categoría profesional y tiempo de experiencia) relacionadas con opiniones y creencias que pueden tener los profesionales respecto a la entrada de los acompañantes en el quirófano y variables sobre diferentes aspectos operativos del protocolo. Recogida de datos: se presentó el estudio a los diferentes profesionales de los servicios y se llevó a cabo la petición de participación mediante consentimiento informado. El cuestionario se realizó en tres fases: 1) se administró el cuestionario a todos los profesionales al inicio de la entrada en vigor del protocolo (octubre de 2015), 2) y 3): se administrará el cuestionario a todos los profesionales a los tres y nueve meses de la entrada en vigor del protocolo (enero y mayo de 2016). Análisis de los datos: se creó una base de datos en el programa Access que recogía las diferentes variables del estudio y se introdujeron los datos mediante una tabla de disociación de datos para garantizar el anonimato.

RESULTADOS

En la primera fase del estudio, el tamaño muestral final resultó de ochenta profesionales sanitarios. La muestra estaba formada por un 30,77% de anestesiólogos, 29,23% de obstetras, 24,62% de matronas, 7,7% de pediatras y 7,69% de enfermeras. El grueso más importante de la muestra presentaba una edad comprendida entre los treinta y seis y los cincuenta años de edad, y entre cinco y diez años de experiencia laboral. En el 59,38% de los casos no habían asistido aún una cesárea con la presencia de un acompañante. A la cuestión relacionada con su grado de satisfacción con el nuevo protocolo, valorado mediante una escala numérica del 1 al 10, el equipo de anestesia lo puntuó con un 4,11, el de tocólogos con un 7,6, el de enfermeras con un 7,8, el de matronas con un 9,9

y el equipo de pediatras con un 10. Ante la pregunta: ¿cree que es importante que la mujer pueda estar acompañada durante la cesárea?, valorada mediante la misma escala numérica, el equipo de anestesistas lo puntuó con un 4; por otro lado, el equipo de enfermeras y tocólogos lo valoraron con un 8 y un 7,5, respectivamente; las matronas lo puntuaron con un 9,8 y el equipo de pediatría, con un 10. Como respuesta a la pregunta: ¿considera que su actividad durante la intervención se verá modificada por la presencia del acompañante?, el equipo de anestesistas lo puntuó con un 8; el equipo de enfermeras con un 1,9, el equipo de tocólogos con un 5, el equipo de matronas con un 3,8 y el de pediatras con un 0,5. Por último, ante la pregunta: ¿considera que la presencia del acompañante alterará su comunicación con el resto del equipo?, la valoración por equipos asistenciales fue similar a la obtenida en la pregunta anterior.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares del estudio muestran que la mayoría de los profesionales están satisfechos con la puesta en marcha del nuevo protocolo, ya que todos los equipos lo valoraron con una puntuación superior a 7 sobre 10 a excepción del equipo de anestesia. En esta misma línea podemos ver que los equipos que lo valoraron positivamente son también aquellos que opinan que el acompañamiento de la mujer durante la intervención quirúrgica es importante. Por otro lado, los profesionales que trabajan en unidades de carácter tradicionalmente cerrado como los anestesistas y los ginecólogos, específicamente en el ámbito de las intervenciones quirúrgicas, consideran que su actividad se verá modificada negativamente por la presencia de un acompañante. En contraposición, los profesionales que están en contacto con los familiares en su día a día opinan que la presencia de un acompañante en el área quirúrgica no afectará a su actividad cotidiana.

Conocer la opinión de los profesionales ante la puesta en marcha del nuevo protocolo no solo nos brinda la oportunidad de descubrir cómo estos responden ante dichos cambios, sino que nos da pautas para crear estrategias de futuro con la finalidad de conseguir una mayor satisfacción, no solo de estos profesionales sino también de las mujeres y sus parejas en relación con la experiencia de parto, asegurando así el éxito de la intervención.

Impacto del dolor de la lesión perineal en el posparto

Margarita Manresa Lamarca

El dolor perineal posparto es uno de los aspectos que influye en la mujer y la hacen más vulnerable durante el puerperio, ya que interfiere directamente en la realización de las actividades de la vida diaria y en la relación madre-hijo. El dolor perineal no solamente aparece en aquellas mujeres que han sufrido lesión durante el parto, sino también en las que han mantenido su periné íntegro. Se refieren a ello como algo «inesperado», de «no estar preparadas para este dolor», «tratarse de un tema tabú» o «sentirse solas ante este problema». Identifican como principales causas de este negativo impacto la «falta de información», el «descuido» y la «desatención» por parte de los profesionales sanitarios.

EL DOLOR PERINEAL Y SU AFECTACIÓN EN EL POSPARTO INMEDIATO Y PRECOZ

A pesar de que el embarazo y el nacimiento no son enfermedades, la maternidad constituye un momento de la vida de especial vulnerabilidad.¹ Uno de los aspectos que hace a la mujer vulnerable durante el puerperio es el dolor perineal.

