



Embarazo y parto saludables Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora

DEMETRIO CASADO Mª JESÚS SANZ

Cuadernos 6 del SIPOSO

OCTUBRE 2016

ASESORAMIENTO Y SUPERVISIÓN

Ana Cortés García. Médico adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo. Matrona, Psicóloga, Doctora. Profesora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios", Universidad Pontificia Comillas

María Luisa Martínez Frías. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Fundadora y Directora Científica de la Fundación 1000 sobre defectos congénitos

Ramón Mendoza Berjano. Catedrático de Psicología Evolutiva de la Universidad de Huelva

Josefa Santamaría Castañer. Matrona. Vicepresidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España

COLABORACIONES

Carmen de Andrés. Profesora de la Universidad Autónoma de Madrid

Carmen Carballo. Asociación Nacional de Educación Prenatal

Paqui Coleto. Secretaria del SIPOSO

Eduardo Díaz. Director del Centro Español de Documentación sobre Discapacidad

Fernando Fantova. Consultor del SIPOSO

Manuel Hurtado Fernández. Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal

Ramón de Marcos. Consultor del SIPOSO

Jesús Rogero. Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid

Embarazo y parto saludables

Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora

DEMETRIO CASADO

Doctor en Farmacia Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

Mª JESÚS SANZ

Psicóloga Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

Cuadernos 6 del SIPOSO

OCTUBRE 2016





Edita: POLIBEA, S.L. Ronda de la Avutarda, 3. 28043 MADRID Tel.: 91 759 53 72. Fax: 91 388 37 77 www.siposo.com siposo@polibea.com

© Seminario de Intervención y Políticas Sociales, 2016

© Demetrio Casado y María Jesús Sanz, 2016

Imprime: SAFEKAT - Madrid

Depósito Legal: M-33890-2016

ÍNDICE

Presentación	5
Resumen	7
I.INTRODUCCIÓN	7
2. PREVISIONES DE SALUD RELATIVAS Y ANTERIORES AL EMBARAZO	9
Infancia y adolescencia, ambos sexos	9
Edades convenientes para la reproducción	9
2.1 La planificación del embarazo desde el punto de vista de la salud.	
Medidas médicas y de estilo de vida	9
Al decidir procrear	10
Trimestre previo a las relaciones sexuales orientadas al embarazo, mujeres y varones.	
Medidas médicas y estilo de vida	П
2.2 Conductas de la población	
Indicios epidemiológicos	П
Estimación de base clínica	12
2.3 Oferta de recursos a usuarias/os y profesionales	12
Sistema Nacional de Salud	12
El complejo ECEMC-ASEREMAC	13
Otros recursos	13
2.4 Selección de propuestas de acciones públicas y privadas	14
Acciones públicas	14
La acción privada	15
3. CUIDADOS PRO SALUD EN EL EMBARAZOY EL PARTO	16
3.1 Medidas clínicas y de estilo de vida	16
Medidas médicas y estilo de vida de la embarazada	16
Alimentación de la embarazada	17
Otras indicaciones relativas a consumos de la embarazada	17
Higiene física y biológica personal y laboral	18
Apoyos profesionales e institucionales	18
Aspectos emocionales	18
Preparación para el parto y asistencia al mismo	19
3.2 Conductas de la población	20
En relación con el embarazo	21
En relación con el parto	21
Acompañamiento de los varones	
Participación en los programas de educación para la maternidad y la paternidad	23

	3.3 Oferta de recursos a usuarias/os y a profesionales	23
	Servicios del Sistema Nacional de Salud para el embarazo y el parto	24
	Documentos de política sanitaria relacionados con el embarazo	25
	Documentos de política sanitaria relativos al parto	27
	Otros recursos	29
	3.4 Selección de propuestas de acciones públicas y privadas	29
	Dotación y gestión de los servicios públicos	30
,	Sensibilización, información y educación	30
	Acciones de los empleadores	32
	4. NOTA SOBRE SITUACIONES ESPECIALES	33
	Bibliografía	35
	Acrónimos utilizados	40

PRESENTACIÓN

Los números 4 y 5 de la colección Cuadernos del SIPOSO versaron sobre la crianza; éste se refiere al embarazo —incluida su planificación positiva— y al parto. Como aquellos, su objetivo es la promoción de la salud. La procura, por una parte, mediante información relativa a la planificación positiva y a la atención idónea del embarazo y del parto; por otra, con propuestas de mejora destinadas principalmente a la acción institucional.

La información indicada fue extraída de fuentes científicas e institucionales principalmente del ámbito de la salud; para su selección y reseña hemos contado con el asesoramiento y la supervisión de cualificadas especialistas. Las propuestas prácticas son deudoras en gran medida de las valiosas aportaciones que nos hicieron docentes y estudiosos comprometidos con la causa del bienestar. Por supuesto, la responsabilidad de los posibles defectos del documento resultante es de los autores.

Conste, finalmente, que este trabajo es parte del programa de actividades que viene desarrollando, con la colaboración del Grupo Polibea, el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO); y ha sido realizado en el seno del Grupo de Trabajo sobre Crianza Saludable, integrado por: Carmen de Andrés, José Arizcun, Demetrio Casado, Pilar Gútiez, Ramón de Marcos, Elisa Ruiz y María Jesús Sanz.

Demetrio Casado y María Jesús Sanz Julio de 2016

Embarazo y parto saludables

Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora

Demetrio Casado

Doctor en Farmacia Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) **Mª Jesús Sanz**

Psicóloga

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

Resumen

El objeto material de este trabajo es la gestación humana y el alumbramiento en supuestos normales. El alcance de esta acotación se detalla en la primera parte del texto. Embarazo y parto se abordan desde el punto de vista del bienestar social, especialmente en lo que atañe a la salud infantil y maternal. En función de tales metas, se exponen la planificación positiva del embarazo —objeto de la segunda parte— y la atención idónea del mismo, incluido el parto —tercera parte—. Para ambas, se reseñan, extractadas, las prescripciones derivadas del conocimiento disponible, los recursos existentes y las ideas y prácticas de la población; y se formulan propuestas de mejora. Concluye el trabajo con una nota sobre situaciones especiales.

I. INTRODUCCIÓN

Los antecedentes inmediatos de este trabajo versaron sobre la crianza saludable (Casado y Sanz, 2014) y sobre las publicaciones de orientación a los padres para la crianza (Sanz, 2014) (ambos trabajos se ofrecieron en la colección Cuadernos del SIPOSO, de la Editorial Polibea, números 4 y 5, éste con un apéndice). En esta ocasión se aborda el embarazo, incluida su planificación, y el parto. Como en los trabajos citados, se pretende servir a la causa de la salud infantil; a la que se añade en esta ocasión la maternal y aun la familiar.

Las instancias públicas de objeto sanitario tienen responsabilidades obligatorias en la procura de la salud, tanto por modos asistenciales como de prevención y promoción. Los particulares deben —debemos— participar en la brega de la salud mediante la adopción de estilos de vida convenientes, así como utilizando adecuadamente los recursos sanitarios disponibles. Los actores privados están —estamos— llamados a cooperar al conocimiento y al desarrollo de las iniciativas públicas y de las conductas privadas pro salud. La línea de trabajos a la que se suma éste es un medio de dicha cooperación.

En el mundo contemporáneo, la salud prenatal ha sido objeto, explícito o implícito, de posicionamientos internacionales positivos como los que se indican seguidamente. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948) establece que "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales" (art. 25.2). La Convención de los Derechos del Niño (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989) asigna a los Estados Partes la obligación de "Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres." (art. 24, párrafo 2 d).

La gestación humana se produce en situaciones y con desarrollos diversos. El anunciado **objeto material** en este trabajo sólo abarca las y los que se indican a continuación.

En cuanto a su acontecimiento, el embarazo puede tener lugar de acuerdo con el deseo de los progenitores, como consecuencia no buscada pero aceptada de grado de sus relaciones sexuales o contra el deseo de aquellos. Este trabajo no alcanza a cubrir las demandas muy especiales del último supuesto.

Desde el punto de vista de su prevención, se consideran los riesgos de salud del embrión, el feto y, en alguna medida, el neonato. Pero, salvo un breve apunte final, no se aborda la atención médica especial que requieren los embarazos de riesgo por alteraciones de salud de la embarazada, ni la que supone la reproducción asistida.

Los embarazos son procesos individuales que gestionan principalmente las embarazadas y los varones procreadores, pero la decisión reproductiva y su realización están muy condicionadas por circunstancias familiares y de los entornos culturales, económicos, sociales y políticos. En este trabajo se prestará especial atención a las políticas y los recursos sanitarios de alcance nacional relevantes para la planificación del embarazo y la atención básica del mismo y del parto. En publicaciones anteriores del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) se examinaron otros recursos colectivos nacionales con posible incidencia en las decisiones y desarrollos reproductivos (p. e.: Iglesias de Ussel, 2010; Casado, 2010; Gómez de la Torre y López López, 2011; Valiño Castro, 2011).

Los embarazos, además de su relevante significado para los progenitores, son el medio por el que los individuos contribuyen a la reposición demográfica para la supervivencia de la especie. Se trata de una cuestión de obvia relevancia social y que en España constituye un problema grave. No será objeto de esta exposición. También pueden verse trabajos anteriores sobre la baja fecundidad en España promovidos por el SIPOSO (p. e.: Casado, 2011: 31-39; López López, 2011).

El objeto material acotado se abordará en relación a las dos facetas antes indicadas. La planificación será tratada en la parte 2 y el embarazo más el parto, en la 3. Quede dicho que la planificación del embarazo se entiende aquí en sentido positivo y amplio, pues tiene por objeto procurar las mejores condiciones biológicas posibles de los progenitores para la concepción y el embarazo. Por supuesto, la planificación sólo es practicable en los embarazos buscados. Cada una de las dos partes indicadas se estructura siguiendo este esquema: conocimiento científico sanitario disponible, ideas y prácticas de la población, recursos de alcance nacional principalmente de los sectores público y profesional disponibles y, finalmente, propuestas de mejoras.

La reseña del conocimiento científico sanitario se extrajo de diversas fuentes. Se prestó especial atención a los documentos normativos sobre la materia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; también se explotaron fuentes prescriptivas institucionales y personales de crédito —por supuesto, a juicio de los autores—; para la información sobre ideas y prácticas de la población y sobre la oferta de recursos se contó con aportaciones de los asesores y colaboradores; se tomaron como base sus aportaciones para la colección de propuestas, si bien su selección es responsabilidad de quienes suscriben.

2. PREVISIONES DE SALUD RELATIVAS Y ANTERIORES AL EMBARAZO

Del derecho a la salud y el bienestar infantil se deriva la obligación moral de los progenitores de procurar a sus descendientes las mejores condiciones posibles relativas a su propia salud, sus medios económicos y su disponibilidad, así como deseablemente la de otros familiares. Y es, por otra parte, obligación moral de la sociedad y jurídica del Estado evitar obstáculos y procurar apoyos para promover y facilitar la procreación saludable.

La procura de salud y de desarrollo personal de los progenitores entraña también, además del autocuidado, obligaciones morales para la sociedad y jurídicas para los poderes públicos.

La prevención de riesgos relacionados con la salud de los progenitores y de sus conductas, así como de posibles errores en las conductas y los apoyos, debe iniciarse desde la infancia e intensificarse en la fase inmediata al embarazo y en el curso del mismo (Jáñez, 2010a:167). Esta segunda parte del trabajo tiene como objeto el tiempo previo al embarazo.

Infancia y adolescencia, ambos sexos

El cumplimiento de los calendarios de vacunación es una práctica de probada eficacia para la prevención primaria de importantes enfermedades. De ellas, el padecimiento de la rubeola y de la varicela durante el embarazo supone un riesgo grave para la descendencia. La mujer no vacunada que decida el embarazo debe consultar al médico las vacunas que, en su caso, debe recibir previamente (García-Benítez et al., 2012).

Edades convenientes para la reproducción

La procreación en edades prematuras o tardías comporta un plus de riesgos de defectos congénitos. Desde el punto de vista biológico, las edades más convenientes de la mujer para la reproducción son las comprendidas entre los 22 y los 34 años (Martínez Frías et al., 2012). Para los varones, la etapa más segura se inicia también en los 22 años, pero llega hasta edades mayores que las mujeres (consulta al Servicio de Información Telefónica a la Embarazada, noviembre de 2015).

En la faceta psicosocial se registran muchas variaciones individuales. Las mismas suponen la existencia de jóvenes con edad apropiada para el embarazo desde el punto de vista biológico que carecen de las capacidades y habilidades personales necesarias para enfrentarlo, así como para la crianza (Fernández Mateos, 2005: 68); las dificultades de tipo personal, tanto de mujeres como de varones, pueden aliviarse en muchos casos con apoyos.

