

PROGRAMA DE FORMACIÓN EAPN.

Consuelo Catalá Pérez. Diplomada en Enfermería
Master Oficial en Ciencias de la Enfermería
Septiembre 2009. Madrid

Atención al Parto Normal y al Nacimiento: Bases de la prestación en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Introducción

El definir el parto normal y el nacimiento incluyendo la crianza como proceso saludable obliga a introducir en la prestación aquellos elementos que faciliten y potencien las habilidades y conocimientos en salud así como garanticen la asistencia en coordenadas de salud, participación y seguridad.

Definido pues la atención al parto normal como proceso saludable debemos recordar que las prestaciones en el ámbito de la salud pública no tienen como finalidad la disminución de las patologías sino que dicha disminución son consecuencia de la capacidad de potenciar, generar y mantener la salud tanto por parte del individuo como de la comunidad. Es en esa corresponsabilidad individual y social donde radica la importancia de la salud pública y comunitaria.

Y si en cualquier proceso saludable es importante recordarlo para evitar la medicalización del mismo ya sea por parte de las propias usuarias, de los profesionales o del propio sistema sanitario, este recordatorio en el caso de la atención al parto normal es aún más necesario, debido a que se trata de una prestación que iniciándose en Atención Primaria es resuelto llegado el momento del parto, en la Atención Especializada.

De ahí que mi intervención la haya planteado en dos partes. Una primera... **De reflexión** que invite a pensar cuales son las consecuencias teóricas y prácticas del propio concepto de Salud entendida como Bienestar. Consecuencias que tienen relación con cuestiones que van desde el sistema de prestación de la salud, a la visibilización de las mujeres y la relación de estas con la salud, la importancia de introducir elementos de autoconocimiento y reflexionar sobre los nexos de unión entre la prestación de anticoncepción y de la atención al parto normal y al nacimiento tanto a nivel de las mujeres como a nivel de salud.

Y una segunda parte... **De Acción (prestación)** donde se planteen elementos concretos de la prestación de la Atención al Parto Normal y al nacimiento en el marco de la salud sexual y reproductiva; de cómo la OMS en el desarrollo del Bienestar como concepto de salud avanza en esa concreción a

nivel de calidad, de participación de usuarias y de prácticas clínicas concretas a la luz de los avances de la medicina basada en la evidencia.

Si tuviera qué resumir que significa la Estrategia de Atención al parto Normal del Sistema Nacional de Salud que da sentido a estos talleres de formación lo haría diciendo que La Estrategia de Atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo el abordar la prestación alrededor del parto normal y del nacimiento en consonancia con las Recomendaciones de la OMS, así como incorporar a las prácticas cotidianas aquellas evidencias que garantizan los mayores niveles de seguridad y bienestar en dicha atención para las mujeres, sus bebés y sus familias.

Parte I....DE LA REFLEXIÓN

1. Consecuencias teóricas y prácticas de la salud entendida como Bienestar

- 1.1. Sistemas de prestación de salud
- 1.2. Visibilidad de las mujeres
- 1.3. Estado del Bienestar

2. Alguna reflexión en torno al cuerpo de las mujeres y la capacidad reproductiva

- 2.1. Medicina basada en la evidencia
- 2.2. "Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas" Colectivo Boston
- 2.3. Verdad de Perogrullo

3. Visibilidad social + evidencia científica: credibilidad versus derechos

- 3.1. Respecto a la relación evidente
- 3.2. Respecto a la relación arcaica
- 3.3. Algunas fechas en torno a los derechos

4. Paradigmas a nivel de mujeres y de salud en el ámbito de la salud sexual y reproductiva

- 4.1. De la anticoncepción a la Atención al parto normal y al nacimiento

Parte II....A LA ACCIÓN (PRESTACIÓN)

5. La salud sexual y reproductiva en el ámbito de la Atención al parto normal y al nacimiento

- 5.1. Elementos "intrínsecos" de sexualidad alrededor de la maternidad
- 5.2. "Evidencias científicas" que remiten la prestación a la Esfera Sexual