Muchos estudios evidencian el impacto que produce la lesión perineal en la mujer en relación con indicadores de morbilidad tales como severidad del dolor, proceso de cicatrización, ausencia de infección, incontinencias urinarias y/o fecales, tiempo transcurrido hasta el reinicio de relaciones sexuales y dispareunia. Sin embargo, cada vez más se publican artículos de estudios cualitativos que incluyen conceptos más abstractos como la experiencia del parto, la experiencia en la relación madre-hijo, etcétera, en los que se encuentran repetidas alusiones sobre el impacto negativo que produce el dolor de la lesión perineal en la maternidad.

1 Goberna, J. (2008). «Reflexiones sobre decisiones informadas y diversidad cultural en la asistencia sanitaria al nacimiento». En Boladeras, M (coord.). *Consentimiento informado y diversidad cultural*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Cuaderno n.º 15.

Las mujeres lo refieren como algo «inesperado», de «no estar preparadas para ello»,² de «tratarse de un tema tabú» o de «sentirse solas ante este problema».³ Identifican como principales causas de este negativo impacto la «falta de información», el «descuido» y la «desatención» por parte de los profesionales.^{4,5}

Sin embargo, se trata de un problema muy prevalente aunque de poca duración. Cerca de un 85% de las mujeres sufren lesión perineal tras el parto.⁶ Pero el dolor perineal posparto lo sufren la mayoría de las mujeres, incluso aquellas que han mantenido su periné íntegro.⁷

Un estudio llevado a cabo en Inglaterra por Andrews y Thakar⁸ en 2008 evidencia una alta prevalencia del dolor perineal durante el puerperio, independientemente del grado de lesión. Así, un 75% de mujeres con periné íntegro refieren dolor perineal en el primer día posparto, llegando al 95% de mujeres con desgarros de primer o segundo grado y al 97% de las mujeres que han sido sometidas a episiotomía. A las seis semanas posparto, un 4% de las mujeres con desgarros de primer o segundo grado y un 13% de las sometidas a episiotomía refieren todavía niveles de dolor perineal.

Este dolor afecta al bienestar de la mujer, ya que influye directamente en la realización de las actividades de la vida diaria, en los patrones de sueño, en la micción y defecación, y en los cuidados del recién nacido, sobre todo durante los primeros días posparto.^{9,10}

Pero el dolor perineal no es el único factor, ni siquiera el más importante, al que se enfrenta la mujer en este momento de la vida, sino que suele dirigir

2 Way, S. (2012). «A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality». *Midwifery*, vol. 28, n.º 5, e712-9.

3 Herron-Marx, S.; Williams, A.; Hicks, C. (2007). «A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity». *Midwifery*, vol. 23, n.º 3, pp. 322-334.

4 Amorim Francisco, A.; Junqueira Vasconcellos de Oliveira, S. M.; Barbosa da Silva, F. M.; Bick, D.; González Riesco, M. L. (2011). «Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil». *Midwifery*, vol. 27, n.º 6, e254-9.

5 Swain, J.; Dahlen, H. G. (2013). «Putting evidence into practice: a quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, vol. 26, n.º 1, pp. 65-70.

6 Webb, S.; Sherburn, M.; Ismail, K. M. K. (2014). «Managing perineal trauma after childbirth». *BMJ* (Clinical research ed.), vol. 349, g6829.

7 Williams, A.; Herron-Marx, S.; Carolyn, H. (2007). «The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma». *Midwifery*, vol. 23, n.º 4, pp. 392-403.

8 Andrews, V.; Thakar, R.; Sultan, A. H.; Jones, P. W. (2008). «Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study». *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol*, vol. 137, n.º 2, pp. 152-156.

9 Lundquist, M.; Olsson, A.; Nissen, E.; Norman, M. (2000). «Is It Necessary to Suture All Lacerations After a Vaginal Delivery?». *Birth*, vol. 27, n.º 2, pp. 79-85.

10 Way, S. (2012). «A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality». *Midwifery*, vol. 28, n.º 5, e712-9.

toda su atención a la instauración de la lactancia y a la recuperación de la normalidad familiar.

Las mujeres identifican como causa principal de esta vivencia el descuido o infravaloración de este aspecto por parte de los profesionales. Sin embargo, una buena educación sanitaria junto con un buen control del dolor perineal mejoran el bienestar de la mujer, la lactancia y la adaptación a su nueva situación personal y familiar.¹¹

CONTROL DEL DOLOR PERINEAL POSPARTO

Cuando la mujer dispone de una información de calidad con relación a los cuidados de la herida perineal, tiene una experiencia más positiva de la maternidad y, además, se da cuenta de que no está sola en esta experiencia sino que es muy común para la mayoría de las mujeres.¹²

Basándose en estudios realizados siguiendo criterios de máxima evidencia científica, a continuación se exponen procedimientos que ayudan a prevenir y/o mejorar el dolor de la lesión perineal. La educación maternal preparto es un momento idóneo para hacer esta educación sanitaria.

Medios para prevenir el dolor

- a) **Masaje perineal preparto:**¹³ disminuye el riesgo de sufrir lesiones que precisan sutura, sobre todo, episiotomía. También reduce el dolor posparto, independientemente de haber realizado o no episiotomía, a los tres meses posparto.
- b) **Aplicación de calor en los cuidados perineales en la segunda fase del parto:**¹⁴ se evidencia una disminución de lesiones de alto grado, aunque la revisión sistemática destaca que hay más factores de riesgo que provocan lesión perineal.

