



# REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN  
COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

PRESENTE Y FUTURO  
DE LA MEDICINA MATERNO-FETAL

POR EL

Dr. D. Juan Luis Delgado Marín



DISCURSO DE PRESENTACIÓN

POR EL

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José Parrilla Paricio



30 de marzo de 2023

MURCIA





# DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE  
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE,  
CELEBRADA POR LA

## REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 30 de marzo de 2023

### Discurso de ingreso

por el

Dr. D. Juan Luis Delgado Marín

### **‘Presente y futuro de la Medicina Materno-Fetal’**



### Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José Parrilla Paricio  
Académico de Número. Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia

*Edita:*



*Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia*

*Realización y producción:*

Juana Alegría ([juanialeagriagarcia@gmail.com](mailto:juanialeagriagarcia@gmail.com))

*Depósito Legal:*

MU 254-2023

# Índice:

• Discurso de presentación .....	7
• Discurso de ingreso:	
<b>Presente y futuro de la Medicina Materno-Fetal.....</b>	<b>15</b>
Justificación del tema elegido .....	23
La Medicina Materno-Fetal .....	24
La ecografía, técnica clave en la Medicina Fetal.....	27
Nuestra especialidad, hoy .....	28
Cambio en el concepto de trabajo.....	29
Feminización de la Medicina.....	30
Expectativas de la especialidad .....	30
Posibles conflictos de competencias: coordinación con las matronas .....	31
Cambios en la práctica obstétrica .....	32
La formación de los especialistas .....	33
Problemas médico-legales en Obstetricia .....	34
Necesidad de cambio.....	35
Las fuerzas de transformación.....	36
Actores de cambio .....	38
El terremoto de la pandemia Covid19 .....	38
La ¿recuperación? tras la pandemia: posverdad y violencia obstétrica .....	40
El aborto frente a los cuidados paliativos perinatales.....	42
La Salud Mental Perinatal.....	44
Cuidar la Salud Mental Perinatal de nuestras pacientes....	45
Cuidar la Salud Mental de nuestros profesionales .....	45
La tecnología, motor de cambio en nuestra asistencia .....	46

## Índice

Telemedicina .....	48
El peligro de las redes sociales.....	48
La inteligencia artificial, clave de los cambios venideros ....	49
La democratización de la ecografía fetal .....	50
La experiencia del usuario es la clave .....	51
Epílogo.....	53
Bibliografía .....	55

# Discurso de presentación

por el

**Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José Parrilla Paricio**

Académico de Número. Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia



*Excmo. e Ilmo. Sr. Presidente de la Real y Bicentenario Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia: Manuel Segovia Hernández y resto de componentes de la actual Junta Directiva. Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, y Académicos y Académicas Numerarios. Queridas y queridos colegas médicos y compañeros. Familiares y amigos del Dr. J.L. Delgado. Señoras y Señores:*

**C**on la venia del Presidente de la Academia, vamos a comenzar nuestro discurso:

En primer lugar, quisiéramos agradecer a la Junta de Gobierno de esta Academia y a su Presidente, el honor y privilegio, por haberme designado para realizar el Discurso de Presentación del Dr. Juan Luis Delgado Marín, Jefe de Sección en el Hospital Maternal del HCUV Arrixaca y gran conocedor y defensor, desde siempre, de la Salud Materno-Fetal en Obstetricia.

Es una de las Personalidades en la Obstetricia y la Ginecología española y, en la actualidad comienza a serlo en la europea y la mundial, como veremos al analizar su *currículum*.

Me enorgullece y es un gran honor y satisfacción para mí participar en este Discurso de Recepción.

Nos conocemos y hemos trabajado juntos y felices durante muchos años. Mas de 30 años desde finalizar su Licenciatura en la Facultad de Medicina de nuestra Universidad (1986-1991), (aunque ya había sido

alumno nuestro en las asignaturas de **Obstetricia** en el **4º curso** y de **Ginecología** en el **5º curso**).

Posteriormente, desde 1992 hasta el 1995 realizó en la Maternidad del HCUV Arrixaca, los cuatro años de Residencia para obtener el título de Especialista de Obstetricia y Ginecología. Y prácticamente no nos habíamos separado del todo, hasta mi jubilación a mediados de 2013. Existiendo una gran y entrañable amistad entre nosotros, de la que me siento orgulloso.

Aunque es costumbre en este tipo de Discursos de Presentación y Recepción, relatar exhaustivamente el '*Curriculum Vitae*' del Académico entrante, en este caso sería hartó prolijo por su gran extensión y calidad.

Procuraremos resumirlo y comenzar con datos personales, destacando luego algunos de sus méritos académicos y profesionales más importantes.