6. Salud: De la Calidad a la Excelencia en el marco de la corresponsabilidad y seguridad

- 6.1. Planes de Calidad. OMS 1980
- 6.2. Desarrollo de los derechos a la participación de las usuarias. OMS 1985
- 6.3. Guías prácticas basadas en la evidencia científica. OMS 1999

7. Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud

- 7.1. Criterios generales del programa de atención al parto normal y al nacimiento
- 7.2. Contradicciones y/o paradojas en la asistencia actual al parto/nacimiento
- 7.3. Necesidad de adecuar la asistencia a los criterios generales
- 7.4. Políticas activas de la administración sanitaria

Parte I....DE LA REFLEXIÓN

1. Consecuencias teóricas y prácticas de la salud entendida como Bienestar

1.1.Sistemas de prestación de salud

La salud entendida como ausencia de enfermedad, llevaba inherente tres cuestiones: sólo tenían potestad para definir la salud, los que podían determinar lo que era enfermedad, es decir los médicos. A su vez solo se definía en el momento de su carencia, y sólo se analizaba de ellas las causas orgánicas que producían la enfermedad, menospreciando otras circunstancias. Y el modelo hospitalario, modelo curativo por excelencia, era el modelo de prestación.

La redefinición del concepto de salud en términos de Bienestar, a partir de la mitad del siglo XX, fue un cambio radical. La Salud ya no es definida exclusivamente por los que detentan el poder de curar sino por un colectivo amplio de disciplinas, incluida la propia población. La enfermedad se entiende como fracaso de la salud, y a esta última se le define desde parámetros amplios, modos de vida, condicionantes ambientales, etc. en donde tiene cabida las creencias y anhelos de la propia población, es decir de las mujeres y de los hombres que formamos esta sociedad. El Bienestar implica un nuevo modelo de prestación, el eminentemente Comunitario. En donde la Atención Primaria, se torna en eje básico de ese nuevo modelo de prestación. La Conferencia de Alma Ata, en 1978, la Carta de Ottawa, en 1986 son, entre otros, concreciones de ese nuevo modelo.

1.2.Visibilidad de las mujeres

La nueva definición de Bienestar obliga a realizar un análisis de la comunidad y de todo lo que rodea al individuo. Y en el aparecemos las mujeres como sujetos. Somos más de la mitad de la población. La relación de las mujeres con la vida y el mundo alude tanto a cómo está estructurada esta sociedad y nuestro papel en ella, hasta los anhelos y vivencias que conforman nuestras vidas de mujer.

Y esa misma obligatoriedad implica analizar de manera pormenorizada la relación entre la mujer y la salud. Una relación muy amplia y que he subdividido en dos, nombrándolas como La relación evidente y La relación arcaica. En la primera encuadro la que se da en razón de nuestras vivencias en torno a la sexualidad, a la capacidad reproductiva, a la que se produce por nuestro papel social y por nuestra incorporación al mundo laboral, etc. Y en la segunda incluyo todo el cúmulo de sentimientos, actitudes, habilidades...que las mujeres como grupo han tenido siempre ante los cuidados de la salud de

las personas cercanas, del entorno y de nosotras mismas.

Estas actividades las han realizado siempre las mujeres y en el contexto de Atención Primaria se deben valorar médica y socialmente. Las habilidades, las pautas y los tratamientos "invisibilizados" deben salir a la luz para rescatar aquello que mejora la salud de la comunidad.

Esta nueva forma de vivir la salud abre la posibilidad real de rescatar las maneras y pautas de hacer salud de las mujeres que benefician a la sociedad y que tiene que ver con la cercanía, la compasión y el amor. Con lo que se denomina humanización de la medicina. Esto a su vez redundando en nuestra propia salud, porque el sentimiento de culpa que acompaña a las mujeres en relación a los cuidados está relacionado con el sentimiento de "obligación social" que se nos ha transmitido.