11 East, C. E.; Sherburn, M.; Nagle, C.; Said, J.; Forster, D. (2012). «Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage». *Midwifery*, vol. 28, n.º 1, pp. 93-97.

12 Way, S. (2012). «A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality». *Midwifery*, vol. 28, n.º 5, e712-9.

13 Beckmann, M. M.; Stock, O. M. (2013). «Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, CD005123.

14 Aasheim, V.; Nilsen, A. B. V; Lukasse, M.; Reinart, L. M. (2011). «Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 12, CD006672.

- c) **Pujos en la segunda fase del parto:** muy recientemente se ha publicado esta revisión sistemática¹⁵ (octubre de 2015), en la que se concluye, en relación con la lesión perineal producida por los pujos, que no hay diferencia según se hayan iniciado los pujos precozmente o se hayan retrasado hasta deseo de la mujer, incluso con anestesia peridural. Aunque Lemos apunta que todavía no está claro cómo afectan los pujos al suelo pélvico, sí que se puede afirmar que, respecto al dolor perineal, no habrá diferencias entre iniciar los pujos precozmente o de forma retrasada.

Una vez que se haya producido el nacimiento, es fundamental informar sobre el grado de lesión perineal que ha sufrido la mujer y de su reparación.^{16,17}

Medios para reducir el dolor perineal

- a) **Aplicación de frío local,**¹⁸ entre 10 y 20 minutos cada cuatro horas.
- b) **Analgesia:**¹⁹ Un estudio de East et al. demuestra que tras una intervención basada en educación sobre el abordaje del dolor perineal tanto a profesionales como a mujeres, la toma de analgésicos ofrecidos por los profesionales aumentó mucho y sin embargo la solicitud de analgesia de rescate disminuyó. También hubo diferencias significativas en la toma de analgésicos posterior a las cuarenta y ocho horas posparto, siendo esta mucho menor. Así pues, este estudio concluye que el dolor perineal, mediante la educación y la pauta de analgesia, disminuye durante las cuarenta y ocho horas posparto. Así, se deduce que la experiencia de la maternidad durante la primera semana posparto es mucho más positiva.

15 Lemos, A.; Amorin, M. M. R.; Dornelas de Andrade, A.; De Souza, A. I.; Cabral Filho, J. E.; Correia, J. B. (2015). «Pushing/bearing down methods for the second stage of labour». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, CD009124.

16 Way, S. (2012). «A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality». *Midwifery*, vol. 28, n.º 5, e712-719.

17 National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and babies. (Clinical Guideline No 190) 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg190.

18 East, C. E.; Begg, L.; Henshall, N. E.; Marchant, P. y Wallace, K. (2007). «Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 4, CD006304.

19 Swain, J.; Dahlen, H. G. (2013). «Putting evidence into practice: a quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain». *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, vol. 26, n.º 1, pp. 65-70.

- c) **Inicio de los ejercicios de suelo pélvico** tan pronto como sea posible, tal como demuestra Boyle en revisión sistemática.²⁰ A pesar de que la lesión perineal no es uno de los objetivos de esta revisión sistemática, los factores estudiados muestran una fuerte asociación con la lesión perineal y por tanto con el dolor perineal.
- d) **Combinación de técnicas para la analgesia posparto:** según apuntan Swain y Webb, la combinación de Paracetamol, Diclofenaco, hielo e inicio precoz de ejercicios de suelo pélvico ha demostrado ser la pauta analgésica más eficaz.^{21,22}

CONCLUSIONES

La prevalencia del dolor perineal y el impacto que produce este en la recuperación de la mujer después del nacimiento justifican que las matronas traten más ampliamente este aspecto en el Programa de educación maternal: preparación al nacimiento, y proporcionen cuidados de calidad en el posparto.

De esta manera la experiencia será vivida más positivamente por la mujer y se favorecerá, además, su autonomía.²³

20 Boyle, R.; Hay-Smith, E. J. C.; Cody, J. D.; Mørkved, S. (2012). «Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, CD007471.

21 Webb, S.; Sherburn, M.; Ismail, K. M. K. (2014). «Managing perineal trauma after childbirth». *BMJ* (Clinical research ed.), vol. 349, g6829.

22 Swain, J.; Dahlen, H. G. (2013). «Putting evidence into practice: a quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain». *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, vol. 26, n.º 1, pp. 65-70.

23 East, C. E.; Sherburn, M.; Nagle, C.; Said, J.; Forster, D. (2012). «Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage». *Midwifery*, vol. 28, n.º 1, pp. 93-97.

Tratamiento del parto por la cultura de masas. Implicaciones

Sofía González Salgado

En una sociedad en la que la mayoría de las mujeres han tenido poco contacto con experiencias reales de parto y nacimiento antes de gestar, y en la que la biotecnología se ha hecho un hueco en todas las fases del proceso reproductivo, los medios de comunicación se han convertido en un recurso al alcance de la mano para recabar información sobre el parto y el nacimiento e intentar racionalizarlos, contribuyen, al mismo tiempo, a la estandarización cultural de la sociedad y dificultan seriamente el abordaje personal y profesional individualizado que requieren tales procesos.