2.1 La planificación del embarazo desde el punto de vista de la salud. Medidas médicas y de estilo de vida

El conocimiento biomédico disponible aconseja planificar el embarazo, es decir, elegir las edades adecuadas para intentarlo, y adoptar otras medidas destinadas a evitar riesgos para la salud, especialmente las alteraciones de embriones y fetos con posible resultado de defectos congénitos y malformaciones en los nacidos.

Además de las indicaciones biológicas, la planificación conlleva ventajas psicosociales. Fernández Mateos (2005: 50-51) afirma que la planificación del embarazo genera

actitudes positivas hacia el futuro hijo, favorece el posterior apego y promueve conductas protectoras de su salud. López Sánchez (2008: 87-88) considera que la planificación del embarazo es una de las necesidades del niño, en razón de que aquella favorece su desarrollo normal y nacimiento en circunstancias favorables de los progenitores y de su situación social.

En este apartado se expone la información relativa a la práctica de planificación del embarazo. Es de advertir, en primer lugar, que aquella se referirá sólo al común de los casos, vale decir los que no requieran atención médica especial. Por otra parte, las indicaciones que se formulan tienen el carácter de información general, no profesional. Lo anterior lleva a las siguientes consideraciones prácticas: I) la lectura de la información que sigue no pretende suplir el asesoramiento médico que deben recabar las personas que proyectan tener descendencia; 2) ese asesoramiento está especialmente indicado para los progenitores con enfermedades u otros factores de riesgo conocidos por ellos.

La información relativa a la planificación en general fue extractada principalmente de las fuentes que se indican a continuación, cuyas referencias completas pueden verse en la bibliografía:

- La Fundación 1000 sobre defectos congénitos mantiene desde 1993 el servicio informativo "Para que nazca sano", que puede consultarse en su web (http://www.fundacion1000.es/).
- Mercedes Jáñez participó en los cursos sobre prevención de deficiencias del Real Patronato sobre Discapacidad; puede consultarse una versión actualizada de su aportación sobre "Prevención obstétrica de las deficiencias: Asistencia preconcepcional y asistencia al embarazo normal" (2010a) en una fuente digital.
- El Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) publica *Propositus, Hoja informativa del ECEMC*. Su n° 33 versa sobre la planificación del embarazo (Martínez Frías et al., 2012); el n° 34 trata de las vacunas en dicha fase (García Benítez et al., 2012).

Al decidir procrear (Fundación 1000; Jáñez, 2010a; Martínez Frías et al., 2012)

Las parejas que deseen procrear por vez primera —y también las siguientes si hubiera habido variaciones en su salud—, deben consultar a los servicios médicos antes de procurar el embarazo. En dichas consultas se abordarán estas cuestiones médicas:

- estados de salud
- historiales médicos
- posibles enfermedades hereditarias de sus familias
- vacunaciones.

Además, deben registrarse: los posibles hábitos de consumo inconvenientes (dietas insalubres, alcohol, tabaco, drogas), los riesgos ambientales (medio laboral, doméstico, contaminación atmosférica). También importan factores psicosociales como los relativos a las relaciones familiares y otras, y los estados emocionales (estrés, estado mental, deseo).

Los servicios médicos prescribirán los chequeos y pruebas de comprobación y ampliación informativa que resulten oportunas en relación con:

- enfermedades crónicas y sus tratamientos
- situación inmunológica
- factores genéticos
- Rŀ
- enfermedades de trasmisión sexual y sus tratamientos
- exposición a sustancias peligrosas en el medio laboral
- estilos de vida.

Por supuesto, la detección de riesgos y dificultades para el embarazo deben ser seguidas de las prescripciones y orientaciones clínicas oportunas.

La Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) dedica su capítulo cuarto a la consulta preconcepcional, cuyo objetivo y contenido expone.

Trimestre previo a las relaciones sexuales orientadas al embarazo, mujeres y varones. Medidas médicas y estilo de vida (Martínez-Frías et al., 2012).

El conocimiento biomédico disponible muestra la conveniencia de adoptar, tres meses antes de iniciar la procura del embarazo, medidas de prevención adicionales a las indicadas anteriormente. El fundamento de esto consiste en que durante ese periodo se forman los gametos de ambos padres y hay que protegerlos de los efectos adversos de diferentes agentes nocivos. Esa protección debe mantenerse durante toda la gestación.

Medidas médicas:

- no tomar (mujer y varón) medicamentos sin prescripción o consentimiento médico
- tomar (mujer y varón) dosis adecuadas de ácido fólico y de otras vitaminas; previene la espina bífida y otros defectos congénitos
- en los casos de hipotiroidismo de la mujer, el médico prescribirá suplementos de yodo.

Estilo de vida (mujer y varón):

- dieta adecuada
- para prevenir la toxoplasmosis —si no la hubieran padecido—, las mujeres: deben evitar el consumo de frutas y verduras sin lavar o mal lavadas, así como ingerir carnes poco cocinadas, salvo que se congelen a 22° bajo cero durante diez días; esta medida debe aplicarse también al jamón, productos de charcutería y pescados; y deben evitar el contacto con los gatos y, sobre todo, sus heces
- no consumir alcohol, tabaco y otros tóxicos
- protección de riesgos laborales.

2.2 Conductas de la población

¿Aprovecha la población el valioso acervo de conocimiento científico disponible para la planificación positiva del embarazo? Se ofrecen seguidamente algunas pistas informativas.

Indicios epidemiológicos

El Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012 (edición revisada de junio de 2015) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) incluye información de interés para el tema en cuestión.

En los últimos años está creciendo la edad materna media (p. 27). Por otra parte, la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos se ha incrementado en las pasadas décadas, si bien se ha producido el leve cambio en la tendencia que indican estas cifras: en 1990 el porcentaje era un poco superior a 5; en 2009 se había elevado a 8,2; en los dos años siguientes esta cifra bajó ligeramente (8,12 y 8,06) (p. 40).

Como quiera que es, entre otros, factor del bajo peso al nacer el "aumento de la edad materna" —también la "maternidad en adolescentes"— (p. 40), resulta oportuno preguntarse por posibles fallos en la utilización del recurso de la planificación del embarazo, así como por el efecto de dificultades sociales para que los embarazos se produzcan en edades óptimas.

En la comparación internacional que ofrece Health at a Glance 2015. OECD Indicators, España es uno de los cinco países que experimentaron mayor crecimiento de dicho índice del bajo peso al nacer en el periodo 1990-2013 (OECD, p. 61).

El bajo peso al nacer se produce en embarazos comunes y es más frecuente en casos que se mencionan en la parte 4, como los múltiples.

Estimación de base clínica

A falta de información estadística directa sobre la práctica en la población española de la planificación del embarazo en el sentido amplio adoptado, parece de gran interés el testimonio experto de una profesional clínica de referencia. La doctora Jáñez (2010a: 187-188) estima que cerca de la mitad de los embarazos no son planificados; ni aún en el caso de las mujeres con un riesgo claro, como son las que padecen diabetes. Entre las causas de ese hecho, menciona la autora citada el desconocimiento por la población de datos básicos, cual es que la primera visita al especialista, cuando ya se conoce el embarazo, es ocasión tardía en muchos casos para la puesta en marcha de algunas medidas preventivas (op. cit.: 179).

Para terminar este apartado, quede hecha la indicación de que la reproducción asistida —que no es objeto de este trabajo— incluye la planificación del embarazo.

2.3 Oferta de recursos a usuarias/os y profesionales

En este apartado se presta atención principal a los recursos de alcance nacional que ofrecen los sectores público y profesional sanitarios. Después se da noticia de otros recursos.

Sistema Nacional de Salud

Por la potencialidad sanitaria de la planificación del embarazo, parece obligado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) oferte, con garantía de acceso universal, la atención sanitaria oportuna; el medio indicado para ello es su cartera de servicios comunes. La misma fue regulada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre; las disposiciones que se transcriben más adelante están tomadas de su texto consolidado —que incluye las modificaciones posteriores hasta el 8 de julio de 2015—.

El anexo II de la cartera de servicios comunes incluye los de atención primaria. En dos de los apartados relativos a la adolescencia se incluyen objetivos relevantes para la planificación positiva del embarazo: consejo sobre hábitos de riesgo para la salud (6.2.1) y evitación de enfermedades de trasmisión sexual (6.2.3).

Como se dirá después, este segundo objetivo viene siendo abordado también por agentes ajenos al SNS. Ello pudiera indicar que la capacidad de captación del mismo en este punto es limitada.

El anexo II citado incluye también servicios de "atención a la mujer" (6.3). En ese apartado se ofrecen medios relativos a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo (6.3.2). Y se incluye una gama amplia de recursos destinados a la atención del embarazo y el puerperio (6.3.3).

Por el contrario, es nula en ese apartado la oferta relativa a la planificación posi-

Sí es relevante para, aparte de otras, esa función el servicio de **consejo genéti**co para grupos de riesgo, que se prevé en el apartado 5.3.7.1 del anexo III. La regulación de aquel se establece en el apartado 5.3.10 del mismo anexo. Las Comunidades Autónomas, en virtud de la facultad que les otorga el Real Decreto 1030/2006 (art. 11), pueden ofrecer servicios complementarios a los comunes.

Pasando a los documentos normativos no jurídicos, procede indicar que se omitió la planificación del embarazo en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) (ENSSR).

En esa fuente se declara el propósito inicial de "abordar todo el proceso reproductivo" (p. 75), pero no se trata la fase previa al embarazo de modo relevante. En cierto pasaje se enuncia el tema "Preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza", mas no se exponen medidas específicas para dicha etapa previa al embarazo (p. 96).

En otro documento normativo de carácter técnico concerniente al SNS y posterior, si bien no se aborda la planificación del embarazo, si se contempla la consulta preconcepcional; se trata de la antes citada *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo* y puerperio (pp. 53-64).

Fuera del SNS, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales establece medidas de protección para las trabajadoras afectadas por riesgos para su embarazo y su lactancia: cambio de las condiciones de trabajo y aun de puesto (art. 26).

El conjunto de las mujeres en trance de planificación de embarazo no cuentan con una protección semejante, pero sí la tienen una parte de ellas. Ello se produce mediante los planes de prevención de riesgos para la reproducción que deben adoptar las empresas (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011: 10-12).

El complejo ECEMC-ASEREMAC

La profesora María Luisa Martínez-Frías ha liderado el desarrollo de un complejo de investigación e información al servicio del objetivo "para que nazca sano". Sus aportaciones se refieren tanto al embarazo como a su planificación (http://www.fundacion1000.es/). En 1976, creó el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC), cuyo objeto es investigar sobre las causas por las que se producen los defectos y malformaciones congénitas que se observan en niños recién nacidos. La información epidemiológica es obtenida por una amplia red de médicos, en su mayor parte pediatras, de hospitales. En 1979 el ECEMC se constituyó en la entidad con personalidad jurídica Asociación Española para el Registro y Estudio de las Malformaciones Congénitas (ASEREMAC). Además de sus contribuciones en el ámbito científico (unos quinientos trabajos científicos publicados en revistas internacionales), el complejo mantiene dos recursos informativos: el servicio de información sobre teratógenos (SITTE), que se ofrece a los profesionales médicos, y el Servicio de Información Telefónica para la Embarazada (SITE), que atiende directamente a las mujeres en la fase previa al embarazo y en el curso del mismo. En 1993, la profesora Martínez-Frías creó la Fundación 1000 sobre defectos congénitos, que contribuye al mantenimiento del servicio informativo "Para que nazca sano" (http://www.fundacion1000.es/). El grupo ECEMC-ASE-REMAC publica la revista Propositus. Hoja informativa del ECEMC; su n° 33 —citado anteriormente— esta dedicado a la planificación del embarazo.

Otros recursos

Aparte de otros agentes, desde hace unas décadas, se viene ofreciendo educación sexual en centros escolares, servicios municipales para jóvenes y entidades no lucrativas también para esos mismos destinatarios, etc. Salvo que no se dispone de un análisis completo de esa actividad, parece que la misma, por lo general, está orientada a evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Por otra parte, es justo destacar que entidades del ámbito de la Iglesia Católica cuentan con una larga ejecutoria en la impartición de cursillos prematrimoniales. Según la

información recibida, parece que en los mismos no se aborda la planificación del embarazo desde el punto de vista de la salud.

En los últimos años han emergido sitios web sobre familia, mujer y crianza, algunos de los cuales incluyen secciones sobre planificación del embarazo. En algunos casos, las indicaciones que se formulan son suscritas por especialistas sanitarios; por ejemplo, Salvador López, en http://www.conmishijos.com/.

