

## LA EVIDENCIA CIENTIFICA Y LA PROTECCION AL PARTO CONDUCEN A LA EXCELENCIA

(Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla. Matrona, Hospital Universitario “ Marqués de Valdecilla”, Cantabria)

Cuando se me hizo la propuesta de participación en este seminario, en calidad de matrona, tuve una súbita alegría y me dije:.... “no todo está perdido”. Juzgué que era una oportunidad única de abordar un tema que conceptúo como un problema y cuya resolución, considero que pasa en primer lugar, por hacer una reflexión crítica y atinada para adquirir una nueva conciencia profesional, juiciosa y a la vez esperanzada, que proyectemos en la sociedad para crear una nueva conciencia social.

En las últimas décadas se ha producido un gran desarrollo de las ciencias médicas parejo con unas mejoras socioeconómicas y culturales y ello ha llevado a disponer de un elevado y muchas veces costoso tecnicismo en las prácticas de salud que, concretamente en lo referente a la salud reproductiva, si bien es cierto que han mejorado sustancialmente las cifras de morbi-mortalidad materno fetal, no es menos cierto que ha avocado a prácticas que han desbancado a la fisiología en el parto en favor de la tecno-medicalización muchas veces inapropiada e innecesaria.

¿Qué es medicalización? De las múltiples definiciones que se han hecho una de las más aceptadas y claras es la Kishore, experto reconocido en salud pública que la definía como: *“La forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en lo años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de las mujeres, menstruación, embarazo, parto, menopausia.....”*

¿Cómo toma “carta de soberanía” la medicalización? De alguna manera, siempre ha existido la medicina y ha estado al lado de los hombres ejerciendo un control sobre la salud y la enfermedad, pero la medicalización hoy en día la observamos como la conquista de la medicina de un legítimo estatuto científico, profesional y político, la medicalización", se ha convertido en un equivalente de cultura de salud.

Se dice que la medicalización puede adoptar tres grandes modos:

.Redefinir percepciones profesionales y de profanos conducentes a mostrar como enfermedades algunos procesos y por tanto, abiertos a la intervención médica.

.Desechar métodos alternativos de tratamiento, tanto terapias de eficacia probada empíricamente como otras formas desprofesionalizadas

.Exigir la eficacia incontestada de la medicina científica y los beneficios de todas sus contribuciones, menospreciando la ponderación beneficio-riesgo.

En mi opinión estos tres modelos de medicalización están implantados en nuestro desempeño profesional como cuidadores de la salud reproductiva de la mujer.

Buscamos denodadamente la salud y esa pertinaz búsqueda nos hace olvidar que la mujer que engendra y pare, en la mayoría de los casos, es saludable y en ese momento, la medicalización, lejos de ser un sincero aliado muchas veces se convierte en un solapado y poderoso enemigo que puede descalabrar nuestra mejor intención.

Hace más de un cuarto de siglo, el famoso historiador y crítico Ivan Illich en su obra *Némesis* alentó una fuerte controversia al enunciar que la medicina institucionalizada amenazaba la salud, una sentencia que entonces, cuando empezaban a emerger las críticas entorno a la medicalización se la tachó de tajante o extremosa pero en este momento, y mucho más después de este seminario, no creo que nos sorprenda porque habremos tomado conciencia abrumadora de que muchas intervenciones en el parto producen menores beneficios que los riesgos o costos que suponen.

Es cierto que todos nosotros profesionales de la salud tenemos una participación en esta actitud no deseable, aunque no somos los únicos.....

-Nosotros, profesionales sanitarios motivados por el perfeccionamiento de la calidad asistencial nos esperamos ante la oportunidad que se amplíe la oferta y se abran nuevas cauces a la especialización y al desarrollo profesional.

- Las sociedades científicas y los médicos líderes de opinión emiten los consensos y recomendaciones sobre salud.

-La empresa farmacéutica que contribuye a la investigación y desarrollo no lo hace gratuitamente porque busca nuevos clientes en aquellos terrenos donde los previsibles beneficiarios resulten más proclives a la sensibilización.