- Juan Luis nació el 24 de febrero de 1967 en Murcia, aunque a los días de nacer se trasladó a Cartagena, a la que considera su ciudad natal, de hecho.
- De sus padres, Luis y M<sup>a</sup> Dolores, solo vive ella, ya que su padre, abogado y docente universitario, falleció tan solo hace 1 año. Tiene dos hermanos menores, José Pablo (Ingeniero) y M<sup>a</sup> Dolores (Periodista). Ambos son docentes universitarios también.
- A pesar de llevar trabajando en la Arrixaca más de 30 años, su domicilio familiar sigue estando en Cartagena.
- Está casado con **Inma González Conesa** y tienen siete hijos y dos nietos.
- La relación con su familia siempre ha sido básica y fundamental. En la dedicatoria de su libro '*Proyecto Técnico de Gestión de la Unidad de Medicina Materno-Fetal*' de 2018, escribió: '*Al revisar todos los proyectos y trabajos para poner 'ésto' en marcha, me he dado cuenta de las horas de mi vida que les he robado a mi esposa Inma y a mis siete hijos*'. Además, la Dedicatoria del libro es, en primer lugar '*para mi esposa e hijos por quererme así*' y luego para todos mis compañeros de la Unidad de Medicina Materni-Fetal, etc.

- Terminó el bachiller en el Colegio de los Maristas de Cartagena y accedió con el número 1 de Selectividad a la Licenciatura de Medicina entre 1986-1991 (3 matrículas de honor, 10 sobresalientes, 11 notables y 7 aprobados).
- La Familia y los Maristas de Cartagena influyeron en muchos de los rasgos de su faceta human, su forma de atender la Sociedad con Libertad y lo hicieron un hombre con la Vocación de Servicio en un ambiente liberal y amante de su familia a la que adora.
- Realizó el rotatorio, como Residente, en el Hospital Universitario ‘Virgen de la Arrixaca’ de Murcia, obteniendo el título de Especialista en Obstetricia y Ginecología tras los años 92, 93, 94 y 95, ya con nosotros.
- En año 2000 realiza el Máster de Bioética y Derecho Médico en la UMU, dirigido por los profesores Luis Miguel Pastor y Aurelio Luna.
- Alcanzó el grado de Doctor el 8 de febrero del 2013, tras la realización de una compleja Tesis Doctoral: ‘*Efectos cardiovasculares de los estrógenos en un modelo experimental de menopausia: Papel de Óxido Nítrico endotelial y Angiotensina II*’, siendo sus directores Isabel Hernández García (Departamento de Fisiología) y yo mismo (Departamento de Obstetricia y Ginecología), habiendo obtenido la máxima calificación.
- En marzo de 2006 fue nombrado Coordinador de la nueva Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital ‘Virgen de la Arrixaca’ por parte del Gerente del SMS, tras aprobación y desarrollo de su proyecto de Unidad de Medicina Materno-Fetal.
- Obtuvo el nombramiento de Personal Estatutario Fijo del Servicio Murciano de Salud tras Concurso-Oposición en el año 2011, en la que obtuvo el número 1, decidiendo optar definitivamente por una plaza en nuestro Hospital.
- En marzo del 2012 es nombrado Jefe de Sección de Obstetricia de nuestro Hospital por libre designación en base a sus méritos, plaza que es ratificada en 2018 tras Concurso público de Méritos al presentar el Proyecto Técnico de Gestión de la Unidad de Medicina Materno-Fetal.

- Este nombramiento ha sido la etapa final de un período que se inició en 2005 con su jerarquización al Hospital, momento en que Lorenzo Abad y yo le encargamos la elaboración de un proyecto de modernización de la Obstetricia del Hospital. El primer fruto de este proyecto fue la puesta en marcha de la Unidad de Día Obstétrica (UDO), pionera en España, y que supuso una revolución en la forma de trabajo de nuestro Hospital en lo concerniente a la asistencia obstétrica. Este proyecto suponía la actualización de protocolos y métodos de trabajo que han supuesto una mejora de la calidad asistencial, pero que de forma secundaria supuso el ahorro de millones de euros al SMS, y que finalmente ha contagiado a toda la asistencia obstétrica regional y nacional. Para ello realiza varias estancias en el Hospital King's College de Londres a partir de 2006, con el fin de aplicar las últimas novedades internacionales en Medicina Fetal.
- Ya para entonces había sido elegido por los especialistas de toda España Presidente de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO en 2016, cargo que ocuparía hasta finales del pasado año, estando inmerso en la organización asistencial de todo el país durante la pandemia, en lo concerniente al embarazo y el parto. Organizó en Murcia el Congreso Nacional de Medicina Perinatal en 2018, con 800 obstetras de toda España, el récord de inscripciones en este tipo de Congresos.
- En la actualidad desarrolla funciones de Coordinador Regional del Plan Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia (PIAM), junto a un Médico de Familia (Pedro Pérez) y una Matrona (Paqui Postigo).
- Pertenece a distintas Sociedades Profesionales:
  - Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO).
  - International Society of Ultrasound in Obst. And Gynecol. (ISUOG).
  - Fetal Medicine Foundation (FMF).
  - Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. (AEEM), con un premio a la mejor comunicación.