2.4 Selección de propuestas de acciones públicas y privadas

Mona Sandbaek (2012: 76), en el capítulo 3 de la obra sobre parentalidad positiva editada por Mary Daly, enumera los "Principales tipos de medidas necesarias a favor de las familias de los Estados miembros". De ellos, tienen relación con la planificación del embarazo los siguientes: la educación parental, la orientación prematrimonial para parejas jóvenes, la planificación familiar y la educación sexual. El enfoque de este trabajo requiere especificar la instrumentación institucional de esas y otras posibles medidas.

Acciones públicas

La política sanitaria debe ser coherente con el potencial de salud y los requerimientos de asistencia sanitaria de la planificación del embarazo. La medida básica al efecto debe consistir en la ampliación, en la cartera de servicios comunes del SNS (Real Decreto 1030/2006), de los "servicios de atención a la mujer", con estas dos clases de recursos: educación promocional de la planificación del embarazo y asistencia para su práctica. Estos recursos son análogos a los servicios previstos en dicha cartera para el embarazo (Anexo II, 6.3): la educación promocional de la planificación del embarazo empareja con la "Educación maternal", en tanto que la asistencia a la planificación se corresponde con la "Atención al embarazo y al puerperio".

La inclusión de los citados medios en la cartera de servicios comunes garantiza el acceso a los mismos de quienes los demanden, pero no asegura que serán demandados de hecho por la población concernida. Lo cual obliga a plantearse la cuestión de cómo captarla para la primera relación de servicio, es decir, la educacional.

La forma más directa de captación consistiría en que los servicios de atención primaria del SNS convocaran y encauzaran a las personas destinatarias de la acción educativa indicada. Parece que contribuiría a ello la mejor coordinación al efecto dentro del SNS (Jañez, 2010a: 188). Por otra parte, podría adoptarse una campaña promocional permanente con dicho objeto utilizando medios propios —carteles y folletos en los centros de salud— y de comunicación social de masas.

Como quiera que se viene dispensando en centros escolares información sobre relaciones sexuales seguras e interrupción voluntaria del embarazo, resulta obligado plantearse si debería articularse con esa acción —y cómo hacerlo, en su caso—la educación en planificación positiva del embarazo, incluyendo los hábitos de vida saludables, valorando su importancia para prevenir riesgos en la descendencia.

En cuanto a los agentes de esa acción, por seguridad sanitaria, parece conveniente contar con profesionales del SNS. Sirvan como ejemplo las acciones de educación vial en los centros escolares mediante agentes públicos de seguridad.

Como quedó dicho, la ENSSR (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) excluyó de su objeto material la planificación del embarazo. Ello debería corregirse en una próxima edición de dicho instrumento directivo.

Tal vez sea oportuno indicar que la empresa promocional que se postula no es fácil. Por el débil desarrollo de la asistencia preconcepcional, resulta necesario, no sólo sensibilizar a la población, sino también a los profesionales (Jáñez, 2010a: 188-189).

La carencia de protección de los riesgos laborales de la planificación del embarazo, señalada anteriormente, debe ser corregida.

La acción privada

Las acciones privadas de educación prematrimonial podrían ser cauce para la información relativa a la planificación del embarazo. Al efecto, parece aconsejable que dicha información sea provista por profesionales especialistas invitados.

Los medios privados de comunicación social (convencionales o digitales) activos en la información y educación prenatal —o dispuestos a proveerla— son también vías posibles para la extensión de la planificación del embarazo. Por seguridad sanitaria, los contenidos relativos a la misma deben ser elaborados y suscritos por entidades del SNS o por profesionales sanitarios especialistas.

3. CUIDADOS PRO SALUD EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

Esta tercera parte se refiere al proceso del embarazo confirmado, así como al parto. Para simplificar la exposición, en lo que sigue, se utiliza el término "embarazada" para referirse a la mujer en esas dos posibles situaciones.

En esta tercera parte se sigue el enfoque y la estructura de la anterior, y se mantiene la exclusión de los casos de especial riesgo y otros indicados en la introducción. También como en dicha parte 2, las indicaciones que se formulan tienen el carácter de información general, no profesional. Por ello, se remite repetidamente a los servicios sanitarios.

3.1 Medidas clínicas y de estilo de vida

La gestación es una etapa esencial en la dotación y el desarrollo del ser humano, y también es importante para la madre, el padre y otros familiares.

El embarazo es una situación crítica en relación con la génesis de deficiencias y tiene "una naturaleza singular: en ninguna otra etapa de la vida el bienestar de un individuo depende tanto del bienestar de otro" (Jáñez, 2010a: 166). Por ello, es obvia la importancia del seguimiento en el periodo gestacional y la información y formación sobre la incidencia positiva o negativa de factores que influyen en el niño por nacer.

El conocimiento biopsicomédico aplicado nos ofrece un bagaje muy valioso de medidas clínicas y de estilo de vida destinadas a reducir los riesgos de salud para la mujer embarazada y para el embrión y el feto.

Además de otras que se citarán en puntos determinados, la estructura y el grueso de la información de este apartado, fueron tomadas de 1) dos fuentes utilizadas en la parte segunda (Jáñez, 2010a y Programa "Para que nazca sano" de la Fundación 1000 sobre defectos congénitos) y 2) de estas otras:

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a), Estrategia de la Promoción de la Salud y Prevención. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS (aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013), Anejo sobre "Poblaciones priorizadas", en el que se trata el embarazo.
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alimentación segura durante el embarazo.

Medidas médicas y estilo de vida de la embarazada

El embarazo debe ser objeto de atención sanitaria por parte de los servicios profesionales. La ENSSR dedica un amplio apartado a la misma (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011: 92 a 108).

La mujer deberá mantener gran parte de las medidas de la fase de planificación y adoptar algunas nuevas. Ejemplos de unas y de otras:

— consultas regulares a los servicios sanitarios (aparte de otras providencias, se comprobarán las vacunaciones de la embarazada)

- no tomar medicamentos sin prescripción o consulta médica
- seguir tomando ácido fólico y otras vitaminas, según indicación médica
- utilizar sal yodada en la comida y, si el médico lo considera necesario, tomar suplemento de yodo
- evitar consumos nocivos.

En casos singulares se debe recurrir a servicios especializados.

Además de las principales medidas indicadas, sobre todo si no hubiera tenido lugar la asistencia preconcepcional, debe aprovecharse la disposición, por lo común favorable, de la mujer embarazada para facilitarle información específica para su estado relativa a: alimentación, alcohol, drogas, tabaco, trabajo y protección laboral, higiene, deporte, vestido y calzado, relaciones sexuales, prevención de enfermedades infecciosas transmisibles, fomento de la lactancia natural (Jáñez, 2010a: 169).

Como quiera que el embarazo está influido no solo por factores biológicos sino psicológicos y culturales, todos ellos han de ser tenidos en cuenta por su influencia en la madre-padre-niño intrauterino. Si no es así, el embarazo será vivido por la mujer como un estado biológico sin más en el que ésta se somete a la autoridad del personal sanitario (Fernández Mateos, op. cit.: 83), y se perderá la oportunidad de facilitar un buen comienzo al futuro bebé y a sus padres. Tener en cuenta estos aspectos ofrece la posibilidad de prevenir dificultades durante el embarazo y también tras el nacimiento.

Según se recoge en el interesante manifiesto *The 1001 Critical Days* (Leadsom et al., 2013: 5), los padres y madres están especialmente receptivos a la información y el apoyo durante este periodo prenatal, calificado, junto con los dos primeros años de vida, de ventana de oportunidad crítica. Esta receptividad facilitará el aprovechamiento de la oferta de recursos para el común de los padres.

Alimentación de la embarazada

La alimentación es un factor importante para el buen desarrollo del embarazo. En el curso del mismo, es particularmente recomendable consumir una dieta saludable. Las cuantías del valor energético y de los nutrientes de la dieta deben ajustarse a las necesidades del embarazo, que se incrementan sobre todo en los trimestres segundo y tercero. Para ello, así como para valorar los posibles incrementos excesivos de peso —que entrañan riegos para el embarazo y para el parto—, es aconsejable la asistencia sanitaria.

Otras indicaciones relativas a consumos de la embarazada

Indicaciones relativas a la dieta (relación no exhaustiva):

- lavado cuidadoso de las frutas y verduras
- evitación del consumo de alimentos animales que puedan trasmitir la toxoplasmosis: hígado y carnes crudas o poco cocinadas, salvo que se congelen a menos 22° durante unos diez días
- seguimiento de pautas sanitarias para inactivar el anisakis que pudiera parasitar los pescados (http://www.saludcantabria.es/index.php?page=anisakis)
- seguimiento de pautas sanitarias para prevenir el riesgo de ingestión de mercurio por el consumo de pescado:
 (http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/mercurio_pescado.shtml)
- evitación del consumo de leche y derivados no pasteurizados
- bajo consumo de sal
- especial cuidado de la higiene buco-dental (con visitas al odontólogo).

En lo que se refiere a otros consumos fruitivos y/o adictivos:

- bajo consumo de café y otros productos que contengan cafeína
- no consumir tabaco, alcohol, ni otras drogas psicotrópicas.

Higiene física y biológica personal y laboral

La embarazada debe mantener hábitos de higiene adecuados, especialmente en estos aspectos:

- aseo personal
- limpieza de alimentos y entornos domésticos
- evitación de contacto con animales posibles trasmisores de enfermedades de alto riesgo para la situación de embarazo, como la toxoplasmosis por los gatos
- evitación del contacto y manejo de sustancias y productos tóxicos, tanto en el hogar como en el trabajo, sin las oportunas medidas de seguridad
- evitación de esfuerzos físicos inmoderados por la embarazada, así como del sedentarismo intenso, salvo posibles contraindicaciones, generalmente temporales.

Salvo las contraindicaciones aludidas, es conveniente el ejercicio físico moderado, incluyendo el que se realiza en el agua. Aparte de otros efectos positivos puede aliviar las molestias del embarazo. También están indicados los ejercicios para reforzar la musculatura del suelo pélvico con el fin de preparar el trabajo del parto y prevenir la incontinencia urinaria.

Apoyos profesionales e institucionales

Las prescripciones médicas reseñadas deben ser objeto de seguimiento clínico. En algunos de los cambios de estilo de vida, como los relativos a consumos de sustancias adictivas o a las actividades laborales, pueden ser necesarios apoyos específicos. Dichos posibles cambios deben ser indicados lo antes posible, deseablemente en la primera visita médica.

Aspectos emocionales

La mujer embarazada experimenta cambios, no sólo anatómicos y fisiológicos, sino también emocionales. El bienestar emocional de la mujer embarazada es un factor de su salud tan importante como los físicos y los estilos de vida. En los supuestos normales, esos cambios son funcionales, no sólo para la formación del embrión y el feto, sino también para la progresiva incorporación cognitiva y emocional del futuro niño en la familia. En este orden psíquico, ha de tenerse en cuenta un hecho que requiere atención: el aumento en la embarazada de la vulnerabilidad al estrés; estrés que puede afectar al embrión y al feto. De ello se deriva la conveniencia de que aquella disponga de un ambiente sosegado y de apoyos para afrontar demandas y tensiones excesivas.

Durante el embarazo se pueden producir episodios de ambivalencia frente al mismo, a veces propiciados por las molestias debidas a los cambios fisiológicos. Según Díez (2003: 13), en el primer trimestre más de la mitad de los embarazos son vividos en algún momento con rechazo y a la altura del tercero casi todos han sido aceptados y se viven con satisfacción. Precisamente a través de la percepción propioceptiva del hijo, de su presencia corporal, es como se facilita la aceptación y se genera el vínculo maternal.

Tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el psicológico, el periodo del embarazo y el de la vida extrauterina forman un continuo en el que éste lleva consigo los efectos positivos y negativos de lo sucedido en aquel (Fernández Mateos, 2005:

27). El parto es el hito, por cierto de importancia relevante, de transición de uno a otro periodo.

La citada autora (pp. 27, 50-51) afirma que madre e hijo comparten sistemas neurohormonales, siendo los componentes afectivos desencadenantes de secreciones hormonales que modifican el medio biológico en el que se desarrolla el futuro niño. Por otra parte señala que la actitud mental de la madre determinará su comportamiento en cuanto a prevención, cuidados de salud y preparación del evento. Tratándose de un embarazo deseado, o al menos aceptado, y en unas circunstancias de normalidad, se generan conductas protectoras y promotoras de la salud física así como la vinculación afectiva con su futuro hijo.

El estrés en la madre hace que ésta produzca niveles excesivos de hormonas como la adrenalina y noradrenalina, que traspasan la barrera placentaria y pueden afectar al niño. El estrés puede ser uno de los factores de riesgo de la prematuridad, o del bajo peso al nacer, de la irritabilidad futura del niño y de otras alteraciones (Verny y Weintraub, 1992: 26).