- Los medios de comunicación son el segundo escalón de la información a los usuarios y ellos buscan el impacto de ahí la cantidad ingente de noticias "cuasi" milagrosas que en la mayoría de los casos tienen dudosa base científica lo que conlleva que la población genere expectativas que sobrepasan la realidad.

- La sociedad en general se ha convencido de que la moderna medicina es omnipotente y ha perdido la confianza en las capacidades humanas; vivimos en una sociedad consumista y hedonista que rechaza sistemáticamente todo disconfort o patología, la premisa de "que la salud no tiene precio" nos inclina a pensar que todo lo más costoso es superior y que la tecnología nos dará una vida mejor.

\_ La administración y los gestores de servicios sanitarios no implantan de una manera ágil y plausible métodos para racionalizar la introducción de nuevas tecnologías y fármacos..... por esto digo que todos somos culpables.

Todo esto nos tiene que llevar a una reflexión ¿a donde vamos por este camino?:

.se etiquetan como enfermos a personas sanas.

.se hacen tratamientos innecesarios que no siempre son inocuos.

.se potencia la idea en la sociedad de que las formas no médicas no sirven para afrontar determinados problemas.

.se está disminuyendo la confianza en las capacidades de las personas.

.se cercena la autonomía de las personas haciéndolas dependientes de la medicina y los servicios sanitarios

.se exige un mayor nivel de respuesta de la medicina a las demandas sociales.

No parece que sea este el camino más adecuado para vivir de una forma saludable, acaso ¿estas prácticas se ajustan a los deberes y normas médicas? ¿qué decimos de la valoración moral de las necesidades y derechos de los pacientes? ¿qué implicaciones tiene esto en nuestra práctica profesional? ¿cumplimos nosotros, profesionales sanitarios con el principio de bondad y el de no maleficencia?

De todos es sabido que la práctica de la medicina ha tenido como guía el aforismo hipocrático “ primum non nocere”, el principio de beneficencia que llevaba implícita la obligación de no producir daño o mal y en el reverso de la moneda el principio de no maleficencia que implicaba la obligación de prevenirle daño o mal, la obligación de remover o retirar lo que esté haciendo daño o mal y la obligación de promover lo que hace bien. La complejidad y multidimensión que fue adquiriendo la sociedad en su evolución exigió un proceso de emancipación, autonomía de los pacientes y universalización de la atención sanitaria, de ahí que fue necesario añadir a estos principios básicos los de autonomía y justicia para dar respuesta a estas demandas sociales, y ellos llegaron de la mano de una nueva disciplina, la bioética.

Y ¿qué es la bioética? La rápida evolución de las ciencias, especialmente la biomédica y la tecnológica fue produciendo una peligrosa separación entre estas y los derechos humanos fundamentales. Se daba inicio a la discusión por una solución, ya la ONU pone de manifiesto este problema en **la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968 haciendo mención expresa en su párrafo 18 a las prácticas biomédicas.**

Pero sería, Potter, oncólogo americano en los años 70 quien acuñó el término de Bioética, nombrando así ese “puente entre la ciencia y las humanidades”, que preservaría de los peligros que ciertas prácticas pueden suponer para la integridad de la persona, garantizando que los progresos científicos beneficien a las personas y se desarrollen respetando el valor fundamental de la vida y el valor trascendente de la persona.

- La bioética, ética de la vida o de las ciencias de la vida, surge pues como un método de identificación, análisis y resolución de los problemas que se presenten en la relación clínica respetando los valores de cada uno de los implicados en la relación y cuyo objetivo final es la defensa de los intereses de cada uno de ellos, y en definitiva la mejora de la calidad asistencial, puede considerarse una filosofía moral en la investigación y práctica biomédica que incluye normas que contienen derechos y del cliente/usuario reconocidos en la Constitución española y desarrollados en la Ley general de sanidad y deberes del profesional que nos obligan a :
  - Formación adecuada y mantener una actualización constante.
  - Basar nuestra actuación profesional en la medicina de la evidencia
  - Evitar la iatrogenia
  - Estar dispuestos a una relación propicia con el paciente/cliente, esforzándonos en facilitar la comunicación y anteponiendo invariablemente los intereses de este último por delante de cualquier tipo de argumento económico, profesional...o de cualquier índole.