El Bienestar por tanto, introduce el análisis de género en el área de la salud y de los cuidados.

1.3. Estado del Bienestar

La definición de Bienestar por la OMS (1946) da carta de naturaleza en el ámbito de la prestación sanitaria a la salud pública/epidemiología como pilar de atención a la población. Introduce la Autonomía a profesionales no médicos: enfermería/matronas, etc. y la Participación de la población (usuarias) como elemento de mejora cualitativo en la nueva definición de salud.

Es tal la importancia de la nueva definición de salud que incluso acuña el modelo de sociedad democrática al que se aspira: Estado/Sociedad del Bienestar en el ámbito económico, social y político.

Las fechas así lo indican, la definición de Bienestar de la OMS data de 1946 siendo la Declaración de los Derechos Humanos de 1948.

2. Alguna reflexión en torno al cuerpo de las mujeres y la capacidad reproductiva

2.1. Medicina basada en la evidencia

El cuerpo es el espacio propio, el que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. Es instrumento de comunicación con nosotras mismas, los otros y el exterior. Sentirse bien en ese espacio intransferible es muy importante.

Es cierto que *nacemos con un cuerpo dado* pero no es menos cierto que también hay una *construcción social* del mismo.

Para las mujeres el conocimiento de su cuerpo es piedra angular en el área de la salud por el oscurantismo con el que se ha vivido y transmitido generación tras generación.

La medicina basada en la evidencia recoge el testigo del movimiento de mujeres en salud, que fue desmontando las bases “pseudocientíficas” sobre las que se construyó “socialmente” el cuerpo de las mujeres.

2.2. “Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas” Colectivo Boston

El trabajo del movimiento de mujeres por la salud a partir de la aparición de la anticoncepción significó un avance importantísimo para la salud desde una perspectiva integral y liberadora. El Colectivo de mujeres de Boston con su libro “Nuestros Cuerpos nuestras Vidas” publicado por primera vez en 1971 supuso la divulgación de esa salud a nivel mundial. En nuestro país se publicó por primera vez en 1982.

2.3. Verdad de Perogrullo

Es la verdad que recorre el mundo, y que muchas veces olvidamos: *las mujeres seguimos teniendo el poder de la reproducción de la especie.*

3. Visibilidad social + evidencia científica: credibilidad versus derechos

La visibilidad de las mujeres en la sociedad a partir del Bienestar y del avance democrático junto a la evidencia y constatación de nuestro papel tanto en relación a la salud como a los demás aspectos de la vida de la sociedad ha supuesto que la misma sociedad haya ido caminando en la senda de los derechos de las mujeres entendiéndolos como derechos de toda la sociedad. De ahí que esa credibilidad a los deseos, reivindicaciones y necesidades de las mujeres hayan ido siendo asumidas por la sociedad en su conjunto.

3.1. Respeto a la relación evidente

- **Se rescata el valor de la sexualidad Derechos sexuales y reproductivos**
 - Derechos anticoncepción /IVE
 - Derechos de la madre y el bebé (OMS)
 - La lactancia
 - La crianza
 - Derechos homosexuales : Matrimonio homosexuales

- **Se rescata el concepto de maternidad social : valoración social = legislación**
 - Adopción a parejas del mismo sexo.
 - NTR: mujeres solas
 - Corresponsabilidad

- **En relación a la incorporación al mundo laboral:**
 - Leyes de protección a la maternidad
 - Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres
 - Etc.

- **Se rescata el valor social de los cuidados:**
 - El cuidado a dependientes genera derechos

- **Se considera responsabilidad social el riesgo que entraña ser mujer**
 - Ley Integral contra la violencia contra las mujeres
 - Etc.

3.2. Respeto a la relación arcaica

Se rescatan cuidados propios de las mujeres: Acompañamiento, métodos naturales, habilidades recogidas en protocolos de parto y nacimiento, Doulas, et...