En el plano psíquico, la faceta emocional tiene una especial importancia en lo que al desarrollo del vínculo maternal se refiere.

La vinculación afectiva comienza en la etapa prenatal y existen comportamientos que ponen de manifiesto su existencia (Lafuente, 2010: 315); ésta se ve reforzada por las capacidades que el niño por nacer va desarrollando y que la madre interpreta confiriéndoles sentido relacional. El padre y la madre establecen con él comportamientos comunicativos y se crean fantasías sobre el futuro bebé atribuyéndole significado como sujeto individual (Fernández Mateos, 2005: 49-50).

Lafuente (2010: 320-327) reseña investigaciones empíricas acerca de la influencia de varios factores sobre la vinculación afectiva con el futuro bebé (planificación y deseo del embarazo, edad de la madre, apoyo social, personalidad, relación de pareja, etc.). Destaca que la visualización del feto, los movimientos fetales y la edad gestacional son los que cuentan con apoyo empírico mayor respecto al fomento de la vinculación positiva. Existe evidencia de la relación entre las representaciones mentales maternas del apego y el tipo de apego que establecerá con su hijo, comprobadas al año de edad (Fonagy, 1991: 891-905).

El bebé por nacer, desde el punto de vista emocional, está hecho de representaciones mentales y afectos de los padres que proyectan en él sus deseos, temores, fantasías, necesidades... Es un objeto de la imaginación de los padres que les ayuda a representárselo de forma anticipada, lo que facilita, en el común de los casos, la relación interpersonal posterior (Ben Soussan, 1999: 67).

Al nacimiento, los padres deberán ajustar su bebé imaginario al bebé real para poder dar satisfacción a sus necesidades.

Finalmente, Fernández Mateos, en su obra citada (p. 95), señala que la vinculación maternal genera los siguientes beneficios para la gestación:

- favorece una adecuada relación de entendimiento padre-madre-hijo-fratría ya que el vínculo afectivo aumenta la sensibilidad hacia el entendimiento del otro
- ayuda a la madre a soportar de manera positiva los problemas que pudieran surgir durante la gestación generando confianza en sí misma para el proceso
- se reducen los miedos e inquietudes de la pareja durante el proceso, propiciándose una actitud realista de la maternidad y la paternidad, favoreciendo el aceptar al recién nacido tal como es
- induce a la mujer durante el embarazo a desarrollar conductas de promoción de la salud física y psíquica tanto de ella como del niño, reduciendo el número de complicaciones físicas, emocionales y psicosociales.

Preparación para el parto y asistencia al mismo

Salvo circunstancias patológicas, el parto es un proceso natural; una vez que el feto ha obtenido cierto nivel de desarrollo (a partir de la semana 37 de gestación), se produce su abandono del útero materno y da comienzo la vida extrauterina del bebé. El pro-

ceso está determinado por una serie de cambios hormonales y fisiológicos, e incluye tres fases: dilatación, expulsión y alumbramiento. En este proceso sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y favorecer la confianza, seguridad, intimidad, privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres procurando su participación activa durante el proceso. Este enfoque, que se opone a la medicalización excesiva, es propuesto por la *Estrategia de atención al parto normal*; así, se hace eco de las aspiraciones de muchas mujeres y de los cambios sociales en la vivencia de la maternidad y la paternidad, salvaguardando en todo momento la seguridad de la madre y del bebé.

El desarrollo de los partos está influido por factores biológicos (de la madre y el niño), psicológicos, culturales y ambientales.

Todos los factores incidentes en el parto han de ser considerados en los programas de preparación maternal-paternal y en el momento del parto.

Cada mujer afronta el parto con sus capacidades, temores, imágenes y representaciones culturales y sociales, igual que ante cualquier hecho importante de su vida; pero parece común que frente al parto se movilicen miedos ancestrales, que ya habían aparecido a lo largo del embarazo de forma más o menos consciente. Éstos se relacionan con varios factores: riesgo vital para el bebé y para la madre, temor a lo desconocido y al dolor, riesgo de pérdida del control del proceso, inseguridad frente a la crianza y frente al nuevo papel que tiene que asumir. A la vez, tales temores conviven con el deseo de ver por fin al hijo que, si todo va bien, diluirá bastantes de aquellos (Diez, 2003: 22).

Las sensaciones de inseguridad y ansiedad al comienzo del parto pueden ir dejando paso a la seguridad y al control si la mujer se ha preparado anteriormente, y si el apoyo y ambiente son adecuados.

Está demostrado que la relación entre la persona que atiende el parto y la madre tiene una fuerte influencia sobre su vivencia del mismo. En general, las mujeres consideran muy importante ser tratadas de manera individualizada, con respeto y afecto. Así, la atención de la matrona con esas características ha demostrado beneficios fisiológicos, psicológicos y de instauración de la lactancia materna. De la misma forma, el apoyo permanente a la mujer por alguien elegido por ella (su pareja, en general) aumenta el bienestar en el parto y facilita su proceso. Las mujeres que reciben este apoyo continuado (personal y profesional) son menos proclives a recibir anestesia, más proclives a tener más partos vaginales y manifestar más satisfacción de la experiencia.

Existen bastantes prácticas cuya oportunidad en los partos normales se cuestiona; entre otras, la posición en decúbito supino, la episiotomía, los enemas. Por el contrario, son positivos cambios recientes como: la posibilidad de elección de métodos no farmacológicos o farmacológicos de alivio del dolor, la elección de postura para el periodo expulsivo por parte de la mujer o el contacto precoz madre-bebé piel con piel. Éste procura beneficios fisiológicos: el recién nacido se recupera antes del estrés, su glucemia se normaliza también antes, se facilita el equilibrio de su temperatura, se mejora la adaptación a la vida extrauterina, se propicia el establecimiento de la lactancia materna.... Y también tiene dicha técnica la virtud de facilitar el establecimiento del vínculo afectivo, pues el bebé está durante dos horas en alerta tranquila en un periodo sensitivo provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento del olor materno. Finalmente, el contacto piel con piel es también beneficioso para la madre.

Por otra parte, la adecuada preparación prenatal sobre lo que ocurrirá durante el parto puede influir favorablemente en la satisfacción materna, pues al disponer de información veraz sobre diferentes métodos de alivio del dolor, se reduce el riesgo de expectativas no realistas.

3.2 Conductas de la población

En el pasado, las ideas acerca del embarazo y el parto se obtenían de la cultura y experiencia del grupo social de pertenencia, unas acertadas y otras sin ninguna base y aún

perjudiciales (como ejemplo, la vieja creencia de que "hay que comer por dos"). En la actualidad, dichos factores siguen actuando pero existe mucha más información y sobre todo el común de las mujeres pueden acudir al sistema sanitario público en el momento de sospecha de embarazo, y así parece que lo hacen en general. Este hecho tiene una importancia reseñable, pues es un cauce muy relevante para contrastar y ampliar las pautas de conducta idóneas durante el embarazo.

Los recursos disponibles y la pauta de conducta mayoritaria indicada confieren especial gravedad a las excepciones, muchas de ellas relacionadas con situaciones de marginalidad social, cultural y administrativa.

En relación con el embarazo

Según Montes (2007: 204), en su estudio de seguimiento de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, a lo largo del embarazo y en diferentes grados, las embarazadas introducen modificaciones en el cuidado del cuerpo como medida de apoyo y protección a la criatura, prácticas que algunas catalogan de sacrificios que como madres hacen por sus hijos/as.

Parece que en general, o en su mayor parte, las mujeres embarazadas, cuando están informadas, siguen las indicaciones sobre estilos de vida saludables aunque, una vez nacido el hijo, no siempre mantienen los hábitos seguidos en el embarazo y pueden volver a estilos menos saludables (Ortiz Fernández, 2014: 12).

Siguiendo el trabajo de Montes, durante la gestación, la idealización de la misma que transmiten ciertos medios de comunicación se pone en cuestión. Algunas de las mujeres participantes en su estudio se sintieron decepcionadas y confusas al comprobar la realidad de su embarazo (op. cit.: 312).

La representación social del embarazo como un estado ideal de bienestar y equilibrio no coincidió con la experiencia de todas las mujeres participantes en su estudio. A lo largo del embarazo manifestaron diferentes estados de ánimo y vivencias relacionadas con la maternidad, y el que fueran positivas o no se vio influenciado tanto por los síntomas físicos como por características personales y formas individuales de afrontar la vida de cada una de ellas. Así, para algunas, estar embarazada fue una satisfacción que compartieron con experiencias temporales de agotamiento, pero que no anulaban esas primeras percepciones; para otras, fue el paso que debían aceptar como condición necesaria para tener un/a hijo/a (op. cit.: 350).

El vínculo con el futuro hijo surge en general desde las primeras semanas y va en aumento según avanza el embarazo, como señala el estudio de Luzán et al. (2009), influyendo en este proceso la intencionalidad en la búsqueda del embarazo y el apoyo del entorno.

En relación con el parto

Frente al parto, sigue muy presente el temor al dolor y a las posibilidades de controlarlo. De hecho, según información experta, muchas mujeres embarazadas acuden a los programas de educación maternal principalmente por este motivo, aunque después muestran deseos de saber más acerca de otros temas. La idea de partos dolorosos y largos sigue arraigada en la población, sin embargo en el estudio de Ibáñez (2004: 30) más de la mitad de las mujeres participantes tuvieron un parto corto y su vivencia fue agradable, resultando mejor de lo esperado, en consonancia con otros estudios sobre el mismo tema. Aunque se haya extendido la práctica del parto natural, en un estudio publicado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (Alomar, 2011: 45) se pone de manifiesto algo, obviamente paradójico, que muchas futuras madres desean: "un parto natural con epidural".

Según las conclusiones de un trabajo de Goberna et al. (2008: 5), la mayoría de las mujeres acepta las tecnologías sanitarias a su alcance tanto en el embarazo como en el parto, aunque un sector minoritario prefiere una atención menos medicalizada durante el proceso de atención al parto. Todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, y confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales, como el cariño y el trato deferente. Este trabajo se publicó en 2008, cuando estaba recién publicada la Estrategia de Atención al Parto Normal y, por tanto, con escasa implantación. Pero si se revisan las conclusiones de un estudio más reciente (Hernández y Echevarría, 2016) se observa que varias de las actitudes de muchas mujeres frente al parto y su asistencia no han cambiado en la medida que la EAPN pretendía, posiblemente porque tampoco han cambiado suficientemente las prácticas en el medio hospitalario. Cuando las prácticas siguen una pauta de medicalización no necesaria e intervencionista, el temor que sienten las mujeres ante el riesgo las lleva a la sumisión y a "la aceptación de las rutinas clínicas, aunque ello suponga la adopción de un papel pasivo desde el que cobra especial protagonismo la tecnología y el control profesional" (p. 10). Así, se ponen en manos de los expertos, perdiendo protagonismo, y aceptan como normales las prácticas que éstos realizan.

Acompañamiento de los varones

En todo caso lo que la mayoría (97%) de las embarazadas expresan claramente es su deseo de estar acompañadas durante el parto, preferentemente por su pareja, para recibir apoyo y disminuir miedos y temores (Ibáñez, 2004: 25), así como que se atiendan sus necesidades de carácter emocional y afectivo frente al importante lugar que en el proceso aun ocupan los aspectos de control biomédico y tecnológico (Hernández y Echevarría, 2016: 7). Cabe presumir que una mejor actitud de cuidado por parte del padre hacia la mujer favorecerá el bienestar de ésta y la propia relación de pareja.

Respecto a los varones progenitores, al parecer no todos ellos se sienten muy implicados en estos procesos. Aquellos que han tenido una postura activa y de corresponsabilidad desde la planificación del embarazo son los que durante el mismo, en el parto y en la crianza van a continuar teniendo un nivel mayor de implicación. Los padres que acuden a programas de preparación maternal buscan información de cómo ser mejores padres y manifiestan sentimientos positivos hacia su futuro hijo. Fernández Mateos (2005: 60 y 61), siguiendo a May, propone los siguientes tipos:

- observador (mínima implicación/máximo desapego)
- instrumental (implicación moderada/intensidad de apego intermedia); asume el rol de cuidador, pone esfuerzo en realizar tareas; se siente orgulloso de desempeñar las funciones tradicionales de padre-esposo
- expresivo (máxima implicación/máxima intensidad de apego); se ve a sí mismo como miembro participante al cien por cien; se implica emocionalmente.

Las consultadas expertas opinan que la participación de los varones en los programas de educación maternal-paternal es baja, en una proporción en la actualidad de un varón por cada tres mujeres.