Los profesionales estamos obligados a conocer y practicar los principios de la bioética, estos serán nuestro referente para analizar cualquier conflicto derivado de la asistencia, para valorar nuestra responsabilidad moral y para promover el desarrollo de las normas de excelencia profesional tanto a nivel asistencial como investigador y / o docente.

Y ahora sí, es el momento de explicar el por qué de “La evidencia científica y la protección al parto conducen a la excelencia”.

Si hacemos un desglose del título tenemos:

Evidencia científica: Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar.

Protección: Amparar, favorecer, defender.

Excelencia: Calidad superior que hace digno de singular aprecio y estimación a algo.

Todos nosotros presentes somos profesionales de la obstetricia, nuestra motivación y nuestro compromiso es estar al lado de la mujer en su proceso reproductivo, brindar nuestros conocimientos y habilidades para que cada mujer tenga la mejor oferta de cuidados de salud.

Hemos nacido y vivimos en una era de rápida evolución de las ciencias médicas de la que la obstetricia no se ha rezagado y

casi con toda seguridad nosotros hemos sido preparados para llevar a cabo partos conducidos según unos protocolos que la evidencia científica está procediendo a impugnar y sin embargo, nuestra ocupación no ha dejado de tener sentido porque seguimos teniendo que acompañar, atender y cuidar los partos, pero atención, debemos tomar conciencia de cuanta iatrogenia empleamos en esto que se ha venido a llamar la obstetricia conductista que practicamos equivocadamente en nombre y favor de la salud materno-fetal.

Entiendo que todos los presentes estamos sensibilizados con buscar esa excelencia en el parto y esa convicción no nos hará desterrar los avances tecnológicos de la obstetricia moderna para caer en el primitivismo que, en pro de un mal interpretado “parto natural” relegue las más elementales normas de cuidado y vigilancia materno-fetal, más bien hemos de anteponer que el parto, como proceso natural cursa la mayor parte de las veces de una forma normal y espontánea y todos los avances quedan subordinados a la necesidad que supone lo que naturalmente se aparte de la normalidad.

A partir de la década de los 80 **la calidad** de servicios de salud comienza a tener un papel relevante derivado de la asunción social de que la calidad es **un derecho esencial de los ciudadanos**.

Se ha entendido que la inversión en salud es una inversión económicamente rentable por eso en los países desarrollados la atención a la maternidad se ha constituido en una prioridad para los gobiernos, con la mejora de la salud de la mujer se logra además del beneficio individual, la salud de la familia, de las fuerzas laborales, y de la sociedad en general. Hay que tener muy presente que los problemas que se presentan durante el embarazo y parto significan un 18% del total de daños que la mujer sufrirá a o largo de su ciclo reproductivo. ...

La mortalidad materna y perinatal ha dejado de ser un problema de salud en los países desarrollados mientras que continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo. Esta son algunas de las estadísticas más recientes que he obtenido que muestran la situación mundial al respecto:

- **Más del 99 por ciento de las muertes maternas ocurren en los países menos desarrollados, particularmente en Asia y África.**
- **Mientras el alto nivel y el fácil acceso al cuidado de la salud han hecho de la muerte materna un evento muy raro en los países más desarrollados, la falta de dicho cuidado de la salud tiene consecuencias fatales en los países menos desarrollados.**

- **Casi tres cuartos de las muertes maternas se deben a complicaciones directas relacionadas con el embarazo y el parto, tales como el sangrado severo, la infección, los abortos inseguros, los desordenes de hipertensión (eclampsia), y los partos obstruidos.**
- **Las mujeres también mueren de causas indirectas agravadas por el embarazo, tales como la malaria, la diabetes, la hepatitis y la anemia.**

Y estas otras no dan una idea de las cifras de salud en España

La mortalidad infantil y materna ha mejorado en toda Europa y España ha sido uno de los países que mayor esfuerzo ha realizado para disminuirla, la disminución de las tasas de mortalidad materna desde 1970 hasta la década de los años 90 como vemos ha sido de un 85%.