- Sección de Medicina Perinatal de la SEGO (SEMEPE).
- Sección de Ecografía de la SEGO (SESEGO).
- Ha realizado publicaciones en revistas nacionales e internacionales y de impacto:
  - **40 artículos** en revistas Internacionales e Indexadas.
  - **5 artículos** en revistas nacionales no indexadas.
  - Editor / Coordinador de **2 libros**.
  - **40 Capítulos** en libros como autor o coautor.
  - **8 Protocolos** Nacionales de la SEGO.
  - Varios Proyectos técnicos de Gestión y vías clínicas regionales
- Ponencias y Comunicaciones a Congresos:
  - **Más de 120** como primer firmante.
  - **75** como resto de firmantes.
- Proyectos de investigación nacionales e internacionales:
  - 2 como Coordinador / Chief Investigator
  - 12 como investigador principal.
  - 8 como colaborador.
- Becas de investigación públicas:
  - *‘RandomiSed conTrolled trial with prAvasTatin versus placebo for preventIoN 2 of preeclampsia (STATIN Trial)’* IP: Juan Luis Delgado en IMIB-Arrixaca del Instituto de Salud Carlos III (beca AES) con **120.000 €** de financiación (año 2018).
  - *‘Efectos cardiovasculares de los estrógenos en un modelo experimental de menopausia: Papel de Óxido Nítrico endotelial’*. Beca FISS. IP: JJ Parrilla dotada con **70.000 ptas** de financiación (año 1994).
- Con respecto a su labor docente, tuvo una breve etapa como profesor de Bioética en la UCAM, de 2000 a 2004, para iniciar su carrera docente en la UMU como Profesor Asociado desde 2006 y como Profesor del Máster de Bioética del que fue alumno años antes. Actualmente en proceso de acreditación docente en ANECA.

Es buen padre, esposo y abuelo.

Serio, Riguroso, trabajador y leal con sus compañeros y amigos.

No es mi intención, para nada, restar protagonismo al futuro Académico Correspondiente, por lo que le daré inmediatamente paso para que nos lea su Discurso de Entrada, con la seguridad de que aprenderemos mucho de él.

Solo me resta decirles que, como Académico Numerario, me felicito y felicito a mis compañeros y amigos de la Academia, porque con el Dr .Juan Luis Delgado entra una nueva y enorme frescura intelectual y un importante activo de futuro en esta Docta Institución Académica, ya que representa una estirpe de Médicos capaces de aunar con brillantez, la actividad clínica, la investigación y la docencia, con una vida familiar excepcional.

MUCHAS GRACIAS

He dicho

Discurso de ingreso

**‘Presente y futuro  
de la Medicina Materno-Fetal’**

por el

**Dr. D. Juan Luis Delgado Marín**

Especialista en Obstetricia y Ginecología  
Coordinador de la Unidad de Medicina Fetal  
del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca



*Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia,  
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos,  
Queridos compañeros y amigos,  
Señoras y señores:*

**A**ntes de comenzar el discurso para optar a la condición de Académico Correspondiente de esta Ilustre Institución, quisiera dejar constancia de dos hechos.

- Por una parte, es un honor para mí, a la vez que un privilegio y gran satisfacción estar en este estrado para leer el discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia (RAMCM). Creo que mis merecimientos son pocos comparados con los de los Ilustres Académicos que me rodean.
- Por otra parte, mostrar mi agradecimiento a aquellos que han hecho posible esta distinción de la que soy objeto en esta tarde de la primavera murciana.

Mi agradecimiento a la Academia. A su Excmo. Presidente, a su Ilmo. Secretario y a la Junta de Gobierno, y especialmente a los Académicos que aceptaron la propuesta del Prof. Juan José Parrilla, mi maestro y mentor, para formar parte de esta venerable institución.

Como creyente que soy, pienso que la vida no está predestinada, pero Dios ha permitido el encuentro con distintas personas que me han hecho crecer y madurar a lo largo de la historia de mi vida. Proba-

blemente estas personas constituyen la ‘epigenética’ que ha hecho de mí la persona que está ante ustedes.

A nivel formativo, no puedo olvidar tantos profesores del Colegio de los Maristas de Cartagena, que me inculcaron que nada se consigue en esta vida sin esfuerzo, y me impulsaron a superarme día a día hasta poder acceder a mis estudios de la Licenciatura de Medicina. Los estudios de Medicina son una prueba de fuego en el desarrollo intelectual y personal de cada uno. Especialmente difícil para mí fue encontrarme un mundo de competitividad tan alto como es la carrera de Medicina. Muchos de los profesores de la Facultad por los que he pasado, hoy son compañeros (y amigos míos), y he podido entender de forma retrospectiva el sentido de cada acontecimiento vivido durante los duros años de estudiante. Especialmente intensa fue la vivencia que tuve como estudiante en el tercer curso de carrera, donde mi autoexigencia de ser el número uno y la dureza de los estudios me hicieron colapsar y abandonar la carrera durante unos meses.