3.3. Algunas fechas en torno a los derechos de salud y de las mujeres

- **1946 OMS**
 - Salud como Bienestar
- **1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos**
 - Art.25
- **1978 Conferencia de AlmaAta**
 - Atención Primaria
 - Se incluye el concepto de Planificación familiar
- **1985 Declaración de Fortaleza (OMS)**
 - Derechos de la mujer embarazada y el bebé
- **1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT)**
 - Convenio relativo a la protección de la maternidad
- **1979 CEDAW**
 - Incluye el derecho a la Planificación familiar
- **1994 Conferencia de El Cairo**
 - Salud sexual y reproductiva
- **1995 IV Conferencia sobre la Mujer (Beijing)**
- **2000: El Cairo +5**
- **2005: Beijing+ 10**

4. Paradigmas a nivel de mujeres y de salud en el ámbito de la salud sexual y reproductiva

4.1. De la anticoncepción a la Atención al parto normal y al nacimiento

La Anticoncepción

Un paradigma que para las mujeres supone el poder desvincularse del único destino social a la que estaban abocadas por razón de su sexo. Ofrece la posibilidad de desenmascarar como exclusivamente ideológicas las bases sobre

las que la medicina había construido la inferioridad y expropiación de nuestros cuerpos. Y por ende posibilita la vivencia de nuestros cuerpos como fuentes de salud, de placer y de vida. Introduciendo por primera vez la sexualidad como vivencia saludable, y la maternidad como decisión libre y consciente. Todo ello de gran trascendencia, no sólo para nosotras, sino para nuestros hijos/as y en definitiva para la sociedad en la que queremos vivir. Un paradigma también en relación al concepto de salud, ya que se introduce por primera vez en la prestación de la salud, de un nuevo elemento: se atiende un proceso saludable, y la prestación va dirigida a personas sanas

Por ello, las mujeres ante el fenómeno de la anticoncepción fuimos las primeras, aunque de manera deslavazada, en iniciar el movimiento reivindicativo en el que tenía que tenerse en cuenta a las mujeres y nuestras circunstancias, para que prevaleciese en la prestación de la anticoncepción, el elemento saludable y liberador. Y planteaba, en la práctica, la puesta en pie de una medicina diferente, en la vía de lo que hoy se define como medicina social y comunitaria, cuestionando tanto el término de salud, como su programación y el equipo que lo lleva a cabo. Es un precedente de lo que en 1978 en la Conferencia de AlmaAta, se definió como Atención Primaria de Salud.

La Atención al parto normal y al nacimiento

Un paradigma que para las mujeres y/o sus parejas inicia un camino inédito en nuestra cultura más reciente de vivencia del embarazo y del parto como actos voluntarios y conscientes. Se inicia la valoración social de la maternidad como decisión personal al margen de consideraciones "ideológicas" (hijos ilegítimos, naturales, etc...) Se amplía la posibilidad de la maternidad biológica y la adopción. Nuevas Técnicas de Reproducción Asistida. Un paradigma también en relación al concepto de salud ya que es una prestación a mujeres sanas, bajo el prisma de proceso saludable, tanto del embarazo como del parto, siendo esté último atendido en Especializada (así consta en los manuales al uso). Teniendo a la matrona como profesional, tanto de primaria como de especializada como nexo de unión de ambos niveles de atención y considerando que la participación y decisión de la usuaria y/o pareja debe contemplarse en ambos niveles de la prestación.

Parte II....A LA ACCIÓN (PRESTACIÓN)

5. La salud sexual y reproductiva en el ámbito de la Atención al parto normal y al nacimiento

5.1. Elementos intrínsecos de sexualidad alrededor de la maternidad

La maternidad como proyecto vital de la mujer y/o la pareja recupera el deseo propio de la sexualidad más allá del hecho mismo del acto sexual o de la reproducción.

La disminución del nº de hijos y/o la planificación de cuándo tenerlos introduce elementos en la prestación de atención a la maternidad, incluso antes de que se produzca el embarazo.