Se han elaborado planes integrales de salud para la mujer , programas sanitarios de Atención Materno-infantil para el seguimiento de las mejoras conseguidas en la salud materno-infantil y un largo etc. de iniciativas sanitarias siempre con la vista puesta en la salud materno infantil.

Esta situación favorable es el resultado de varias décadas de mejoras en salud de la mujer, parcialmente como consecuencia de la mejora general de las condiciones de vida y en parte secundariamente a la mejora de la situación de la mujer en la sociedad. La salud de la mujer, varía entre unos y otros estados miembros por los distintos puntos de partida y por los divergentes índices de progreso como hemos podido constatar en cifras. España está bien posicionada en cuanto a índices de salud, hemos dejado atrás precariedades que afectan a la vida misma y sin embargo sabemos que aún podríamos lograr más en la consecución de una maternidad segura y feliz. ¿Cuales son los pasos a seguir?

Este es mi planteamiento, estamos criticando para construir y estamos empezando por nosotros mismos, creo que es un acto de humildad, responsabilidad y respeto, pero como labor de conjunto entiendo que después de interiorizar podemos expresar las percepciones que tenemos de la otra parte. He colocado deliberadamente, a modo de cabeza, el protagonismo de la mujer porque además de creerlo un derecho lo entiendo como un deber ineludible firmemente ligado al derecho, la mujer desde el momento en que planifica su embarazo ya tiene una misión de cuidado que cumplir. ¿Es esta la realidad en este país? Hasta este punto de mi discurso he hecho una reflexión que prácticamente incumbía solo a nosotros profesionales pero no me quedaría satisfecha si no expresara mi más honda convicción y creo real, de que la mujer, en particular y la sociedad en general tienen un papel importantísimo en estos nuevos planteamientos. Todos somos responsables de haber tomado esta dirección que hoy criticamos y entre todos tenemos que enmendarla, de nada serviría que los profesionales hagamos nuestra “puesta a punto” si nuestros clientes siguen delegando en nosotros sin tomar decisiones y no actúan responsablemente sobre sus cuidados de salud, así no cumplen su “parte del trato”.

Cuando hablo entre colegas y expresamos la preocupación que este tema nos ocasiona , yo, particularmente me siento tan decepcionada como indignada con la actitud de “mis mujeres”, es cierto que mi institución no ofrece otras alternativas que el parto institucionalizado, pero no es menos cierto que a lo largo de estos 20 años de ejercicio profesional, tanto en la asistencia privada como pública, recuerdo las contadísimas ocasiones en que se han hecho peticiones que