Esta baja participación en los programas de educación maternal aparece también en algunos estudios como el de Ibáñez (op. cit.: 25), en el que el 87% de los maridos no había asistido, y en el citado anteriormente de Alomar (2011: 46). No obstante, en éste también se señala que el 94% de las mujeres eligen a su pareja como acompañante durante el parto y manifiestan en general estar contentas con el apoyo recibido.

Hay que señalar que se aprecia en los últimos años el aumento de libros escritos por varones, así como blogs en internet sobre sus experiencias y papel en estos procesos, lo que sería un indicio positivo respecto a la asunción de su rol.

Según Martínez Galeano (2013), haber nacido en España, un mayor nivel de estudios y de ingresos, y creer que el programa es útil, favorecen la participación en la educación prenatal. Estos factores no son influenciables directamente por los trabajadores sanitarios, salvo el éxito o fracaso en transmitir a la población la utilidad del programa.

Las conclusiones son similares en varios estudios que recoge en su revisión bibliográfica del tema Ortiz Fernández (op. cit.: 10-11) y también Fernández y Fernández-Arroyo (2014: 22), según los cuales asisten más a estos programas las mujeres con pareja estable, nivel socioeconómico y de estudios medio y medio alto, embarazo deseado y adecuado control prenatal, resultando así que las que asisten son las de menor riesgo. De hecho, esta última autora obtiene en su estudio que del total de la muestra de mujeres del mismo, sólo un 10% de ellas provenían de un nivel económico bajo.

En cuanto al número de futuros padres y madres que acude a estos programas, se ha avanzado desde los años 2000, pues las cifras que se daban antes de esta fecha eran de un 44% en el nivel máximo, según señala Martínez Galeano (op. cit.: 447-448), pero en el grupo de mujeres que él estudió en 2013 la participación fue del 68%. Según el citado estudio de Alomar (p. 45) y las informaciones directas recogidas, la cifra actual se sitúa entre el 70 y el 80%. Fernández y Fernández-Arroyo (op. cit.: 24) señala que el sistema de salud y en concreto las matronas han conseguido mejorar la asistencia a los programas entre la población inmigrante de otros países, con bastante éxito en el caso de mujeres procedentes de Centroamérica y Sudamérica y de Europa del Este, pero no tanto aún en el caso de las de otras procedencias.

Es oportuno señalar que los trabajos citados estudian poblaciones referidas a comunidades autónomas pero no se han encontrado datos a nivel nacional.

* * *

En los últimos años han surgido iniciativas privadas para acoger las voces de mujeres (a veces también de profesionales) con el fin de influir en los cambios sociales, sanitarios y culturales en torno a los procesos de embarazo y parto; como, por ejemplo, la Asociación El parto es Nuestro, el Observatorio de Violencia Obstétrica, las partidarias del parto en casa; así como numerosas páginas web y blogs escritos por las madres y los padres en los que se manifiestan sus opiniones, críticas, expectativas.

3.3. Oferta de recursos a usuarias/os y a profesionales

Según la Estrategia de Promoción de la salud y prevención, una perspectiva de atención que abarque la totalidad del curso de vida es fundamental, ya que el desarrollo comienza antes del nacimiento, cuando la salud del feto depende fundamentalmente de la salud y el bienestar de su madre. Lo que ocurre en el embarazo y primeros años de vida es clave para el desarrollo físico, cognitivo y emocional (p. 102). Intervenir desde la etapa del embarazo es importante debido a que existen múltiples beneficios, como la prevención de malformaciones congénitas, del bajo peso al nacer o de la prematuridad. Así, por ejemplo, la prevención de malformaciones congénitas, disminuyendo sus causas evitables, reduciría la incidencia de discapacidad (p. 159). En efecto, durante la etapa preconcepcional y el embarazo la mujer presenta la mayor motivación para la adquisición y práctica de estilos de vida saludables que van a repercutir positivamente en el futuro del hijo (p. 128).

En cuanto al objeto de este apartado, la atención en nuestro SNS se dirige principalmente a dos grandes aspectos: el seguimiento y los cuidados del proceso biológico del embarazo, parto y puerperio, y la promoción de la salud y bienestar de la mujer, su pareja y el futuro hijo.

La norma jurídica reguladora de esa atención más relevante es el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el Anexo II, disposición 6.3.3, se incluye la atención al embarazo y puerperio, estableciendo las siguientes actuaciones de atención primaria:

- "a) Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.
- b) Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
- c) Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.
- d) Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido."

En el Anexo III del mismo RD, sobre atención especializada, también se recogen en varios epígrafes algunas actuaciones en la prestación de servicios durante el embarazo:

- "5.1 Técnicas y procedimientos precisos para el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de las patologías clasificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades:
 - 5.1.11 Complicaciones del embarazo; parto y puerperio: Embarazo ectópico y molar, otro embarazo con resultado abortivo (incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos previstos en la legislación vigente), complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo, parto normal (incluida la anestesia epidural, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud) y otras indicaciones para cuidados durante el embarazo, trabajo de parto y parto, complicaciones que se presentan principalmente durante el curso del parto y complicaciones del puerperio."
- "5.3.6 Seguimiento del embarazo de manera coordinada y protocolizada con la atención primaria, según la organización del correspondiente servicio de salud."

El servicio de educación maternal, recogido en el Anexo II, punto 6.3.3, apartado c), antes citado, con esa denominación y otras afines, se viene prestando desde la década de los 80 del pasado siglo. Su impartición está encomendada a las matronas de los centros de salud, que actúan en coordinación con otros profesionales de la atención primaria y de la atención hospitalaria. Dichos programas han evolucionado y se han desarrollado a lo largo de estos años siendo objeto de numerosos estudios e investigaciones de objeto descriptivo y evaluativo (Fernández y Fernández-Arroyo, 2012; Ortiz Villanueva, 2014).

La asistencia pública al embarazo tiene la posibilidad de contar con el Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos (SITTE), del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Recurso del que disponen algunas CCAA mediante conciertos. Éstos posibilitan también la consulta directa de las mujeres embarazas al Servicio Telefónico de Información a la Embarazada (SITE).

Documentos de política sanitaria relacionados con el embarazo

En los últimos años, los organismos públicos competentes han trabajado con los profesionales y otros interesados en diseñar diferentes estrategias para mejorar la salud y la atención sanitaria proporcionando recomendaciones, basadas en la evidencia científica, tanto al ámbito sanitario como a la población. Se reseñan a continuación las más relacionadas con el objeto de este apartado.

La Estrategia de Atención al parto normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) incluye entre sus recomendaciones "desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y postparto" (p. 36), lo que se conseguirá ofreciéndoles información adecuada basada en la evidencia científica que, a su vez, "generará una relación más igualitaria con los profesionales" (p. 33).

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) (ENSSR) denomina al conjunto del objeto de este documento "el proceso reproductivo" (p. 75), no incluyendo la citada estrategia la fase de preparación-planificación del embarazo. El enfoque de la atención al embarazo (p. 89) es el respeto a la evolución natural del mismo, ya que es un proceso natural; de lo que debe seguirse la recomendación general de no realizar prácticas o pruebas ineficaces o perjudiciales. También recomienda ofrecer la oportunidad de participar en un programa de "preparación al nacimiento" (p. 37). La estrategia define 6 objetivos en salud reproductiva que se refieren a todo el proceso, y que por el alcance que tienen, se recogen seguidamente, bien que de modo resumido (pp. 88 y 89):

- I. Promover la salud, bienestar y autonomía de la mujer embarazada. Facilitar su implicación en el proceso y en sus cuidados y proporcionar una atención adaptada a las necesidades de cada mujer y su pareja.
- 2. Potenciar la atención al parto normal. Mejorar la calidad y calidez asistencial.
- 3. Mejorar las condiciones del nacimiento. Orientar la atención al bienestar del recién nacido, su adecuada adaptación a la vida extrauterina, establecimiento del vínculo afectivo, lactancia materna y cuidados centrados en el desarrollo y la familia.
- 4. Promover salud y bienestar de las mujeres puérperas. Continuar la atención facilitando asesoramiento y cuidados y explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, situación del vínculo, lactancia y apoyo de la pareja.
- 5. Formación de profesionales, buenas prácticas, coordinación institucional e investigación.
- 6. Impulsar un cambio en los valores sociales en torno a la maternidad y la paternidad.

La ENSSR formula una serie de recomendaciones para promover la salud en el embarazo (pp. 90 a 94) en las que los profesionales pueden basarse para organizar el seguimiento del mismo y la programación de la educación maternal y paternal. Como se señaló en 3.1, hacen referencia a la salud física: alimentación, sexualidad, consumo de tóxicos, medicamentos, actividad física, etc. Pero también a aspectos psicológicos: disposición emocional hacia el embarazo, rasgos básicos de la personalidad, conocimiento de los cambios psíquicos que conlleva la maternidad, reacción a factores de estrés, detección de factores psicosociales de riesgo, fomento del vínculo afectivo, además de la participación del padre o pareja y apoyos del entorno, técnicas de relajación, conocimiento del proceso del parto y sus métodos de alivio del dolor, elaboración del "plan de parto", apoyo a la lactancia materna y cuidados del recién nacido y crianza, etc.

El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b), en el objetivo 7, apartado 7.7, incluye medidas para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el embarazo y puerperio. Viene a recoger las actuaciones habituales de apoyo y seguimiento del embarazo (aspectos físicos y psicológicos), el apoyo a embarazadas en situaciones de vulnerabilidad —aunque también incluye el acceso a recursos económicos y sociales adecuados— y el fomento de la protección a la mujer embarazada frente a riesgos laborales y ambientales (p. 55).

Es oportuno decir que la protección de la mujer embarazada —y lactante— cuenta con importantes medidas jurídicas del ámbito laboral. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales (LPRL), en su art. 26, establece la posibilidad de: I) adaptación de las condiciones y del tiempo de trabajo, 2) cambio del puesto de trabajo o función, y 3) suspensión del contrato (con subsidio de la Seguridad Social equivalente al 100 por 100 de la base reguladora correspondiente: art. 33 del Real Decreto 295/2009). La tercera medida ha sido incluida en el art. 45.1.d de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (ET), cuyo texto refundido fue aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo. Dicha norma establece también el derecho a ausentarse del trabajo, previo aviso y autorización, para "la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto" (art. 37.3.f). Para el sector público, en la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado 2016, quedó establecido un nuevo permiso retribuido para las funcionarias en estado de gestación a partir de la semana 37 hasta la fecha del parto. El 24 de febrero de 2016, mediante acuerdo de la Comisión Técnica de igualdad de oportunidades y trato entre mujeres y hombres, dependiente de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado, este permiso se extendió a las mujeres con contrato laboral.

Por el objeto del presente apartado, resulta oportuno volver a citar aquí el siguiente documento aplicado, obra del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo (2011).

El Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 (PIAF), del Gobierno de España, incluye en su línea 3 "Medidas de apoyo a la maternidad". Las mismas prevén actuaciones de las administraciones, como son el apoyo a mujeres embarazadas y madres en situación de vulnerabilidad, la educación afectivo-sexual en los distintos niveles educativos, los programas de orientación para la planificación familiar, las actividades de formación de las embarazadas y sus parejas, el apoyo a la implicación de los hombres en el embarazo y corresponsabilidad en la crianza, apoyo a la lactancia materna, apoyo a las mujeres con discapacidad, etc. (pp. 51-53), así como el desarrollo de la EAPN.

* * *

La Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio (2014), destinada al personal sanitario, contiene recomendaciones, basadas en la evidencia científica, sobre las prácticas e intervenciones, principalmente de carácter fisiológico, durante el periodo de embarazo y puerperio. Las CCAA han elaborado documentos informativos (guías y cartillas para la embarazada) adaptando al lenguaje común los conocimientos científicos que se recogen en la guía.

Las principales sociedades científicas y de profesionales han elaborado guías o páginas web:

- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en el "área de la mujer" de su web dedica apartados concretos al embarazo, preparación al parto, parto y puerperio. En ellos contempla aspectos fisiológicos, emocionales y de salud a tener en cuenta en los citados procesos.
- La Asociación Española de Matronas elaboró una guía, Los consejos de tu matrona, editada por primera vez en 1995 y revisada en 2006, la cual se suele proporcionar en los Centros de salud a las embarazadas. Contiene información

- sobre el desarrollo embrionario, sobre los cambios que se producen en el embarazo (físicos y psicológicos), sobre los programas de preparación a la maternidad, sobre aspectos legales y administrativos, sin olvidar el papel del padre.
- La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) dispone de una página web en la que ofrece recursos formativos para profesionales, su Guía para madres y padres (reseñada más adelante) y otros documentos de interés.