El siguiente texto evidencia el papel de transmisor y refuerzo de los medios de comunicación de determinados modelos estereotipados de atención y desarrollo del proceso de parto.

EL PARTO EN LA CULTURA DE MASAS

Cada manifestación integrante de la cultura de masas permite el desarrollo de un producto apto para ser asimilado por el ciudadano de clase media (sociedad de masas), se vale de herramientas del márketing y de la publicidad para conseguir ser rentable (medios de comunicación de masas), y pone a la ciencia y al conocimiento al servicio de la producción de valores y símbolos que aspiran a ser aceptados por parte de la mayoría.¹ Se genera también un sustrato ideal para la retroacción, puesto que la sociedad crea su realidad adoptando ideas y costumbres absorbidas principalmente de los medios, y la teoría tiende a buscar ejemplos o motivaciones en la cultura popular.

En la representación popular del parto son cuatro los elementos recurrentes: la urgencia, el miedo, el dolor y el peligro:

1 Alfaro Vargas, R. (2009). «El pensamiento de Slavoj Žižek». *Revista de Filosofía y Teoría Política*, n.º 40, pp. 11-30.

- En las descripciones y relatos mediáticos se fomenta la prisa por llegar al hospital. Una vez allí, la mujer pare con rapidez (en especial tras la rotura espontánea de membranas, no obligatoriamente tempestiva).
- Generalmente se retrata a la mujer en trabajo de parto como poco contenida, mitad atemorizada, mitad histérica. Si por casualidad no siente miedo, se la etiqueta de «loca», «ignorante» o «alternativa», y se le recuerda que debería sentirlo.
- Los métodos de relajación y de alivio no farmacológico del dolor, la contención y el apoyo a la parturienta, el movimiento libre en el trabajo de parto y la posición libre en el expulsivo se abordan muy raramente.
- Acapara mayor atención el parto medicalizado o el complicado. Se alimenta la idea del parto como proceso estresante y potencialmente peligroso para la mujer y el bebé. El hospital se presenta como dispensario de seguridad, y los profesionales sanitarios como acompañantes idóneos (aunque rara vez se contempla a una matrona supervisando un parto sin adoptar el rol de auxiliar del médico) y sujetos activos en la toma de decisiones durante el proceso, en detrimento de la mujer.
- La vía intravenosa, los registros cardiotocográficos y la epidural son requisitos indispensables para un parto seguro (conceptos de «némesis médica» y «iatrogenia médico-cultural» de Iván Illich).²
- Se refuerza la idea de la hospitalización y el intervencionismo como recursos salutogénicos.
- El parto se convierte en un trámite del que se desea salir rápido, y rara vez como un momento de celebración de la vida.
- El «final feliz» de los partos extramuros se adjudica o a la buena suerte o a la participación activa de una figura de autoridad y casi siempre masculina (marido, taxista, policía, bombero...).

Ante semejante escenario los partos rápidos no suelen ser la norma, y fomentar acudir al hospital en fase pasiva y temprana del trabajo de parto hace que la población establezca como «hora cero» la hora del ingreso hospitalario. Al dilatarse los tiempos hasta el nacimiento, aumenta la ansiedad tanto en la mujer como en sus acompañantes, y también se incrementa el riesgo de intervención por parte del personal sanitario.

El miedo al dolor hace que el «dolor en el parto» sea una experiencia negativa y difícilmente gestionable con recursos propios. Alimentando sociedades

2 Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.

en las que el miedo al parto está muy presente, se hace raro dar con mujeres que hayan vivido su parto como una experiencia amorosa, lo que retroalimenta la idea del parto como experiencia atemorizante.

Los procesos de subjetivación y de ensalzamiento de modelos hegemónicos sin aval científico llevados a cabo por los medios de comunicación de masas impiden que la sociedad normalice la falta de intervención en el parto y minimizan los efectos secundarios de su sobremedicalización. Algunas prácticas profesionales acaban basándose en fundamentos y requerimientos populares, lo que entorpece el abordaje individualizado y científico que requiere un proceso como el trabajo de parto.

Los profesionales aceptados y valorados socialmente acaban siendo aquellos que se convierten en emisarios de la cultura dominante.

CONCLUSIÓN

Puesto que los medios de comunicación de masas se han convertido en una pieza fundamental para la configuración, la transmisión y la globalización del conocimiento científico y médico en la sociedad (influyen en numerosos aspectos: desde las actitudes de los usuarios hasta las modificaciones en política sanitaria), las mejoras pasarían por la especialización de los periodistas en materia científica, pero también por una modificación en las prioridades de los investigadores (búsqueda de la excelencia científica por encima del impacto mediático de sus trabajos) y en la mirada del usuario, más comprometido, atento y autónomo, y no víctima de los miedos sociales heredados o creados.

NOTAS BIOGRÁFICAS

Marta Ausona Bieto

Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Es miembro del grupo de investigación GRAPP y cofundadora del grupo MATER. Observatori de les Maternitats i Paternitats Contemporànies. Desde el 2011 se ha dedicado a estudiar las subjetividades femeninas en torno a las lactancias de larga duración social, relacionándolas con los debates feministas y el contexto social y económico actual. Ha publicado los siguientes artículos: «Beverly Beech: Am I Allowed?» (*Àgora*, 2014) con S. Brigidi y L. Cardús; «Encara li dónes el pit? Tabús occidentals envers els usos de la corporalitat en la criança» (*Quaderns-e ICA*, 2013), y «Lactancias maternas de larga duración o sobre cómo la tradición innova» (en *Maternidades, procreación y crianza en transformación*, 2013).