se salieran del protocolo asistencial que ofrecemos; y bien, este es tan solo uno de los hospitales de la red sanitaria institucional que a día de hoy cifra entorno a los 3600 partos /año pero fijémonos en los datos , aunque imprecisos, que se reflejan de esas otras alternativas al parto mas personalizadas y menos intervencionistas: en España menos de 1% de partos se realizan en casa o en instituciones privadas que ofertan esas “otras alternativas al parto”, podríamos pensar que no todo el mundo puede hacer el desembolso económico de procurarse esta asistencia , efectivamente, habría quienes no se lo pueden permitir y sería lógico que no sólo estas sino todas las usuarias reclamasen esa asistencia al estado pero me parece que no es esta la definitiva verdad; si nos fijamos en las estadísticas de bienes de consumo , por ejemplo, un bien común puede ser un coche y su costo medio en este país está en torno a los 12000 euros muchísimo más que lo que costaría esta asistencia pretendida y¿ saben que ? este pasado año se matricularon 1.492.527 nuevos turismos frente a los 439.863 recién nacidos del año 2003, ¿ no nos sorprende que el gasto medio por niño en su primer año de nacido sea de 6000 Euros? y ¿qué me dicen de esta otra anotación del gasto de los españoles?.....a mi esto me da mucho que pensar.....; con tanto o más desagrado puedo decir ,con números en las mano, que en los últimos 10 años de implantación de la analgesia epidural, en mi hospital se ha ido incrementando paulatinamente el número de reingresos que en el 2003 ciframos en casi un 24% siendo el motivo de ello el fin de evitar el dolor a toda costa, eso sin contabilizar en esta cifra las ya habituales “ estimulaciones” antes del inicio de parto real que la incrementarían sustancialmente y sin números, pero desde un óptica reflexiva y analítica , opino que las mujeres están renunciando a la preparación psicoprofiláctica por asumir que en la epidural está la solución de su parto, olvidándose de que esto es como las máscara que momentáneamente encubre una identidad pero no cambia la personalidad de quien la utiliza, lo queremos todo rápido y sin esfuerzo, mientras unas mujeres pugnan por sobrevivir a este evento, otras vivimos en la sociedad del bienestar , y eso también en los partos deja su particular impronta. Refrenda mi suposición este artículo, el único encontrado al respecto y elaborado por colegas matronas navarras dignas de aplauso por el , no dejen de leerlo, es muy interesante.

En este sentido me reitero en una afirmación que hice hace unos meses en otra intervención pública: “Más bien pienso que nuestra excelencia esta basada en hacer comprender a las mujeres que tienen que demostrar decisión, opinión y voluntad a la hora de acometer su parto y buscar ayuda protección y seguridad en los profesionales, pero nunca abandonarse, delegar, porque el embarazo y el parto es una asunto personal e intransferible”.

Repito lo que dije al inicio: nuestra nueva conciencia profesional ha de crear una nueva conciencia social, las embarazadas están amparadas por unos derechos pero no han de olvidar que también les obligan unos deberes y en este asunto es fundamental que tomen conciencia de lo imprescindible e inexcusable que es su protagonismo como autoras no como estrellas de su propio proceso.

Los profesionales, debemos erradicar nuestro mal entendido paternalismo médico e incluso, a veces, ese sentimiento y forma de algunos, rayanos en la prepotencia de creer que sólo nosotros podemos aportar algo, tenemos que esforzarnos por entender, primero nosotros mismos, y después hacer entender a nuestras usuarias, que formamos un equipo donde todos somos necesarios y que el bagaje de los conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio solo estará completo cuando ellas aporten su vivencia, su experiencia personal y nosotros nuestros cuidados científicos y técnicos y nuestras prácticas profesionales, tan importante lo uno como lo otro.

Desde nuestro convencimiento de que el ser humano está preparado para llevar a cabo las funciones fisiológicas de la especie tenemos que insistir en la capacidad de la mujer para llevar

un correcto embarazo y tener un parto normal, es la constatación de que la genética nos dota de capacidad para ello pero es necesario que la mujer aporte una actitud positiva para llegar a buen fin.

Es curioso observar que en la mayoría de los programas de toda índole se practica un feed back sin embargo en los servicios de salud son las instituciones las que analizan y calibran la calidad de estos servicios en base a variables creadas por ellos y pocas veces las mujeres y los profesionales encargados de la asistencia directa, diría que casi nunca, son consultados para elaborar estos indicadores de calidad. Es deber de las mujeres ocuparse de su salud y esto les obliga a implicarse en todo lo concerniente a su salud reproductiva, también en esto.

Podríamos decir a la vista de las estadísticas que la situación de la atención a la mujer en España es privilegiada es cierto que existen y tenemos garantizado el acceso a los Programas de Salud Reproductiva , pero habría mucho que debatir sobre la efectividad de los Programas de Cuidados y educación prenatales que son el paso previo al parto porque algo pasa con los partos en nuestro país.....nos estamos cuestionando que cumplan con las metas de los actuales cuidados de salud: efectividad, eficacia, satisfacción en la cobertura de las necesidades ,cumplimiento de las expectativas de la población.....¿ Qué le falta a nuestros cuidados en el parto para llegar a la excelencia?