Documentos de política sanitaria relativos al parto

Es conveniente hacer una breve referencia al contexto histórico de la atención al parto para centrar los cambios que han sido la base de los documentos emitidos por el SNS, que a continuación se van a comentar.

Hay que reseñar que los profundos cambios sociales y económicos que progresivamente se dieron a lo largo de todo el siglo XX influyeron poderosamente en la asistencia al nacimiento. A partir de los años setenta, la asistencia al parto abandonaba casi totalmente el espacio de la casa con la presencia de la comadrona y se desplazó progresivamente a los hospitales, donde la medicina se erigió como protagonista en el ejercicio de su control absoluto sobre el proceso (Montes, 2007: 38).

El parto en hospitales es la única fórmula que cubre el SNS. La mayoría de los niños de nuestro país nacen en hospitales o maternidades (públicas o privadas). Según el INE, en 2013 sólo en torno a 800 partos anuales habían tenido lugar en el domicilio, un escaso 0,2% (EDUCER, 2014).

Atender al parto en un hospital, aparte de sus ventajas, conllevó un aumento de la medicalización y del descuido de otras variables (participación y autonomía de la mujer, aspectos emocionales, sociales y ambientales...), como reconoce la *Estrategia de atención al parto normal*, que a continuación se va a comentar. Asociaciones de mujeres y profesionales reclamaron un cambio de paradigma en la atención al parto y así surgió la EAPN, con el fin de modificar la situación de la atención.

La EAPN es el principal documento del SNS en relación al parto normal; en él se proponen cambios importantes de la atención al mismo. Pone de manifiesto la medicalización innecesaria, e incluso perjudicial, del parto y el interés de las mujeres en recobrar su protagonismo en dicho proceso. La EAPN asume los cambios en las actitudes y comportamientos de las mujeres y hombres en relación con la mater-paternidad (p. 12). Como base de todo ello está la información seria y rigurosa, basada en la evidencia científica, que los futuros padres deberían recibir para que realmente puedan decidir con criterio. En comparación con otros países de nuestro entorno, la atención sanitaria al parto normal, en el momento de elaborarse la Estrategia, se puede situar en un modelo intervencionista-institucionalizado, aspectos que la misma quiere modificar aun manteniendo la atención al parto dentro del ámbito hospitalario. Efectúa una exhaustiva revisión científica sobre las prácticas en el parto y recomienda las mejores de éstas basadas en los conocimientos científicos, algunas de ellas reflejadas en apartados anteriores.

Para apoyar el desarrollo de la EAPN se elaboraron con posterioridad varios documentos técnicos que se reseñan seguidamente.

Guía de Práctica Clínica sobre Atención al parto normal (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, 2010) del Ministerio de Sanidad y Política Social. Dirigida principalmente a los profesionales, su objetivo es "ofrecer a los diversos profesionales implicados, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, las pautas para una atención de calidad a las mujeres durante el embarazo y también después del parto, además de ocuparse de diferentes aspectos relacionados con el recién nacido" (p. 7). Recuerda el paradigma de atención que consta en la EAPN y sus principios en cuanto a la necesidad de las mujeres de tener una vivencia del parto satisfactoria, por la importancia que tiene su bienestar durante el proceso para el establecimiento del vínculo,

el éxito en la lactancia, el estilo de crianza y el desarrollo posterior del niño (p. 17). Una vez revisados los procedimientos empleados en este proceso para llegar a un mínimo de intervenciones médicas, se recomiendan prácticas basadas en la evidencia científica y se insiste en que la atención personalizada e integral contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales (contando con la personalidad de la mujer) y familiares (p. 18). También aboga por una preparación prenatal que ayude a la madre y al padre a comprender mejor estos procesos.

Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Está dirigido más exclusivamente a los profesionales y a la organización y gestión de la atención hospitalaria para apoyar la incorporación de las recomendaciones de la estrategia.

Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares (2010). Se editó tomando como base la EAPN y la guía anterior. Aunque su título menciona el embarazo, su contenido está específicamente dirigido a informar de los cuidados que van a recibir las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento, siguiendo la orientación de la EAPN. Algunas CCAA elaboraron adaptaciones de la "Guía" y otras elaboraron y editaron guías financiadas por fondos del departamento de sanidad en el marco de la implementación de la estrategia.

El Plan de Parto y Nacimiento es un documento, que surge de la filosofía de la ENSSR y de la EAPN, mediante el que la mujer puede manifestar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento (p. 3). Con él se facilita a los profesionales esta información por adelantado y se evita tener que hacerlo en el momento en el que la mujer está más vulnerable. En la ENSSR se recoge y recomienda que la mujer formule sus preferencias entre las semanas 28 y 32, siempre informada y en colaboración con la matrona responsable de su atención. El hospital lo recibirá y unirá a la historia clínica. Si algún aspecto no puede ser atendido, el centro lo deberá justificar. El documento está dividido en varios apartados en los que explica los conocimientos científicos y las prácticas recomendables para que la mujer señale y exprese sus preferencias en torno a: llegada al hospital y acompañamiento, si tiene alguna necesidad especial (idioma, discapacidad, etc.), espacio físico, intimidad, prácticas durante el periodo de dilatación, movilidad, tratamiento y manejo del dolor, uso de material de apoyo para el parto, intervenciones, periodo expulsivo, contacto piel con piel con el bebé, donación de la sangre del cordón umbilical, lactancia, colecho en el hospital. Este documento y la información y formación que la mujer embarazada debe conocer se incluyen en los programas de educación maternal-paternal.

El documento Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas (Pallás y Soriano, 2010) recoge prácticas que se han evidenciado positivas para la atención y cuidados del recién nacido bajo el paradigma de los cuidados centrados en el desarrollo. Las recomendaciones hacen referencia tanto a las actuaciones con bebé sano como con el nacido con alguna dificultad. Concede un papel principal a la familia, al establecimiento del vínculo afectivo madre-bebé y a la instauración de la lactancia materna.

* * *

La Guía para padres y madres de la Federación Española de Asociaciones de Matronas de España (2011), basándose en la EAPN, aporta información sobre periodos del parto, aspectos fisiológicos y psicológicos, alternativas para favorecer el proceso y aliviar el dolor, cuidados y apoyo durante el parto, atención al recién nacido e inicio de la lactancia materna y aspectos legales.

Por último, parece de interés comentar algunos datos de la evaluación de la implantación de la EAPN que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizó en 2012 sobre una muestra de hospitales del SNS y casos atendidos en los mismos.

Véanse algunos datos. Sólo el 15,5% de los hospitales incluyeron en sus protocolos todas las recomendaciones de la EAPN (p. 29). El cumplimiento de las distintas reco-

mendaciones fue muy variable. Por ejemplo, la gran mayoría, un 84%, asumieron la recomendación de permitir una persona acompañante (p. 16), un 67% mencionó alternativas no farmacológicas en el control del dolor, si bien los partos con analgesia epidural fueron un 72% (pp. 23 y 24). Respecto a las posturas para el periodo expulsivo, un 87% se realizaron en decúbito supino, que favorece el trabajo del profesional pero no la tarea de la mujer (p. 25). Aunque el 74% informaron a la madre de las ventajas del contacto precoz piel con piel, en una encuesta realizada a madres sólo en el 50% de los casos colocaron al niño en posición de tener este contacto (p. 36). Las CCAA en general (89%) realizan cursos de formación para el personal y elaboran materiales de base para las actividades informativas y formativas (p. 55). Según este informe, las maternidades u hospitales más pequeños o medianos (1.200-2.400 nacimientos/año) se están adaptando mejor a los cambios de concepción, organizativos y ambientales que recomienda la Estrategia, siendo más difícil en los más grandes. Esta información concuerda con la proporcionada por personas colaboradoras consultadas para la elaboración de este texto. Éstas también opinan que los hospitales siguen progresando desde la fecha del informe en adaptar sus prácticas y espacios a la EAPN, aunque con diferentes grados de avance.

Otros recursos

Existen otros recursos fuera del Sistema Nacional de Salud, algunos pertenecientes a administraciones locales, en los que se facilita el seguimiento del embarazo informando y apoyando a las mujeres y parejas, y ofertando actividades variadas que se entienden favorecedoras del proceso. También se realizan esas actividades en la sanidad privada.

Por parte de profesionales privados se desarrollan programas de atención a la embarazada con el objetivo de promover su bienestar emocional y la vinculación con el futuro hijo, entre otros. Fernández Mateos (2005: 71-84) ofrece una reseña de los fundamentos científicos de algunas clases de estos programas. Cabe comentar la existencia de entidades —como la Asociación Nacional de Educación Prenatal, perteneciente a organizaciones internacionales— que trabajan por el desarrollo y extensión de la "educación prenatal natural" (Bertin, 2005), no sólo durante el embarazo, sino desde etapas anteriores de la vida. Desde el lado de las propias mujeres han surgido asociaciones que promueven los apoyos en estos procesos, e incluso que colaboran con el sector público, como es el caso de El Parto es Nuestro, La Liga de la Leche, etc.

En el orden de la información, merecen ser recordadas las publicaciones en papel y electrónicas de asociaciones científicas y profesionales. Y debe advertirse también que, como en otros ámbitos, se registra una amplia oferta de textos y de medios de comunicación sin respaldo científico y/o profesional.

Por último, parece conveniente, por su novedad, hacer una pequeña mención del ámbito empresarial (y laboral, en general), ya que para las mujeres embarazadas que trabajan, y sus parejas, el trabajo ocupa una parte importante de su día a día y pasan bastante tiempo en los lugares en los que se desarrolla. Algunas empresas están empezando a ser conscientes del papel que pueden desempeñar a la hora de educar en la parentalidad a sus empleados/as (incluyendo en "parentalidad" también la atención al embarazo y la preconcepción) o de facilitar la misma, como medida de fomento del bienestar, entre otras que en el marco laboral se utilizan (Hurtado, 2015).

3.4 Selección de propuestas de acciones públicas y privadas

Como el apartado 2.4, éste sólo focaliza el ámbito nacional. En cuanto al contenido material, se sigue la pauta de la documentación consultada y de la información recibida de los especialistas colaboradores, en las que abundan las propuestas relativas, por una parte, a la dotación y gestión de los servicios públicos y, por otra, a la sensibilización, información y educación.

Se considera necesario que se aumente la dotación de matronas, profesionales sobre las que recae la mayor parte de las tareas en el seguimiento del embarazo y la atención al parto, a fin de equipararnos con los países de nuestro entorno. Por otra parte, se propone la corrección de la desigualdad de dotación relativa de dichas profesionales en las CCAA. Estas propuestas han sido formuladas en el documento Situación y expectativas de futuro de las matronas de la Comunidad Valenciana. Documento de consenso (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana et al., 2013). Se manifestaron en el mismo sentido las profesionales consultadas para este trabajo. La propuesta de incremento de dotación viene avalada por un informe de la OECD (2011:69), que para 2009 daba estas cifras: 69,8 matronas por 100.000 mujeres en el conjunto de los países de la OECD; 31,6 matronas también por 100.000 mujeres, en España. En la entrega de dicho informe de 2013, la situación relativa de España seguía muy distante en 2011: la media de la OECD era de 69,9 matronas; la de España, 33,8 (p. 69).

Se reseñan seguidamente propuestas tomadas de trabajos académicos y de aportaciones para este trabajo de especialistas.

Ortiz Villanueva (op. cit.: 255) propone que la matrona esté accesible para las mujeres en los centros de salud de los que son usuarias, y cerca así también del resto de profesionales que intervienen en su captación para los programas de educación maternal, mejorando la acción de los mismos en la sensibilización sobre las ventajas que éstos pueden suponer para las mujeres y parejas y para el futuro niño. La captación temprana, y aún antes, la promoción de la consulta preconcepcional, mejorarían la atención en el proceso.

Es necesario continuar desarrollando la EAPN, tanto en formación a los profesionales que atienden el parto, como en la utilización de prácticas recomendadas en la misma, y en la adecuación de las salas de maternidad a aquellas. En el Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el SNS (2012), citado en este texto, se incluyen propuestas concretas en esa misma dirección. Una de las recomendaciones que adoptan la EAPN (p. 30) y el Informe (p. 34) es la reducción de las tasas de nacimientos por cesárea —22% en nuestro país, cuando la tasa que recomienda la OMS es del 15%—.

En cuanto a la asistencia sanitaria privada, es importante que el sistema sanitario público procure que se sume a sus objetivos y criterios de políticas de prevención y salud pública; así como que colabore en la difusión de sus documentos destinados a las usuarias y los usuarios. Lo mismo cabe decir respecto a otros ámbitos y recursos que están actuando en el apoyo al embarazo.

Las CCAA y/o los hospitales del SNS deberían ofrecer más información de formato homogéneo y de fácil acceso sobre el desarrollo de la EAPN en sus centros, los recursos con los que cuentan y los resultados obtenidos.