Margarita Boladeras Cucurella

Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Barcelona, profesora del máster oficial interuniversitario de Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política y del programa de doctorado con mención de excelencia en Ciudadanía y Derechos Humanos, del que ha sido coordinadora entre 2010 y 2015. Forma parte del grupo de investigación Aporía. Investigación en Filosofía Contemporánea, Ética y Política de dicha universidad. Es miembro del consejo de redacción de la revista *Àgora* (Universidad de Santiago de Compostela) y miembro del consejo asesor de la revista *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* (UB). Es miembro del Comité de Bioética de Cataluña, de la Comisión de Bioética de la UB y del jurado de los premios y becas de Bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Es autora o coordinadora de diecisiete libros, treinta y tres capítulos de libro y quince artículos de revistas científicas; muchos de estos trabajos están disponibles en www.researchgate.net/profile/Margarita_Boladeras.

Francesc Botet Mussons

Doctor en Medicina (1978), especialista en Pediatría (1978), máster en Gestión Sanitaria (2004), jefe de Servicio de Neonatología en el Hospital Clínic de Barcelona; profesor titular de Pediatría en la Universidad de Barcelona y codirector del máster de Neonatología de dicha universidad. Autor de numerosos artículos originales, 58 de los cuales en revistas indexadas, con un factor de impacto total de: 158,106 y de 71 capítulos en libros. Revisor de artículos en diferentes revistas científicas internacionales: *Pediatrics*, *Anales de Pediatría*, *Research and Reports in Neonatology*, *The Journal of Pediatrics*, *Journal of Clinical Nursing*, *International Journal*

of General Medicine, International Journal of Women's Health, Medicina Clínica (Barcelona), *Acta Paediatrica*.

Secretario general de la Sociedad Española de Neonatología (2011-2015), miembro de la Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, fue presidente del XXIV Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Neonatología celebrado en Barcelona en octubre de 2013.

Serena Brigidi

Doctora en Antropología de la Medicina con una tesis en Migración y Salud Mental (2009, Universidad Rovira i Virgili), mención honorífica Premio Marqués de Lozoya (2010). Licenciada en Pedagogía. Profesora en el Departamento de Ciencias Sociales y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar (Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña) y asociada al Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (URV). Miembro del Medical Anthropology Research Center – MARC (URV); cofundadora de MATER. Observatori de les Maternitats i Paternitats Contemporànies y miembro de los siguientes grupos de investigación: Methodologies, Methods, Models and Outcomes (UVIC-UCC) y Grup d'Antropologia Social (URV).

Sus líneas de investigación se han ampliado a distintos campos de la antropología médica: pluralismo asistencial, formas de autoatención, experiencias y narrativas de instituciones de atención a la salud mental; género y salud; medicalización del embarazo, parto y crianza y violencia obstétrica. Dirige una importante línea de investigación en el uso de los recursos audiovisuales en la innovación docente: www.researchgate.net/profile/Serena_Brigidi.

Montserrat Busquets Surribas

Enfermera, máster en Bioética y Derecho y licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Es profesora de la Escuela de Enfermería de dicha universidad, donde coordina e imparte la docencia de la asignatura de Ética y Legislación en Enfermería y dirige el posgrado de Enfermería en Cuidados Paliativos que se realiza conjuntamente con el Institut Català d'Oncologia.

Su área de interés se centra en la ética profesional, la bioética y la ética del cuidado. Fue jefa de redacción de la revista *Enfermería Clínica* entre 1991 y 2000. Actualmente es vocal de la Comisión Deontológica del Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona, miembro del Comité de Bioética de Catalunya en representación del Consell Català de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya y miembro del Patronato de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Alba Calderer Armengou

Graduada en Enfermería el año 2013 por la Universidad de Barcelona con calificación media de sobresaliente. Actualmente es residente de segundo año de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) en la Unidad Docente de Cataluña y desarrolla su residencia en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Sus intereses en investigación se centran en: la humanización del parto y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Colabora en proyectos de investigación del Hospital Parc Taulí relacionados con los cuidados durante el proceso de embarazo y parto y la atención al neonato. Ha presentado varias comunicaciones en congresos comarcales y nacionales como investigadora principal, entre ellas: «Obesitat i part. Resultats perinatals en la població de Sabadell» y «Nutrición prenatal, obesidad y embarazo». Ganó el Premio a la Mejor Comunicación Oral con el proyecto «Importància de l'educació sanitària per reforçar la seguretat dels pares en la cura del nounat», que presentó en las jornadas comarcales de Cataluña del año 2014. Es coautora de la *Guía clínica de atención y curas al recién nacido*, aprobada por el Comité de Guías Institucionales de la CSPT de Sabadell.