En la vida de cada persona hay un punto de inflexión, y en ese momento trascendente de mi vida el anuncio de la buena noticia de que Dios me quería como era, sin exigencias, me hizo remontar como persona, retomar la carrera y vivirla con una ilusión renovada, teniendo patente que Fe y Razón son dos conceptos que no solo no son incompatibles, sino que me iban a acompañar desde entonces unidos, grabándose en el corazón el deseo de ayudar a los demás, representados en la figura de mis pacientes.

Coincidir en las prácticas de Obstetricia con el que más tarde sería mi cuñado, el Dr. Juan Pedro Martínez Cendán, me hizo enamorarme de una especialidad que a todos los alumnos de 4º y 5º curso de Medicina nos deslumbraba, por la excelencia en la docencia de los que más tarde serían mis jefes y maestros, el Prof. Lorenzo Abad y el Prof. Juan José Parrilla. ¡Cuánta sabiduría emanaban de sus clases, preparadas concienzudamente según pude constatar posteriormente!. A Juan Pedro le debo probablemente renunciar a la Cirugía para pasarme a la Obstetricia y Ginecología.

El tiempo de residencia de la especialidad es un tiempo inolvidable. Cada día era una ilusión renovada, ya que volvía a casa con algo nuevo aprendido. El conjunto de compañeros en la residencia fue trascendental en mi formación, pero también en la construcción de nuevas relaciones humanas. Pocas personas fuera de nuestra profesión pueden llegar a entender los lazos interpersonales que se establecen en nuestra especialidad, y que a veces son más fuertes que los lazos de sangre. Vivencias impactantes de urgencias vitales, dilemas al inicio y al final de la vida... No conozco otra especialidad en la Medicina donde situaciones extremas de alegría y tristeza se entremezclen en el día a día. Conoces nuevos compañeros en la residencia, pero desde entonces son 'amigos para siempre'. Por todo ello, quiero tener presente hoy a mis compañeros de promoción Andrea Edo, José Landeras y Antonio Pérez Carrión.

Recuerdo a tantos adjuntos del Servicio, cada uno de ellos con sus peculiaridades. Hasta del menos hábil he aprendido cosas en estos años. Pero especialmente quiero destacar a los que fueron mis jefes y maestros. Me imponían un respeto tremendo, después de ser mis profesores en la Facultad, pero durante la residencia fueron para mí como mis padres, me he sentido querido y apreciado, pero también me he sentido exigido, exigencia que es imprescindible en la formación de la persona y del profesional, aspectos que siempre van de la mano.

De Lorenzo Abad no se me olvidan las conversaciones profundas en su despacho. El conocía mi forma de pensar y era de fácil conversación. Sus planes de viaje a muchas ciudades españolas y europeas, con unos mapas que me realizaba a mano (ininteligibles como su letra), demostraban su elevado nivel cultural, especialmente en el ámbito del Arte. En sus últimos años de vida le encargué el cierre de mi curso Club Fetal, hablando del feto en el Arte y le supuso un reto agradabilísimo que siempre me recordaba. Presidió el tribunal de mi tesis doctoral ya muy enfermo, detalle que resaltaba aún más su humanidad, y siempre quedará en mi corazón la conversación de despedida que tuve con él días antes de su partida, pidiéndome que no dejara de rezar por su alma.

De Juan José Parrilla, '*Juanjo*', ¿qué puedo decir?. Es el 'culpable' de que esté ante Uds dirigiendo estas palabras. Su rigor en cualquier acto profesional, clínico, docente o científico me ha deslumbrado siempre, y ha sido el espejo en el que me he querido ver reflejado. Me ha inculcado la persecución de la excelencia en todos los actos de mi vida, no solo los profesionales. He disfrutado de la minuciosidad en la anamnesis de las pacientes, su orden perfecto en la elaboración de la historia clínica, su sistematización en cualquier intervención quirúrgica, su abrumadora recolección y estudio de artículos científicos para elaborar una ponencia, su lectura minuciosa de cualquier tesis doctoral, subrayándola completamente... ha sido mi modelo a imitar, que probablemente nunca podré alcanzar. Así lo he vivido en la preparación de este acto, que lo ha tomado con la seriedad habitual en él para cualquier acto académico. Por otra parte, me he sentido como un hijo suyo más, acogíendome en casa tantas jornadas de preparación de ponencias y publicaciones. Igual de minucioso es en otros aspectos de la vida, como en la elaboración de su exquisita paella valenciana.