* * *

Lo expuesto en el apartado 3.3 sobre el régimen de acceso al Servicio Telefónico de Información sobre Teratógenos y del Servicio Telefónico de Información a la Embarazada, da pie a la propuesta de que el SNS provea a extender la cobertura de uno y otro a todas las CCAA.

Sensibilización, información y educación

Fuentes institucionales y algunos especialistas consultados postulan medidas relativas a las funciones del epígrafe, de las que se ofrece seguidamente una selección.

Es conveniente atraer la atención de cuantas instituciones tienen como objetivo asesorar, promover, diseñar, elaborar o implementar, tanto políticas socioeconómicas, como de bienestar social y de apoyo a la familia, sobre la gran importancia del periodo prenatal y de una adecuada y esmerada atención a la mujer embarazada. La sensibilización

de la población en esta idea podría servirse de programas de promoción de la salud y de prevención primaria, indicados desde la infancia.

En lo que atañe a sensibilización para la población diana, parece oportuno llevar a cabo acciones de educación prenatal dirigidas a las mujeres en particular, pero también a los varones, procurando que tomen conciencia de la importancia de su papel en el proceso reproductivo desde su inicio hasta la crianza y la educación de los hijos. Es muy importante que dichas acciones alcancen a la población situada en los márgenes sociales.

En cuanto a la educación maternal, se asumen en este apartado de propuestas las medidas 66 a 77 del PIAF (pp. 51-52), especialmente las que postulan:

- "extender las experiencias de educación afectivo-sexual adaptada a los distintos niveles educativos" (medida 70)
- "impulsar como medida prioritaria la promoción y apoyo a la lactancia materna" (medida 74)
- "promover estilos de vida saludables en las mujeres y sus familias desde el comienzo del embarazo, a fin de prevenir la enfermedad y promocionar la salud y el bienestar durante el embarazo y puerperio" (medida 75)
- "impulsar la implicación de los padres en el seguimiento del embarazo y en la crianza así como la corresponsabilidad en la misma" (medida 76).

Las acciones de carácter informativo o educativo deberían ser planteadas y realizadas con un enfoque integral; es decir, no sólo teniendo en cuenta aspectos preferentemente biofisológicos, sino también los componentes afectivos, de cuidados y respeto en las relaciones, y de ejercicio cabal de la pater-maternidad en el embarazo y la crianza.

Respecto a la formación de los profesionales, nos sumamos a lo propuesto en la ESSR (pp. 138-140) que la contempla para todos los niveles de la atención en el proceso reproductivo, con el objetivo de promover los cambios en la atención que proponen las estrategias reseñadas en este texto. En relación con ello podría especificarse la importancia de que el conjunto de los profesionales sanitarios que atienden a las embarazadas reciban formación y apoyo para que adopten las estrategias de comunicación más idóneas con el fin de que su labor educativa con las gestantes y sus parejas resulte plenamente efectiva

Las acciones citadas que se lleven a cabo por agentes ajenos al SNS, deben estar supervisadas por y coordinadas con los servicios del mismo.

En el PIAF se postula también la sensibilización del empresariado en el apoyo a la maternidad de las trabajadoras (línea estratégica 3, objetivo d). Este objetivo debe aplicarse tanto en las políticas de contratación de mujeres en edad fértil o embarazadas, como en la conservación del puesto de trabajo cuando se produce éste y el alumbramiento. La compatibilidad de la maternidad y de la actividad laboral debe favorecerse con medidas de adaptación del régimen de prestación del trabajo.

Los programas de educación maternal-paternal han sido objeto de propuestas de estudiosos, como las que se indican a continuación. Ortiz Villanueva (op. cit.: 255) propone que aquellos se ajusten más a los objetivos y necesidades de las mujeres y acompañantes, y que los temas se traten desde la reflexión y no como mera transmisión de conocimientos. Fernández y Fernández-Arroyo (op. cit.: 354) propone que se adopten instrumentos de evaluación de los programas para establecer parámetros de mejora de calidad. Martínez Galeano (2013) aconseja mejorar la comunicación de los profesionales sanitarios con las embarazadas a efectos de su captación para estos programas, y que se adopten medidas prácticas para la asistencia, como la flexibilización de los horarios.

La acción informativa, además de las cuestiones biológicas y psíquicas comunes del embarazo y el parto, debe ofrecer ayuda para el acceso a los recursos sociales que pueden necesitarse durante el embarazo y/o tras el parto. Necesidad especialmente probable en situaciones especiales, como las que se reseñan en la parte 4.

Aparte de las medidas de compatibilización de la maternidad y el trabajo antes apuntadas, los empleadores están llamados a procurar la máxima efectividad de las medidas de prevención de los riesgos del embarazo establecidas por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales y por la del Estatuto de los Trabajadores reseñadas anteriormente. Para que el empleador ponga en marcha esas medidas, es preciso que la embarazada comunique su estado de forma voluntaria, por lo que es deseable la proactividad de los empleadores en la información a las trabajadoras sobre la importancia que puede tener la comunicación de su estado. Por supuesto, desde el lado de los trabajadores debe instarse y exigirse dicha práctica.

En los últimos años se ha producido una creciente participación de las mujeres inmigrantes en el mundo del trabajo; si se tiene en cuenta que algunas de sus circunstancias pudieran conducir a desigualdad en la prevención y protección de riesgos para el embarazo, resulta oportuno intensificar las acciones compensatorias oportunas. Estas propuestas están incluidas en el documento, antes citado, *Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo* (pp. 8-11).

* * *

Por último, parece oportuno proponer que los responsables políticos emulen la iniciativa del Parlamento del Reino Unido plasmada en el documento, citado anteriormente, The 1001 Critical Days: The importance of the conception to age two period. A accros-party manifesto (Leadsom et al., 2011). La relevancia objetiva del embarazo y de la crianza merecen el consenso que, por otra parte, viene posibilitado por el conocimiento científico disponible.

4. NOTA SOBRE SITUACIONES ESPECIALES

Esta última parte del trabajo está dedicada a las situaciones prenatales no incluidas en el objeto material acotado en la parte 1. No se trata de suplir la exclusión de las mismas, sino sólo de recordar las principales. Para mostrar su relevancia desde el punto de vista sanitario, se tomó como guía principal la cartera de servicios comunes del SNS. Según quedó dicho anteriormente, la misma fue aprobada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre; los fragmentos que se trascriben fueron tomados de su texto consolidado (a 8 de julio de 2015).

En su anexo I (salud pública), la cartera del SNS incluye recursos que alcanzan, con carácter general, a las situaciones especiales que aquí interesan: "3.4 Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud."

Entre las situaciones especiales, la **condición adolescente** entraña riesgos para la reproducción, no por factores patológicos, sino por posibles limitaciones de madurez biológica y personal para la gestación y para la crianza. La cartera de servicios comunes del SNS, en su anexo II (atención primaria), dedica un apartado a la adolescencia y, para el objeto que aquí se aborda, prevé estas acciones: "6.2.3 Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual." El anexo III (atención especializada) abunda en la evitación de los embarazos en adolescentes mediante la "panificación familiar" (5.3.7).

Aparte de las necesidades especiales de carácter sanitario, al menos una parte de los embarazos en adolescentes pueden requerir apoyos sociales; en especial para la conciliación de la vida escolar con las consultas y posibles bajas médicas derivadas del embarazo.

La atención primaria (anexo II) prevé la captación temprana de la mujer embarazada y la detección de **embarazos de riesgo** (6.3.3.a).

La atención especializada del SNS (anexo III) incluye los medios relativos al diagnóstico y tratamiento médico de las **complicaciones del embarazo y del parto**—y del puerperio— (5.1.11). Por otra parte, dicha clase de atención incluye el diagnóstico prenatal en grupos de riesgo (anexo III: 5.2.1).

Los embarazos de riesgo y los riesgos del parto requieren cuidados médicos complejos (Jáñez, 2010b). En el curso de los embarazos, la acción médica debe proveer a la detección de posibles anomalías en el feto y a la previsión en tales casos de atenciones especiales tempranas al futuro nacido (Aranda Rendruelo y De Andrés Viloria, 2004: 225).

La cartera de servicios, en su componente de atención especializada (anexo III), incluye la **reproducción humana asistida** (5.3.8). La principal aplicación prevista para la misma es "ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos." (5.3.8.1).

La Asociación Nacional para los problemas de infertilidad (ASPROIN) ha adoptado el objetivo de la extensión de la ayuda mutua a dicha población (www.asproin.com):

"Los embarazos múltiples son los **embarazos gemelares, de trillizos, cuatri-llizos, quintillizos,** etc. Son considerados embarazos de riesgo, ya que existen más probabilidades de padecer algún tipo de complicación durante el mismo.

No son los embarazos más habituales, especialmente de forma natural, aunque se pueden producir con mayor frecuencia tras un tratamiento de fertilidad cuando en éstos se implanta más de un embrión. No obstante, la medicina reproductiva está intentando frenar la proliferación de este tipo de gestaciones." (Ferrando Gilabert, 2015).

Parece estar relacionada con el crecimiento de los embarazos múltiples la aparición de asociaciones de la población protagonista. Sirvan como ejemplo las conectadas mediante el sitio http://www.mellimama.com/asociaciones-de-padres-multiples/.

La cartera de servicios comunes del SNS abarca también las **situaciones problemáticas de carácter social**, no por factores biológicos. Dicha posibilidad es objeto de los programas de prevención y de promoción de la salud de la Cartera de servicios del SNS antes citados (anexo I, 3.4). Por otra parte, la atención primaria (anexo II) prevé la "Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros." (6.4.5)

En los últimos años está creciendo la proporción de **familias monoparentales**, la mayor parte de las cuales están encabezadas por mujeres. En este sector social se han creado asociaciones de ayuda y reivindicación; varias de las cuales están agrupadas en una red de apoyo. En su sitio web está publicado un manifiesto en el que asignan riesgo de discriminación y exclusión social a la monoparentalidad, pero no aparece ninguna mención a posibles dificultades en la etapa prenatal, objeto de este trabajo (https://redmonoparental.wordpress.com/manifiesto/).

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: "Alimentación y actividad física durante el embarazo" [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/alimentacion/categorias/categoria00010.html (consultado: 11.III.2015)].

ALOMAR, M. (2011): "Expectativas y deseos de las mujeres sobre el parto normal", en FAME, *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*, pp. 44-46. Federación de Asociaciones de Matronas de España [www.federacion-matronas.org/rs/896/iniciativa-parto-normal.pdf (consultado: 29.III.2016)].

ARANDA RENDRUELLO, R. y DE ANDRÉS VILORIA, C. (2004): "La organización de la atención temprana en la educación infantil", *Tendencias Pedagógicas*, n° 9, pp. 217-246.

Asociación Española de Matronas (1995, rev. 2006): Los consejos de tu matrona [http://www.aesmatronas.com/descargas/consejos_de_tu_matrona.pdf (consultado: 8.V.2016)].

BEN SOUSSAN, P. (1999): Le bébé imaginaire. Toulouse: Editorial Érès.

BERTIN, M. A. (2005): La educación prenatal natural. Madrid: Mandala Editorial.

CASADO, D. (2010): "Medidas legales de conciliación de funciones familiares y laborales", en Familias para el bienestar personal. Bienestar social para las familias. Políticas sociales en Europa, n° 28, pp. 57-62.

CASADO, D. (2011): "Aportes de las familias a las funciones biosociales básicas, y apoyos", en CASADO, D. (director), Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad, pp. 11-49. Barcelona: Hacer Editorial.

CASADO, D. (director) (2011): Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad. Barcelona: Hacer Editorial.

CASADO, D. y SANZ, M. J. (2014): *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas.* Madrid: Editorial Polibea.

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana et al. (2013): Situación y expectativas de futuro de las matronas de la Comunidad Valenciana. Documento de consenso [http://www.matronas-cv.org/categorias-principales/noticias-y-eventos/i/19844/78/situa-cion-y-expectativas-de-futuro-de-las-matronas-de-la-comunidad-valenciana (consultado: 18.IV.2016)].

Consejo de Europa (2006): Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. Rec (2006) 19 [http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/recomendacionConsejoEurop2006df.pdf (consultado: 9.V.2016)].

DALY, M. (2012): La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

DÍEZ, C. (2003): "La mujer ante la maternidad", Revista de Psicoterapia y Psicosomática, año XXIII, n° 53, pp. 7-26.

EDUCER (2014): "Mapa del parto en casa. Datos 2013". Colección Observatorio del parto en casa, n° VI, 2014 [www.educer.es/partocasa/06mapa2013.pdf (consultado: 25.II.2016)].