Susana Calle del Fresno

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Barcelona (2002). Especialista en Enfermería Gineco-Obstétrica (matrona) en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña (2008) como residente en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posgrado en Anestesia y Reanimación por la Universidad Autónoma de Barcelona y máster en Inteligencia Emocional en las Organizaciones por la UB. Ha participado en diferentes proyectos de investigación dentro de la institución Parc Taulí para la mejora de la práctica diaria. Forma parte de la vocalía de matronas del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Cuenta con experiencia asistencial en el ámbito de Atención Primaria de Salud en el ASSIR de Sabadell (2008-2011). Actualmente desarrolla su actividad profesional en el ámbito hospitalario en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Laura Cardús Font

Doctora en Antropología por la Universidad de Barcelona con una investigación en el marco de la antropología visual en México; máster en Cooperación y Desarrollo y maestra de formación. Se interesa por el ámbito de la maternidad a partir de su propia experiencia y de su activismo en Dona Llum – Associació Catalana per un Part Respectat.

Después de fundar MATER. Observatori de les Maternitats i Paternitats Contemporànies en 2014, decide desarrollar su investigación en torno a las construcciones socioculturales sobre el parto y las narrativas transgeneracionales. También se interesa por la construcción de imaginarios sobre el parto y sobre la visibilización de la muerte perinatal, y su próximo proyecto incluirá una comparativa entre las realidades México-España en relación con la visibilidad/invisibilidad de la muerte y el nacimiento y las muertes en el nacimiento. Tiene dos hijas y es profesora eventual en la UB y en la Universitat Oberta de Catalunya.

Janet Delgado Rodríguez

Licenciada en Filosofía, máster en Bioética, máster en Filosofía teórica y práctica. Enfermera en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias (HUC), es profesora de la Sección de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna. Es miembro del Comité de Ética Asistencial del HUC y de la comisión Deontológica del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Enfermería.

Ha publicado varios artículos en revistas científicas y ha presentado ponencias y comunicaciones en congresos nacionales e internacionales como investigadora principal. Sus líneas de estudio se centran en los aspectos éticos de los cuidados interculturales, la autonomía relacional y el concepto de vulnerabilidad en el ámbito de la bioética. Actualmente desarrolla su tesis doctoral en la ULL.

Lydia Feito

Profesora de Bioética y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Es doctora en Filosofía, doctora en Neurociencia, magíster en Bioética, magíster en Neuropsicología Cognitiva y Neurología Conductual. Presidenta de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Directora del Seminario de Investigación en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid. Directora de la Revista *Bioética Complutense*. Vicepresidenta del Comité de Ética del Instituto de Enfermedades Raras (Instituto de Salud Carlos III de Madrid). Vocal del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Miembro del Grupo de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad. Tiene numerosas publicaciones en el campo de la bioética y la ética aplicada, entre ellas: *Ética y enfermería* (2009), *Bioética narrativa* (con T. Domingo, 2013).

María Garreta Chorro

Matrona titulada por la Unidad Docente de Matronas de Cataluña en el año 2013 y enfermera formada en la Universidad Católica de Valencia. Desde principios de 2014 ejerce su labor como matrona en un hospital en Inglaterra. En el año 2010 comenzó su andadura como administradora del blog y el grupo en Facebook «Proyecto Matronas». Ambos la han llevado a participar en congresos: Granada (2013) y en ponencias como la celebrada en Barcelona en el II Congreso Internacional: Género, ética y cuidado (2015). También ha aparecido en revistas como *Mundo Sanitario*, *El Northern*, *Espanoles en el exilio* y *News Matrona*.

No tiene fecha de vuelta a España y de momento quiere seguir disfrutando de «ser matrona en Inglaterra», una oportunidad que le está permitiendo crecer como profesional y una experiencia de la que, sin duda, espera se puedan enriquecer las mujeres cuando vuelva a su país de origen.

Josefina Goberna Tricas

Diplomada en Enfermería, matrona, licenciada en Ciencias Políticas y Sociología y doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona. Profesora titular del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil de la UB, donde imparte docencia de grado, máster y doctorado; es también docente en el máster y en el doctorado de Ciudadanía y Derechos Humanos de la misma universidad. Ha sido coordinadora del doctorado de Ciencias Enfermeras entre 2012 y 2014. Actualmente es presidenta de la Comisión de Doctorado de Centro y miembro del Comité de Dirección de la Escuela de Doctorado de dicha universidad. Es secretaria del centro de investigación Teoría, Género, Sexualidad (ADHUC) de la UB.

Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas y diversos capítulos de libros. Premio de Investigación en Bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas en 2010. Es coordinadora del Grupo de Investigación SGR 156 Grupo de Estudios en Mujer, Salud y Ética de la Relación Asistencial. Codirectora de la revista *Matronas Profesi3n* entre 2009 y 2015, actualmente dirige *MUSAS. Revista de Investigaci3n en Mujer, Salud y Societat* (UB) y es revisora en la revista *Enfermería Clínica* y en la revista *Midwifery*.

Analía Gómez Fernández

Es diplomada en Enfermería por la Universidad de León (2006) y especialista (matrona) por la Unidad Docente de Matronas de Cataluña (2009). Ha trabajado como matrona asistencial en Atención Primaria y hospitalaria, combinando dicha actividad con la formación continuada, la investigación y la actividad docente. Realizó un máster en violencia de género en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (2010-2012) y actualmente está cursando el doctorado en el programa de Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona.