Quiero tener presentes hoy a mis compañeros del Servicio, encabezados por el Prof. Aníbal Nieto, a sus Jefes Clínicos, con los que comparto la ahora llamada 'gobernanza' del Servicio, y en general, a todo el staff que conforman un mundo aparte dentro del gran Hospital como es la Arrixaca. Pero de entre todos, me gustaría resaltar los componentes de la Unidad de Medicina Materno-Fetal (UMMF), que han creído en mi proyecto transformador de la Obstetricia clásica en la moderna Medicina Materno-Fetal. A los Obstetras, pero también a las Matronas, Enfermeras, Auxiliares y Administrativas de la Unidad, que hacen posible que día a día cuidemos de las madres y sus criaturas. En mi corazón siempre permanecerán los 'locos' que me acompañaron inicialmente en esta aventura: Joseli Blanco, Myriam Miguel, Katy de Paco y Raquel Oliva. Sin esos cimientos no existiría la UMMF y no podría darles la ponencia que impartiré a continuación. Todos los miembros de la UMMF llenan de contenido este discurso.

También son parte de mi desarrollo personal y profesional mis her-

manos de Comunidad y mis Catequistas. Desde aquella crisis durante mi carrera vivo la Fe en una comunidad Neocatecumenal en mi Parrquia. Estos hermanos se alegran con mis éxitos y rezan por mí en mis sufrimientos cada día. Gracias a ellos conozco mis limitaciones y defectos y me permiten no vanagloriarme ni apropiarme de ninguno de mis éxitos personales y profesionales.

Dejo para el final a mi familia, pilar sobre el que se sustenta mi persona. Recordar a mi padre, un enamorado de la docencia, que aunque el Alzheimer le arrebató hace años la memoria y los recuerdos hasta su fallecimiento hace ahora un año, siempre estará en mi corazón, incrustando su ADN en el mío, que me hace anhelar su bonhomía. Mi madre, que siempre estuvo orgullosa de mis estudios (aunque su esperanza era que fuera cirujano) y siempre ha estado ahí. Mis hermanos José Pablo y Manina, con los que conformo un triduo equilibrado y comparto los acontecimientos del día a día.

En mi matrimonio con Inma, compañera de COU en Maristas, uno de los dos tuvo que ceder para que el otro creciera, y su generosidad ha hecho posible que hoy esté aquí. Es el amor de mi vida y mi compañera en las alegrías y en las penas, esposa y madre abnegada. Una familia numerosa como la nuestra conlleva mucho trabajo y dedicación, y gracias a nuestra apertura a la vida nacieron Juan Luis (residente de Ginecología), Victoria, Inma (residente también de Ginecología), Cristina, Pablo, Belén y Miguel. Cada uno de ellos conforma un universo maravilloso que sacan lo mejor de cada uno de los dos y a la vez hacen presente en el mundo el amor que nos profesamos mi mujer y yo. La familia ha ido creciendo con Marco y Carlos, mis yernos, y Gloria, Nacho e Irene, que formarán parte de nuestra familia en breve. Mis nietos Vera y Luca y un tercer bebé en camino completan la familia Delgado González.

Finalmente, tras esta mirada atrás en mi historia vital, agradeciendo a Dios tantas personas que me han acompañado en este itinerario hasta hoy, debo proceder ahora como Académico Electo y para dar cumplimiento a los estatutos de la RAMCM, a la lectura del discurso de Ingreso que va a versar sobre:



# Presente y futuro de la Medicina Materno-Fetal

## Justificación del tema elegido

Es difícil elegir un tema atractivo para los asistentes a este acto, dado que muchos de ellos no tienen relación con la Medicina, y debido a la profunda subespecialización de la Medicina, incluso para los médicos puede resultar ingrato escuchar un discurso demasiado especializado.

Es por ello por lo que he elegido un tema de actualidad, basándome en las siguientes circunstancias:

- Mi trayectoria de 6 años como presidente de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO (SEMEPE) me han permitido contemplar los continuos cambios evolutivos de nuestra especialidad, especialmente de la Obstetricia.
- Me considero actor de los profundos cambios asistenciales que se han dado en esta Región, a partir del desarrollo del proyecto de la Unidad de Medicina Materno-Fetal en 2008, tras la apertura del embrión de dicha Unidad, la Unidad de Día Obstétrica (UDO) en 2005.
- El desempeño actual de mi actividad como Coordinador del Plan Integran de Atención a la Mujer (PIAM) en Murcia, junto a la Matrona Francisca Postigo y el Médico de Familia Pedro Pérez me hacen sensible a la evolución de la especialidad y a su desempeño, en relación con las mujeres que atendemos.

- Las repetidas estancias formativas en la Fetal Medicine Foundation de Londres, implantada en el King’s College de Londres (NHS Trust) me hicieron ver la oportunidad del cambio asistencial y la necesidad de ejercitar una moderna Medicina Materno-Fetal.
- Por otro lado, la pandemia del Covid19 en el año 2020, en el período de mi presidencia de la SEMEPE me ha permitido colaborar personalmente con el Ministerio de Sanidad en la elaboración de protocolos y planes asistenciales para las gestantes y adecuar la asistencia obstétrica en España a la situación de pandemia.
- Y finalmente, mi afición por la tecnología y los sistemas de información, protagonistas necesarios de estos cambios, me han animado a incluir estos aspectos en un proceso asistencial que es poliédrico.