Por tanto, no solo el Deseo como elemento intrínseco a la vivencia sexual sino la actitud activa de búsqueda del embarazo y de querer vivir el embarazo y el parto, forman parte del concepto de salud sexual.

5.2. Evidencias científicas que remiten la prestación a la Esfera Sexual

Las evidencias científicas alrededor del parto como proceso fisiológico también nos remiten a elementos propios de la esfera sexual. Y así: Podemos describir un hábitat común con las relaciones sexuales como es la intimidad, el tiempo, el ritmo y la libertad de movimiento. Podemos confirmar el papel de las hormonas sexuales en el proceso del parto fisiológico. También, la importancia para el bienestar de la madre y del bebé, el acogimiento y la lactancia...

6. Salud: De la Calidad a la Excelencia en el marco de la corresponsabilidad y seguridad

Es tan evidente el desarrollo tecnológico y social (derechos) en términos de salud, que la propia OMS ha ido explicitando también la puesta en práctica del Bienestar.

De ahí que cuando la OMS define la Estrategia Salud para todos en el año 2000 introduce mandatos concretos a los países miembros en aras a introducir las mejoras, la solidaridad y la seguridad en el ámbito que le es propio.

6.1. Planes de Calidad. OMS 1980

Y así en 1980 en la Estrategia Salud para todos en el año 2000 en el objetivo 31 plantea

De aquí a 1990 todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias. Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los servicios prestados a los enfermos,

convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos.

6.2. Desarrollo de los derechos a la participación de las usuarias. OMS 1985

Pero a su vez, y teniendo claro la importancia de la participación de la población en el Bienestar, también hace Recomendaciones a los Estados miembros en cuanto a desarrollar esos aspectos en sus programas de salud.

En este caso, es en 1985 cuando la OMS en la Conferencia de Fortaleza aprueba Derechos de la mujer embarazada y el bebé

6.3. Guías prácticas basadas en la evidencia científica. OMS 1999

Y finalmente, la propia OMS, a partir de finales de los años 90 inicia una concreción mayor en las políticas de salud, planteando a partir de las evidencias científicas, Guías Clínicas de actuación, con la Revisión de protocolos y prácticas médicas. Guía del Parto Normal (OMS 1999)

7. Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud

Se inscribe en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Supone una adecuación de los derechos de la mujer embarazada y el bebe (Declaración de Fortaleza, OMS 1985)

Implica una revisión y adecuación de los protocolos de atención al parto normal y al nacimiento, en base a la Guía del Parto Normal (OMS 1999)

7.1. Criterios generales del programa de atención al parto normal y al nacimiento

- **Valoración de la maternidad deseada** y del embarazo deseado/aceptado como **criterio de salud comunitaria**. Ello significa
 - Introducir elementos que aumenten la autoestima y la seguridad. Autoconocimiento
 - Evitar la excesiva medicalización

- Fomentar hábitos saludables en la mujer, en el bebé y en su entorno familiar
- Introducir la evidencia científica en el seguimiento de embarazo, parto y crianza
- Favorecer la participación: corresponsabilidad en las decisiones

- Importancia de la actitud activa en la potenciación de criterios saludables de los profesionales.

- Importancia de políticas activas por parte de la administración sanitaria

- Coordinación entre los dispositivos de salud y/o sociales Implica una revisión y adecuación de los protocolos de atención al parto normal y al nacimiento en base a la Guía del Parto Normal (OMS 1999)

No obstante, es evidente, que debemos también analizar de manera conjunta por parte de todos los actores que intervienen en la Atención al parto normal y al nacimiento, la situación en la que se encuentra en la actualidad dicha la prestación. No voy a hacer un análisis exhaustivo por razones obvias, entre otras mi capacidad limitada para hacerlo, pero planteo para iniciar ese análisis algunas cuestiones obvias pero no por ello menos importantes.