(VIDEO)

Deseo que este corto no haya herido la sensibilidad de ninguno de los presentes, lo he utilizado como un recurso de comunicación, el tono mordaz y crítico de esta parodia acerca de la práctica del parto tan extendida en nuestros paritorios, lo destino a hacer un llamamiento a todos los implicados ; yo antepongo la buena voluntad y buena fe de la mayoría de los profesionales, pero tantas veces irreflexiva por parte de unos y/o obligada por parte de otros, no en vano, los protocolos "lo mismo que nos salvan nos condenan", los recursos del sistema nos mediatizan, la presión asistencial impone el ritmo de trabajo, y también critico la pasividad de muchas mujeres en un momento crucial de su vida y muchas otras cosas.....

¿Dónde estamos nosotros?

Comencemos por analizar nuestro modelo de asistencia al parto . El parto y el nacimiento son el umbral de nuestra vida y por ello procesos que trascenderán más allá del momento y se reflejarán a lo largo de toda la existencia de ahí el valor de una cuidada asistencia en el embarazo y en el parto.

En nuestra sociedad tratamos con frecuencia (1)a la embarazada como una paciente aquejada de una dolencia concreta, olvidándonos de los factores socioculturales que le acompañan que son definitorios para la persona y por tanto, cada gestante, acorde con su situación en la sociedad tiene unas necesidades concretas.(")

Nuestro empeño profesional por controlar un proceso incontrolable nos ha hecho perder de vista el concepto de normalidad que acompaña al proceso y lo hemos patologizado, ahora tenemos "mujeres enfermas de embarazo y no mujeres embarazadas saludables y ; les hemos convencido de ello!.

Hemos conseguido que las mujeres sean cada vez más temerosas, pasivas y dependientes de la protección médica.

Si vamos al escenario del parto ¿qué nos encontramos?

El lugar: Hospital y eso es "territorio médico".

A raíz del traslado del parto del domicilio al hospital, la mujer pierde la autoridad en su parto, y pasa a ser ejercida por el personal sanitario.

Los actores: los especialistas (los técnicos) y no especialistas, la mujer y los familiares y amigos, quienes estarán en proporción minoritaria frente a los primeros cuanto mayor medicalización exista en ese entorno, siendo sustituidos por el personal médico.

Los medios: procedimientos médicos e instrumentales, cuando antes se empleaban remedios naturales hoy se descartan en pro de la tecnología sofisticada. El conocimiento "autorizado", el científico, bien cimentado sobre su fuerza y su poder, hace prevalecer su conocimiento, ha desvalorizado en progresión geométrica otros sistemas alternativos a los que no les otorga validez alguna y se ha ido estableciendo en la sociedad como un orden natural de las cosas de forma que ya concebimos los procedimientos del parto actual como los apropiados, los mejores y los ineludibles; protocoliza y justifica todos estas prácticas de acuerdo con el contexto sociocultural y así estas actuaciones son aceptadas.

Y lo cierto es que la protocolización del sistema hace que no sepamos separar los partos normales de los que no lo son aplicando los mismos procedimientos, lo que conlleva, las más de las veces, a una injerencia, en el curso normal del parto

Todos estos factores remarcan la evidencia de que a mayor medicalización la mujer queda más suspendida de autoridad sobre su proceso.

La OMS abogó desde su fundación por conseguir el mayor grado de salud para la población y han sido numerosísimos los llamamientos que ha hecho para buscar la mejora de la salud tanto de madres como de los hijos.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados indican que se siguen manteniendo unas prácticas en el mundo respecto al cuidado perinatal y uso de tecnología, inadecuadas, a pesar de que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

Al respecto, la oficina regional europea de la OMS ha dado un paso categórico al elaborar y difundir los 10 principios de cuidados perinatales en los que se conjugan una forma de cuidado multidisciplinario, cuyo centro es la familia, sociológica y culturalmente sensible, junto con la práctica basada en la evidencia, el uso de tecnología apropiada y un punto de vista no medicalizado.

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.