Colabora en la formación de las matronas residentes y en la formación continuada del Hospital General de L'Hospitalet y del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB). Ha presentado veintinueve pósteres, cinco comunicaciones orales y tres artículos en revistas nacionales e internacionales. Fue coordinadora del comité científico de la VII Reunió de Llevadors i Infermeres de les Comarques Catalanes en 2013 y miembro de la vocalía de matronas del COIB (2011-2015). Actualmente es referente de calidad del ASSIR de Just Oliveras (L'Hospitalet de Llobregat).

M.^a Dolores Gómez Roig

Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona. Es coordinadora de la Obstetricia General de BCNatal (Centro de Medicina Maternofetal y Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic – Hospital Sant Joan de Déu). Pertenecer a la Junta de la Sección de Medicina Maternofetal de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología. Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Investigadora principal del grupo del Hospital de Sant Joan de Déu, en la Red de Salud Materno Infantil y Desarrollo, financiada por el Instituto de Salud Carlos III. Investigadora principal de la línea «Entorno fetal y complicaciones obstétricas» de BCNatal. Dirige cursos de formación, ha recibido financiación de diferentes becas de investigación y ha publicado artículos en publicaciones de ámbito nacional e internacional. Realiza su investigación en colaboración con la Fundació Sant Joan de Déu y la Fundació Fetal Medicine Barcelona.

Sofía González Salgado

Diplomada en Enfermería en 1998 por la Universidad de la Coruña. Especialista en Obstetricia y Ginecología desde 2006 (Unidad Docente de Galicia). Estudiante del Grado de Sociología en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Miembro de la Comisión de Sanidad de la Red Ciudadana Partido X. Exsecretaria de la Asociación Galega de Matronas. Matrona en

el Hospital Comarcal de Monforte (Lugo) y Fisiolagoas Pilates y Maternidad (Ourense). Nómada vocacional.

Joan Guanyabens Calvet

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y máster en Gestión Hospitalaria por ESADE, con más de veinte años de experiencia en gestión de recursos humanos, consultoría y asesoramiento en el uso y aplicación de tecnologías de la información en el sector de la salud. Ha trabajado, entre otros, en el Servicio Catalán de la Salud, Centro Diagnóstico UDIAT de la Corporación Parc Taulí de Sabadell y como consultor.

Ha sido secretario de estrategia y coordinación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, director ejecutivo de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) del Departamento de Salud y coordinador general de las tecnologías de información y las comunicaciones en el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Ha dirigido, asimismo, el desarrollo e implementación del plan estratégico de SITIC 2007-2012.

Rosa Llobera Cifre

Diplomada en Enfermería por la Universidad de las Islas Baleares (2010), experta universitaria en Educación para la Salud (2011), especialista en enfermería gineco-obstétrica (matrona) en la Unidad Docente de las Islas Baleares (2014), máster en Políticas de Igualdad y Prevención de Violencia de Género (2014-2015), con experiencia asistencial en el ámbito de Atención Primaria de Mallorca y en el Hospital Comarcal de Inca. Actualmente cursa el programa de doctorado de Estudios Interdisciplinarios de Género en la UIB.

Margarita Manresa Lamarca

Matrona, realizó la especialidad de enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña (2002-2004) y el Máster en Cuidados Enfermeros: Metodología y aplicación en la Universidad de Barcelona (2013-2015).

Ha desarrollado la mayor parte de su carrera profesional en sala de partos, especializándose en la atención a la segunda fase del parto y en el estudio de las lesiones perineales de origen obstétrico. Colaboradora docente en cursos de sutura de las lesiones perineales, tanto nacionales como internacionales. Es tutora de residentes de matrona del Hospital de Granollers y docente en el Programa de Formación Continuada del mismo hospital. Ha colaborado en la elaboración de los Protocolos de Atención al Parto del Hospital.

Actualmente centra su investigación en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las lesiones perineales de origen obstétrico, tema en el que está desarrollando su tesis doctoral.

Victoria Morín Fraile

Diplomada en Enfermería, licenciada en Pedagogía y doctora en Ciencias Enfermeras por la Universidad de Barcelona. Profesora de la Escuela de Enfermería de la UB, donde imparte

la asignatura de Enfermería Comunitaria en el grado de Enfermería, y la asignatura de Actividad Física, Deporte y Salud en el máster oficial de Metodología de la Investigación aplicada a los Cuidados Enfermeros. Profesora del máster de Cuidados Enfermeros en la Atención Primaria (CADI) de la UB. Sus intereses en investigación se centran en: promoción de la salud, actividad física y salud, envejecimiento, formación enfermera y aprendizaje-servicio. Es vocal para Cataluña de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Eva Nicolás Flores

Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de Creu Roja de Terrassa (1993). Máster en Enfermería Quirúrgica por la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Sant Pau de Barcelona (1995) y posgrado en Anestesia y Reanimación en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (2007). Tiene experiencia asistencial en el ámbito quirúrgico en la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

Noemí Obregón Gutiérrez

Doctora en Ciencias Enfermeras por la Universidad de Barcelona, diplomada en Enfermería por la Universidad de Cantabria. Cursó la especialidad de matrona en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Barcelona, máster en Salud Pública y Comunitaria por esta misma Universidad y diplomada en Gestión Hospitalaria por la Universitat Oberta de Catalunya.