Por otra parte, el cambio generacional que experimenta la sociedad me ha hecho interesarme por otros modelos de transmisión de la información, alejados de la clásica conferencia magistral. De esta manera, prefiero un modelo conceptual de conferencias, incluyendo medios audiovisuales. La introducción de las charlas TED (*Technology, Entertainment and Design*) a nivel mundial en 1984, tienen como objetivo promover ‘las ideas dignas de ser difundidas’ con un estilo moderno y más conceptual. Es la metodología que he intentado infundir en nuestros congresos de la especialidad desde la SEGO y que me gustaría aplicar en mi discurso. No tengo como cometido formar en un tema a los asistentes al acto, sino divulgar lo interesante de nuestra especialidad, los conflictos que estamos viviendo y hacia donde nos dirigimos.

## La Medicina Materno-Fetal

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que dejado a su evolución espontánea en la mayoría de los casos no supondrá problema de salud alguno tanto para la madre como para el feto, pero que precisa de

un seguimiento adecuado, con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, con la intención de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. Durante la gestación pueden presentarse procesos que interfieren en su evolución, y a su vez el embarazo puede influir en el curso de determinadas enfermedades.

La tasa de mortalidad materna es muy baja en España, debida en gran parte a la adecuada atención en el embarazo por parte de los Especialistas en Obstetricia, bien de forma aislada, bien trabajando en equipo con los profesionales de Atención Primaria. Hay una evidencia clara que demuestra que la buena atención durante el embarazo y parto suponen un beneficio claro en la salud de madre e hijo a lo largo de la vida.

La atención sanitaria ofrecida a las mujeres embarazadas y a sus familiares ha cambiado a lo largo de los últimos años, favoreciendo el respeto de la evolución natural del mismo, la mínima intervención sobre este proceso fisiológico, y la simplificación del conjunto de actuaciones, adecuando éstas a la evidencia científica y a las necesidades y expectativas de cada mujer.

Es importante tener conocimiento de la situación real de cada gestante con el fin de detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales, involucrando a las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones, una vez informadas de manera adecuada e individualizada.

En este contexto de adecuación del control del embarazo, no basándonos en mitos o costumbres seculares, sino en una Medicina moderna basada en el conocimiento de la fisiología materna y fetal, y en las evidencias acerca de la intervención médica sobre el devenir de la gestación, se ha desarrollado la Medicina Materno-Fetal, que aunque clásicamente se equipara a la Obstetricia, usando ambos términos como sinónimos, hay varios hechos diferenciales:

- En la Obstetricia clásica, tratábamos la patología sobrevenida de la gestante y la mayoría de las decisiones se basaban en decidir cuándo y cómo íbamos a finalizar el embarazo, porque la patología

obstétrica tenía difícil prevención y mucho menos curación, exceptuando la extracción fetal.

- El advenimiento de la ecografía como una técnica que nos introduce en la fisiopatología fetal de forma certera ha permitido el desarrollo de esta nueva especialidad, en la que no solo participan los obstetras, sino otra serie de especialistas, como Genetistas, Neonatólogos, Cardiólogos, Neurólogos, Cirujanos, etc... que de forma coordinada potencian la figura del ‘feto como paciente’. En realidad, los expertos en Medicina Materno-Fetal somos los garantes de la salud de ambos pacientes, la madre y su criatura.

La pareja debe conocer que cada embarazo tiene sus peculiaridades y que no podemos caer en la simplificación de la catalogación de los embarazos como de ‘alto riesgo’ con un mejor control asistencial y de ‘bajo riesgo’, con una atención menos eficiente.

Hemos de considerar que, a diferencia de otras especialidades médicas, tratamos habitualmente con mujeres sanas que siguen un proceso fisiológico, que en más del 90% finalizará sin complicaciones, aun no llevando control alguno. Pero a la vez, ese pequeño porcentaje de complicaciones llevará consigo por un lado, algunas de las patologías más graves y urgentes de la mujer en toda la Medicina, y por otro lado, consecuencias para el feto que acarreará toda la vida, con el drama que supone para el mismo recién nacido, pero también para sus padres, y por extensión, para toda la familia e incluso la sociedad entera.

Los conocimientos científicos actuales y los distintos cribados de patologías en la gestación nos permitirán realizar una individualización del riesgo materno o fetal y por tanto, una atención adecuada para cada gestación, en función de la diversa disponibilidad asistencial en los Centros de nuestro país, tanto públicos como privados.

