

# Bioética de la maternidad

**Humanización, comunicación  
y entorno sanitario**

Margarita Boladeras Cucurella  
Josefina Goberna Tricas (coords.)

e

# 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,<br>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,<br>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,<br>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  |
| <b>Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos,</b>          |     |
| por Janet Delgado Rodríguez.....   | 91  |
| Introducción.....  | 91  |
| Visibilizando la vulnerabilidad.....   | 91  |
| La importancia de los vínculos.....  | 96  |
| Conclusiones.....  | 100 |
| <b>Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía,</b>          |     |
| por Michelle Piperberg.....  | 101 |
| Introducción.....  | 101 |
| El modelo paternalista .....   | 102 |
| El modelo informativo .....  | 104 |
| El modelo deliberativo .....   | 106 |
| Implicaciones prácticas.....   | 110 |
| Conclusiones.....  | 111 |
| <b>LAS ATENCIÓN SANITARIA AL PARTO Y NACIMIENTO: PROPUESTAS Y CAMBIO</b>     |     |
| Programa MARE del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona,                    |     |
| por M. <sup>a</sup> Dolores Gómez Roig .....                                 | 115 |
| Análisis de situación .....  | 115 |
| Objetivos del programa MARE .....  | 118 |
| Resultados.....  | 122 |
| Retos de futuro .....  | 124 |
| Recomendaciones .....  | 124 |
| <b>Humanización del parto y cambios asistenciales: perspectiva</b>           |     |
| <b>de los profesionales,</b> 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 |
| <b>Profesionales y cambio en el modelo asistencial al nacimiento:</b>        |     |
| <b>visión desde la neonatología,</b> por Francesc Botet Mussons .....        | 137 |
| El parto en el siglo xx.....   | 137 |

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

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

# 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».<sup>1</sup> 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».<sup>2</sup> 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 (*Bios. 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.