7.2. Algunas contradicciones y/o paradojas en la asistencia actual al parto/nacimiento

Las he resumido en dos grandes contradicciones y una paradoja:

La primera contradicción tiene que ver con la descoordinación generalizada entre Primaria y Especializada y la segunda contradicción con la multitud de legislación favorable para que en el proceso del parto/ nacimiento se respete y se fomente la participación de la mujer en las decisiones alrededor del mismo..., y la dificultad para poder ejercer ese derecho. Con la existencia de protocolos rígidos que en situación de conflicto prevalecen incluso sobre legislación de mayor rango.

Y apunto una paradoja que creo resume otras, y es que con las contradicciones expuestas y muchas más que hay, existe en nuestro sistema de

salud muchas y muchos profesionales que trabajan en coordenadas de cambio. Hay cada vez mayor demanda de usuarias que quieren ser protagonistas de su embarazo, parto y crianza. Y también mujeres que están en puestos de responsabilidad en la gestión sanitaria. Y digo esta última cuestión porque el poder de decisión para aunar esfuerzos en un sistema de salud como el nuestro, el contar con el respaldo de las unidades de gestión y decisión, facilita el cambio, sin lugar a dudas.

7.3. Necesidad de adecuar la asistencia a los criterios generales

a) Criterios saludables.

- Atención durante el embarazo
- Atención al parto
- Atención al nacimiento/crianza

b) Coordinación primaria/especializada

La matrona profesional nexo de unión

c) Autonomía:

Reconocimiento del papel profesional de la matrona en el parto normal Reconocimiento del **Plan de Parto**

d) Adecuación de los protocolos

- Introducción en la práctica cotidiana de las evidencias en aras a la salud y seguridad de las usuarias.
- Universalización de las Buenas Prácticas
 - Formación y recursos
 - Participación y consenso

7.4. Políticas activas de la administración sanitaria

La Estrategia del Parto Normal, en los parámetros en los que está enmarcada,

debe definir también a la/el profesional que debe ser responsable de la prestación.

Definir a las matronas como las profesionales responsables de la asistencia al parto normal es lo coherente, en las coordenadas saludables en las que se ha inscrito esta Estrategia, y serviría para poder planificar junto con el resto de los profesionales las competencias de los diferentes equipos

También es importante la potenciación de los derechos de las usuarias en términos de práctica real. De ahí que la consideración del Plan de Partos como documento vinculante debería plantarse.

Cualquier cambio necesita de recursos, pero el recurso más importante es el cambio de actitud, y para ello, la formación de las y los profesionales es fundamental, incluyendo no sólo a los profesionales que actualmente están trabajando sino en las Escuelas y Facultades.

Para finalizar, podríamos resumir cómo a partir de la segunda mitad del siglo XX el avance social y científico ha generado un mayor número de lo que la propia humanidad ha definido como Derechos, lo cuál nos posibilita **rescatar desde la "evidencia científica"** el concepto "saludable" del parto/nacimiento y redefinir la maternidad como valor social en términos que van más allá de los meramente biológicos y reproductivos, y más cercanos a los deseos y el amor, la solidaridad y el crecimiento personal. Por lo tanto, nos encontramos más cerca del significado último del Bienestar entendido como **Felicidad individual y social**.

Seguramente hay muchas y muchos que piensan que esto es una utopía, que hay muchas dificultades...empezando quizás por las propias mujeres, porque vivimos en una sociedad que da la espalda al dolor y a la muerte...como si por negar la evidencia dejaran de existir.

Seguramente hay muchas y muchos que piensan que esto es una utopía porque llevan muchos años trabajando en soledad, en la sombra, a base de voluntarismo y muchas veces a costa del propio prestigio profesional...

Para unas y para otros quisiera terminar con esta reflexión/poesía tan preciosa de Eduardo Galeano

¿Para que sirve la Utopía?

"Ella está en el horizonte.
Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.
Camino diez pasos

y el horizonte se corre diez pasos más allá.
Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré.

¿Para que sirve **la utopía**?

Para eso sirve: **para caminar.**"