Trabaja como matrona desde el año 2003 en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, en el cual, desde el año 2008, ocupa el cargo de gestora asistencial de las Urgencias de Obstetricia y Ginecología. Es profesora asociada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, donde imparte la asignatura de Salud Sexual y Reproductiva. Ha colaborado con la Escuela Universitaria Gimbernat y desde 2013 imparte formación teórica de la especialidad de Matrona en el programa formativo de la Generalitat de Catalunya. Sus intereses en investigación se centran en los temas de género, en la prevención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y en los cuidados relacionados con la atención al embarazo y parto.

Cristina Ortigosa Muñoz

Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de la Creu Roja de Terrassa (1995). Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica por la Unidad Docente de Matronas de Cataluña, residente en el Hospital Clínic de Barcelona (2002). Máster en Inteligencia Emocional en las organizaciones por el IL3 de la Universidad de Barcelona (2011-2012).

Tiene experiencia asistencial como enfermera de urgencias en el Hospital Parc Taulí de Sabadell (1995-2000), como matrona en Atención Primaria en el ASSIR de Mataró (2002-2004), y actualmente como matrona asistencial en el área de urgencias obstétrico-ginecológicas del Hospital Parc Taulí de Sabadell desde 2006.

Montserrat Payà Sánchez

Doctora en Pedagogía. Profesora titular del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación Consolidado GREM (Educación Moral. SGR 1478) y del Instituto de Investigación de la Facultad de Educación (UB) y responsable del Grupo de Innovación Consolidado Innova-the (GIDC-13/090). Ha participado en diferentes proyectos de investigación competitivos relacionados con los temas siguientes: mujer e inclusión social, educación y valores, y teoría de la educación. Es autora o coautora de diversos artículos en revistas indexadas y de capítulos de libro de editoriales reconocidas.

Michelle Piperberg

Doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona. Ha recibido diferentes becas de investigación de la Generalitat de Catalunya (2009-2012) y de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2011-2012). Miembro del proyecto de investigación bioética «Dignidad Humana, los estadios de la vida y el respeto a la diferencia» (2009-2012) y de la Red de Investigación Bioética (RedIB, UB). Es autora de varios artículos y capítulos de libro sobre bioética y ética aplicada (<https://independent.academia.edu/MichellePiperbergPhD>).

Salut Puig Calsina

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Barcelona (1992). Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por la Unidad Docente de Matronas de Cataluña; fue residente en el Hospital Parc Taulí de Sabadell (1997). Licenciada en Psicología por la Universitat Oberta de Catalunya (2010). Máster Interuniversitario de Recerca i Innovació en Cures Infermeres (2015) y máster en Enfermería Pediátrica por la UB (2001). Posgraduada en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor por la Universidad de Vic (2009) y posgraduada en Enfermería Quirúrgica por la UB (1994).

Desde el año 1997 trabaja en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell como matrona. En el ámbito docente es tutora de residentes de matrona desde el año 2013. Actualmente realiza su tesis doctoral en el Programa de Enfermería y Salud de la UB.

Francesca M. Scott

Profesora del ámbito académico de las Humanidades en el Amsterdam University College e investigadora posdoctoral en el proyecto HERA Travelling Text: The Transnational Reception of Women's Writing at the Fringes of Europe en Huygens ING.

Su investigación se ha focalizado en las humanidades médicas y digitales, con un especial interés en la investigación histórica de la literatura médica que trata sobre la salud de las mujeres, el parto y su atención, así como en la recepción en Europa de la literatura escrita por mujeres británicas de los siglos XVIII y XIX. Ha publicado, entre otras obras, *Picturing Women's Health* (Routledge) y *Women Telling Nations* (Brill). Ha escrito el capítulo sobre la escritora Charlotte Smith incluido en el volumen *Romantic Women Writers – An Ashgate Research Companion* (Ashgate) y también ha participado en la obra *Travelling Texts, 1790-1914* (Brill).

El nacimiento de los hijos constituye un momento fundamental en la vida de las mujeres y de las familias, que afecta a toda la sociedad. Desde la segunda mitad del siglo xx, los cuidados durante el parto y el embarazo han experimentado un proceso de medicalización y tecnificación que ha influido en la asistencia sanitaria, hecho que suscita opiniones encontradas: mientras que algunos lo consideran un signo positivo del progreso médico, otros lo hacen responsable de la deshumanización de las atenciones a las embarazadas y reclaman el retorno a un trato más respetuoso con cada persona.

Optar por una asistencia más o menos tecnificada implica decidir, escoger entre diferentes modelos asistenciales, y ello tiene implicaciones éticas, políticas, institucionales y organizativas. ¿A quién corresponde esta decisión? ¿Qué papel deben desempeñar los profesionales? ¿La asistencia obstétrica ha perdido calidad humana? ¿Una menor tecnificación conducirá sin más a una relación más humana? *Bioética de la maternidad* analiza estas cuestiones a través de un conjunto de trabajos de distintos especialistas que aúnan la experiencia profesional y la labor investigadora, con el objetivo de visibilizar los problemas existentes en este ámbito y sus posibles soluciones.