Los objetivos específicos de la Medicina Materno-Fetal contemplan:<sup>1</sup>

- El asesoramiento previo al embarazo de la pareja.
- La captación precoz de todas las gestantes.
- Ofrecer y asegurar la información sobre los cambios en las distin-

- tas etapas del embarazo, promoviendo los cuidados adecuados y explicando la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones.
- Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada y de la criatura.
  - Identificación de riesgos específicos de cada gestante.
  - Favorecer la participación de las mujeres y sus parejas durante todo el proceso, considerando la multiculturalidad y discapacidad.
  - Cuidar al hijo desde su vida intrauterina hasta los primeros 28 días de vida.
  - Disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

## **La ecografía, técnica clave en la Medicina Fetal**

La generalización y progresiva especialización en ecografía obstétrica, también llamada fetal, por parte de los Obstetras ha supuesto el verdadero empujón al desarrollo de esta nueva especialidad llamada Medicina Fetal, que trata al feto como un paciente más, y participa de la Medicina Materno-Fetal, donde procesos patológicos fetales pueden alterar la salud materna, y viceversa. De este modo, la exploración fetal y de los anejos ovulares, especialmente la placenta, es fundamental en cualquier embarazo.

De hecho, en este año 2023, la causa de la mayor parte de los procesos que llevan a la muerte y/o discapacidad del feto (y a veces secundariamente de la madre) siguen siendo:<sup>2</sup>

1. Las alteraciones de la placentación, que darán lugar a la preeclampsia (una de las causas de muerte materna más importantes en el mundo) y a la restricción de crecimiento fetal (CIR), causa de un importante número de ingresos de neonatos de menos de 1500 gramos en nuestras UCIs neonatales (recordemos que este hecho es el GRD más costoso en nuestros Hospitales). Los costes no serán solo económicos, sino sociales, con mayor incidencia de neurodesarrollo y deterioro cognitivo, a la vez que una vida adulta

con diversas patologías, como el síndrome metabólico y la patología cardiovascular (según conocemos por la programación fetal de estos neonatos).

2. Las anomalías fetales, que darán lugar a discapacidades de toda índole, penosas para todos, pero también a interrupciones voluntarias del embarazo, con toda la problemática que conlleva para la pareja y todo el sistema sanitario.
3. La prematuridad, causa más importante de morbilidad neonatal en el mundo.

Estos 3 grandes grupos de patología materna y fetal pueden predecirse y diagnosticarse en dos momentos clave del embarazo, como son alrededor de la semana 12 (1er trimestre)<sup>3</sup> y de la semana 20 (2º trimestre), a partir de lo que llamamos *‘marcadores ecográficos de patología fetal y materna’* y también de *‘marcadores bioquímicos’* y que nos permite, tan solo desde hace menos de 20 años, acometer ese gran grupo de patologías, posibilitando la intervención sobre su etiología y en muchos casos ya, la prevención de éstas.

## Nuestra especialidad, hoy

La Medicina es una ciencia compleja, que toca todas las dimensiones de la persona, pero la Obstetricia, a diferencia de otras partes de la Medicina tiene un hecho diferenciador: es la única especialidad que trata mujeres jóvenes y sanas mayoritariamente. No se trata, por tanto, de ‘diagnosticar y tratar enfermedades’, sino de acompañar a la mujer y su pareja en un proceso fisiológico, y predecir una serie de problemas obstétricos para adecuar la asistencia de forma individualizada. En realidad, los expertos en Medicina Materno-Fetal somos ‘gestores de riesgos’, es decir, realizamos distintas técnicas de cribado para calcular riesgos de patologías y ejecutamos acciones para prevenirlas.

La dimensión social de los embarazos añade una faceta más al com-

plejo poliedro que supone la asistencia obstétrica, que podemos simplificar en 4 distintas dimensiones:

- Asistencia clínica.
- Tecnología.
- Evidencia científica.
- Sentimientos.

Esta última dimensión es la que nos reporta más conflictos a nivel social y de los medios de comunicación, aspecto en el que profundizaré más adelante.

A continuación, paso a analizar distintos aspectos de la especialidad, comunes o no a otras especialidades:

### **Cambio en el concepto de trabajo**

Se ha dado ya un salto generacional importante, y las nuevas generaciones asumen distintos parámetros vitales que las generaciones anteriores<sup>4</sup>. Esta situación ya la objetivamos con los nuevos residentes en formación. Así, podemos establecer dos escalones generacionales en nuestros servicios de Obstetricia y Ginecología:<sup>5</sup>

- ‘Obstetras boomers’. Son Obstetras de mediana edad (entre los que me encuentro), que provenimos de la generación del baby-boom, priorizamos el trabajo sobre otros aspectos de la vida. Trabajamos jornadas muy largas, con tendencia a trabajar incluso los salientes de guardia y muchos de nosotros ampliamos nuestra jornada laboral en la medicina privada.
- ‘Obstetras millennials’. Las nuevas generaciones que están accediendo a la especialidad. A diferencia de nuestra generación, priorizan la vida familiar y personal y otros intereses no relacionados con la Medicina (fitness, videojuegos, relaciones sociales). Son menos individualistas, con guías clínicas de cabecera. No asumen riesgos por falta de sueño, no tan implicados en la actividad privada y tienen tendencia a elegir especialidades que hacen la vida más fácil y controlable. Prueba de ello es la progresiva caída de puestos en el MIR para seleccionar nuestra

especialidad. Las especialidades que antes se eligen son las que ofrecen mayor comodidad, no hacen guardias de presencia física o pueden reportar más dinero posteriormente.