4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y asistentes sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo.

Y estas son las cifras que barajamos en España al respecto de las recomendaciones sobre prácticas de la OMS, todas ellas superan con una gran diferencia las cifras aconsejables. Y más curioso aún que en España que sólo la legislación balear, en la sección de derechos del nacimiento, haga ofertas de parto distintas a las habituales amén de que mencione expresamente el deber del cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en la asistencia al parto.

Esto que todos más o menos sabíamos es el motivo que nos ha reunido aquí pero de nada serviría si todo quedara en el sonrojo de reconocer nuestros equívocos y no hubiera un firme y serio compromiso por enmendarlos. Este es mi enunciado como nuevo modelo de asistencia:

La concepción de la embarazada será la de una unidad biopsicosocial en un proceso fisiológico normal, una mujer sana que tiene un papel activo, integrada y acompañada del grupo familiar y compartiendo responsabilidad con los profesionales para lo cual es imprescindible que esté informada y educada.

En la atención a la mujer debiéramos formar un equipo multidisciplinar bien coordinado para mejorar la asistencia siempre exhortando el papel protagónico de la mujer porque el nuestro es tan sólo de ayuda y guía, respetando la fisiología del proceso.

En la historia de la humanidad parto-matrona ha sido un binomio que ha ofrecido y ofrece innegables resultados favorables, sin embargo, es una evidencia tan lamentable como injusta la pérdida de nuestra autonomía y eso, revierte negativamente en la salud de las mujeres. Nosotras, desde siempre hemos establecido un contacto directo y personal durante el embarazo y el parto atendiendo tanto el aspecto emocional de la mujer como su salud biológica, incluso nuestra condición mayoritaria de mujeres y muchas, madres, me atrevería a afirmar, que nos permite identificándonos más fácilmente con sus experiencias y su sentir, aunque este aspecto de proximidad no es excluyente para mis colegas masculinos que han

sabido, demostrado esta, querer una profesión y desarrollarla con maestría . Este seminario está dedicado al entorno del parto de bajo riesgo ¿ no es cierto? pues ese es lugar de la matrona : se nos ha capacitado para establecer los distintos riesgos en cada periodo y para detectar las complicaciones, por eso, aunque haya quienes nos combatan con hechos y con palabras seguimos siendo unos profesionales no sólo autorizados sino altamente recomendados en la asistencia al embarazo y parto normal . Entiendo esta reivindicación justa y necesaria, si queremos evolucionar tras las mejoras comencemos por ubicar y disponer adecuadamente de los recursos, y la matrona es un recurso de primer orden.

Creo que ha quedado claro a lo largo de todas las charlas que la Obstetricia actual ha sobrepasado sus propios límites, su gran defecto es que no aguarda pacientemente para resolver los problemas potenciales del parto sino que intenta controlar un proceso fisiológico, por tanto involuntario e incontrolable, sujeto "a natura", de esta forma, la pretendida ayuda se ha convertido en un boomerang que se vuelve contra la mujer inutilizando su capacidad para parir y contra nosotros profesionales a quienes se nos exige la cuasi omnipotencia.

Tenemos por delante una gran cruzada y necesitamos pertrecharnos de voluntad, firmeza de ideas y valor para sostenerlas, sólo así será posible el cambio, recuerden lo que dijo el Mahatma Gandhi:

***"Aquellas personas que no están dispuestas a pequeñas reformas, no estarán nunca en las filas de los hombres que apuestan a cambios trascendentales."***

Cualquier momento es bueno para iniciar el cambio y creo que tenemos muchos motivos para hacerlo, hemos descubierto nuestros errores y sabemos cual es la verdad, queremos y debemos ser justos y buscamos la excelencia , momento es pues de que cada uno desde su nivel y sus posibilidades aunemos fuerzas para conseguir ese cambio que devolverá a la mujer su parto y a nosotros la conciencia y la satisfacción de que nuestra existencia profesional sigue teniendo el sentido de favorecer con nuestra ayuda el proceso más hermoso y trascendente de la existencia humana que es nacer.