Federación de Asociaciones de Matronas de España (2011): *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres* [http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf (consultado: 22.III.2016)].

FERNÁNDEZ y FERNÁNDEZ-ARROYO, M. (2012): Elaboración, validación, aplicación de una herramienta de evaluación para los programas de educación maternal de los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid. (Disponible en la biblioteca central de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid).

FERNÁNDEZ y FERNÁNDEZ-ARROYO, M. et al. (2014): "Características de los programas de educación maternal de Atención Primaria en la comunidad de Madrid y sus asistentes", Matronas-Profesional, 2014; 15(1) pp. 20-26 [www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/17104/173 (consultado: 1.III.2016)].

FERNÁNDEZ MATEOS, L. M. (2005): El vínculo afectivo con el niño por nacer. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

FERRANDO GILABERT, N. (2015): "Reproducción asistida" [http://www.reproduccionasistida.org/embarazo-multiple/ (consultado: 30.I.2016)].

FONAGY, P. et al. (1991): "Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age", *Child Development*, 62, pp. 891-905.

Fundación 1000 sobre defectos congénitos: "Para que nazca sano" [http://www.fundacion1000.es/para-que-nazca-sano (consultado: 3.III.2016)].

GARCÍA-BENÍTEZ, M. R. et al. (2012): Prevención de defectos congénitos. Vacunas durante el embarazo [http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/34-12-Propositus-Vacunas-F.pdf (consultado: 15.1.2016)].

GOBERNA, J. et al. (2008): "Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres", *Matronas-Profesión*, 9(1) pp. 5-10 [http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6692/173/tecnologia-y-humanizacion-en-la-asistencia-al-nacimiento-la-percepcion-de-las-mujeres (consultado: 31.III.2016)].

Gobierno de España (2015): Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 [www.msssi.gob.es/novedades/docs/PIAF-2015-2017.pdf (consultado: 5-III-2016)].

GÓMEZ DE LA TORRE, M. y LÓPEZ LÓPEZ, M.T. (2011): "Políticas públicas de protección de la maternidad", en CASADO, D. (director), Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad, pp. 195-221. Barcelona: Hacer Editorial.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal (2010): Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Ministerio de Sanidad y Política Social [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEn ero2008 (consultado: 9.III.2016)].

HERNÁNDEZ, J. M. y ECHEVARRÍA. P. (2016): "Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático'", Revista Internacional de Sociología, 74 (1): e025 [http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025 (consultado: 31.III.2016)].

HURTADO, M.: "Educación Parental y Educación para la Salud en las Empresas" [http://www.womenalia.com/es/blogs/empresa-rsc-y-ambito-materno-infantil/educacion-parental-y-educacion-para-la-salud-en-las-empresas (consultado: 24.III.2016)].

HURTADO, M. et al. (2015): "¿Hacia una pedagogía prenatal? Una propuesta educativa", Revista Iberoamericana de Educación, vol. 67, n° 1, pp. 151-168.

IBÁÑEZ, M. B. (2004): "Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de la salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto", *Matronas-Profesión*, 2004; 5 (16) pp. 25-31 [www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7307/173 (consultado: 29-III-2016)].

IGLESIAS DE USSEL, J. (2010): "Los niños en el contexto de los cambios familiares hoy", en Familias para el bienestar personal. Bienestar social para las familias. Políticas sociales en Europa, n° 28, pp. 29-42.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011): Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo.

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2011/ficheros/2011_11_23_DIR_MATER.pdf (consultado: 22.IV.2016)].

JÁÑEZ, M. (2010a): "Prevención obstétrica de las deficiencias: Asistencia preconcepcional y asistencia al embarazo normal", en *Prevención de deficiencias*, Observatorio de la Discapacidad, pp. 157-234 [http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/17/Prevenci%C3%B3n%20de%20deficiencias.pdf (consultado: 13.XI.2015)].

JÁÑEZ, M. (2010b):" Prevención obstétrica de las deficiencias: embarazos de riesgo y riesgos en los partos", en *Prevención de deficiencias*, Observatorio de la Discapacidad, pp. 235-291[http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/17/Prevenci%C3%B3n% 20de%20deficiencias.pdf (consultado: 16.XI.15)].

LAFUENTE, M.J. (2010): Vinculaciones afectivas. Madrid: Ed. Pirámide.

LEADSOM, A. et al. (2013): "1001 Critical Days: The importance of the conception to age two period" [www.1001criticaldays.co.uk/the manifesto.php (consultado: 9.II.2016)].

LÓPEZ LÓPEZ, M.T. (2011): "Políticas públicas y natalidad", en CASADO, D. (director), Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad, pp. 97-118. Barcelona: Hacer Editorial.

LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2008): Necesidades de la infancia y la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social. Madrid: Ed. Pirámide.

LUZÁN, M. J. et al. (2009): "Estudio del vínculo de la madre con su hijo durante los nueve meses de vida intrauterina", *Cuadernos de bioética*, vol. XX, 2009, n° 3, pp. 538-9. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. [http://www.redalyc.org/pdf/875/87512342032.pdf (consultado: 15.III.2016)].

MARTÍNEZ-FRÍAS, M. L. et al. (2012): Prevención primaria de defectos congénitos. ¿Qué significa planificar el embarazo? [http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/33-12-Propositus_Planificacion_Embarf.pdf (consultado: 8.V.2016)].

MARTÍNEZ GALEANO, J. M. et al. (2013): "Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal", *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 27, n. 5, oct. 2013, pp. 447-449 [http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v27n5/original_breve1.pdf (consultado: 20.III.2016)].

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Estrategia de Atención al Parto Normal [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm (consultado: 19.XI.2015)].

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009): *Maternidad Hospitalaria*. *Estándares y recomendaciones* [www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf (consultado: 11.IV.2016)].

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf (consultado: 21.1. 2016)].

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: *Plan de Parto y Nacimiento*. [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf (consultado: 14.IV.2016)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud

[http://www.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/A_InformefinalEAP.htm (consultado: 18.IV.2016)]

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a): Estrategia de la Promoción de la Salud y Prevención. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf (consultado: 12.III.15)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b): Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (PENIA II)

[http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf (consultado: 20.XI.2015)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf (consultado: 28.1.2016)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015): Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012 (edición revisada de junio de 2015)

[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns 2012.pdf (consultado: 27.XII.2015)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición: "Alimentación segura durante el embarazo"

[http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/web/rincon_consumidor/seccion/alimentacion_segura_embarazo.shtml (consultado: 15.XI.15)].

MONTES, M. J. (2007): Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOlascultura sdelna.pdf;jsessionid=33C3764B7C37FD978BB7DDD2A181B625.tdx1?sequence= (consultado: 19.II.2016)].

OECD: Health at a glance 2011: OECD indicators [http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf (consultado: 2.II.2016)].

OECD: Health at a glance 2013: OECD indicators [http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-2013.pdf (consultado: 2.II.2016)].

OECD: Health at a glance 2015. OECD indicators [http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm (consultado: 20.1.2016)].

ORTIZ FERNÁNDEZ, C. (2014): Influencia de la educación maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal. Tesis de grado. Universidad de Cantabria [http://www.repositorio.unicam.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandez.pdf (consultado: 20.III.2016)].

ORTIZ VILLANUEVA, L. (2014): Por qué acuden y cómo influye la Educación Maternal en un grupo de mujeres. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares [www.dspace.uha.es/dspace/tesis%20Mac/Lourdes%Ortiz.pdf (consultado: 21.1.2016)].

PALLÁS, C. y SORIANO, J. (coord.) (2010): Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeN acimiento.pdf (consultado: 12.IV.2016)].

QUINTANA, Ch. et al. (2010): Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTE-BA N° 2009/01

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf (consultado: 3.III.2016)].

Red de Apoyo a las Familias Monoparentales: "Manifiesto" [https://redmonoparental.wordpress.com/manifiesto/ (consultado: 1.II.2016)].

SALVADOR LÓPEZ, R.: "Cómo planificar un embarazo. Hábitos de vida saludables para conseguir quedar embarazada"

[http://www.conmishijos.com/antes-del-embarazo/intentando-concebir/preparada-para-concebir/planeando-un-embarazo.html (consultado: 20.1.2016)].

SANDBAEK, M. (2012 [2007]): "Servicios de apoyo a una parentalidad positiva", en Daly, M. (editora), La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo, pp. 71-100, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/ParentalidadEurop acomtemp.pdf (consultado: 3.V.2016)].

SANZ, M. J. (2014): Orientaciones para la crianza. Guía de documentos destinados a los padres. Madrid: Editorial Polibea.

UNICEF (2013): "Bienestar infantil en los países ricos. Un panorama comparativo" [http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestarinfantil_UNICEF.pdf (consultado: 8.V.2016)].

VALIÑO CASTRO, A. (2011): "Políticas familiares españolas de ámbito nacional y de objeto laboral, monetario y fiscal. Especial referencia a las políticas de conciliación", en CASADO, D. (director), Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad, pp. 171-193. Barcelona: Hacer Editorial.

VERNY, T. y WEINTRAUB, P. (1992): El vínculo afectivo con el niño que va a nacer. Barcelona: Ed. Urano.

Sitios web

Asociación Nacional para Problemas de Infertilidad: www.asproin.com (consultado: 2. II.2016).

Asociación de Padres Múltiples:

http://www.mellimama.com/asociaciones-de-padres-multiples/ (consultado: 2.II.2016).

http://www.saludcantabria.es/index.php?page=anisakis (consultado: 27.XII. 2015).

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/mercurio_pescado.shtml (consultado: 23.VII.2016).

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): http://www.areadelamujersego.es/ (consultado: 12.III.2016).

Acrónimos utilizados

ASEREMAC: Asociación Española para el Registro y Estudio de las Malformaciones

Congénitas

CCAA: Comunidades Autónomas

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal

ECEMC: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas

ENSSR: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

ET: Estatuto de los Trabajadores

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

LPRL: Ley de Prevención de riesgos laborales

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

PIAF: Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SIPOSO: Seminario de Intervención y Políticas Sociales

SITE: Servicio de Información Telefónica para la Embarazada

SITTE: Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos.

PARA LOS PROGENITORES:

Este cuaderno no es una publicación de estilo divulgativo, pero algunas de sus partes son asequibles a lectores no especialistas interesados en su contenido, como es el caso de los progenitores.

En pro de la salud de la madre potencial y del futuro hijo, se insta a las parejas procreadoras a que se sirvan de la **planificación positiva del embarazo**; véase el apartado 2.1 del cuaderno.

La planificación positiva del embarazo debe iniciarse en el trimestre previo a las relaciones sexuales orientadas al logro de aquel. Requiere medidas médicas y el estilo de vida que se indican, de modo enunciativo, en el cuaderno.

Los **cuidados del embarazo** deben iniciarse tan pronto como se practiquen relaciones sexuales con fines reproductivos. También en esta etapa están indicadas medidas clínicas y un estilo de vida adecuado; el cuaderno, en su apartado 3.1, ofrece apuntes orientativos de aquellas y de éste, así como también de la salud emocional de la embarazada.

La asistencia sanitaria recibida en la fase de planificación debe ser continuada en el embarazo; la misma, por lo demás, al menos en el sistema público, orientará hacia la preparación del parto y a la educación materna y paterna.

PARA LAS INSTANCIAS INSTITUCIONALES:

Este cuaderno contiene propuestas de mejora de la oferta de servicios sanitarios relativos al embarazo y al parto; como las que, por modo de ejemplo, se reseñan seguidamente.

En el apartado 2.4 se postula que la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se amplíe con prestaciones relativas a la planificación positiva del embarazo. También en dicho apartado se postula una ampliación en el mismo sentido de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

En el apartado 3.4 se formulan propuestas de mejora en puntos como los siguientes: incremento de la dotación de matronas; apoyo del Sistema Nacional de Salud para la universalización del Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos y del Servicio de Información Telefónica a la Embarazada; potenciación de acciones de promoción de la salud en lo relativo al embarazo.





Crianza saludable

Fundamentos y propuestas prácticas

> DEMETRIO CASADO Mª JESÚS SANZ ANDRÉS

Cuadernos del SIPOSO





Orientaciones para la crianza

Guía de documentos destinados a los padres

M° JESÚS SANZ ANDRÉS

Cuadernos 📮 del SIPOSO ~

XX ANIVERSARIO del AÑO INTERNACIONAL de la FAMILIA

Guía de crianza para padres de la Asociación Española de Pediatría

Análisis de su contenido y aportaciones complementarias

Mª JESÚS SANZ ANDRÉS

Psicóloga Consultora del SIPOSO

Cuadernos 🗔 del SIPOSO

APÉNDICE

ENERO 2015





Pedidos a:



LIBRERÍA POLIBEA libreria@polibea.com

Tel.: 91 759 53 72