### **Feminización de la Medicina**

Estamos viviendo un tiempo en que la mujer elige prioritariamente estudiar carreras sociosanitarias, mientras que los hombres tienden más a carreras técnicas. No hay más que asomarse a las aulas de nuestra facultad de Medicina para objetivar que el sexo mayoritario es el femenino. El American College of Obstetrics & Gynaecology refiere que el 80% de los nuevos residentes de la especialidad son mujeres. Aún hoy, el staff del Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Arrixaca está constituido por un 63% de mujeres, frente a un 37% de hombres, pero las diferencias son aún mayores entre los residentes, con un 83% de mujeres frente a un 17% de hombres<sup>6</sup>.

Esta feminización de la especialidad conlleva cambios organizativos claros:

- La plantilla es más joven y muchas compañeras prefieren trabajo a tiempo parcial, con el fin de compaginar vida familiar y laboral. Aún no existe equidistancia en las labores de casa y familiares entre hombre y mujer en España.
- Nuestras compañeras reconocen que su carrera no tiene un impacto positivo en la relación con sus hijos.
- Existen dificultades para la conciliación laboral y familiar, siendo el reto mayor cuando se trata de parejas de médicos.
- Hay un incremento del absentismo laboral
- Por todo ello, se incrementan los efectivos con reducción de jornada y de guardias
- Secundariamente a todo esto, se ha descrito una menor experiencia clínica y quirúrgica.

### **Expectativas de la especialidad**

En una encuesta nacional realizada en estados Unidos, los residen-

tes de nuestra especialidad, en comparación con los estudiantes, planeaban con más frecuencia entrar en la práctica privada (43% frente a 19%) y con menos frecuencia una carrera académica (19,4% frente a 30,4%) o subespecialidades (38% frente a 51%) (p,.001). Aunque la mayoría de los encuestados pensaba trabajar a tiempo completo (96% frente a 94,9%), el 83% (frente a 94%) de los residentes pensaba trabajar más de 40 horas a la semana (P,.001). El 23% de los residentes tenía previsto jubilarse anticipadamente. El 38% de los residentes declararon haber cambiado de planes profesionales durante la residencia, y citaron el equilibrio entre la vida laboral y personal como el factor más importante (89%)<sup>7</sup>. Por todo ello, las expectativas profesionales de los residentes parecen evolucionar con el tiempo hacia una mayor probabilidad de dedicarse a la práctica privada, trabajar menos horas y jubilarse antes a pesar del alto coste de vida. Hemos de comprender estas tendencias de las nuevas generaciones para hacer una planificación asistencial real en nuestra organización.

### **Posibles conflictos de competencias: coordinación con las matronas**

La matrona es la profesional del embarazo y parto normal, pero los límites competenciales con el obstetra, a veces está mal definido. Las razones son variadas, por un lado atiende a la misma mujer que el obstetra, pero el cuadro jerárquico de enfermería y de los especialistas confluye únicamente en el Gerente del Área de Salud, lo que a veces crea conflictos a nivel asistencial.

En los hospitales occidentales, donde la cultura médica está basada en principios de fuerza y de poder, las matronas demandan mayor autonomía, más competencias y mayor responsabilidad asistencial. Quizás una inadecuada planificación en la formación de matronas está llevando a un superávit que les hace buscar más competencias en la especialidad, en una frontera con los obstetras a veces mal definida.

La realidad es que los profesionales de la salud deben tener en el centro a la gestante, dejando de lado protagonismos que solo llevan a error y aumento en la litigiosidad. Por nuestra parte, no debemos obstaculizar su desarrollo profesional ya que está demostrado que los modelos basados en cuidados por matronas aumentan el nivel de satisfacción materna y disminuyen intervencionismo y costes. De esta forma, aquellos modelos basados en el soporte continuo en el parto se asocian a mayores tasas de parto vaginal y a un menor porcentaje de experiencias negativas<sup>8</sup>. El Servicio Murciano de Salud apoya la asistencia al parto normal liderado por matronas y hemos de alinearnos así en el embarazo y parto de bajo riesgo.

Es cierto que de las cuatro dimensiones que confluyen en nuestra especialidad, el obstetra ha optado por la tecnología y la evidencia científica, mientras que la matrona ha potenciado la esfera de los sentimientos, lo que hace que la gestante muestre descontento ante la escasa empatía de algunos profesionales. La educación maternal es cosa de todos, no solo de las matronas, y deberíamos involucrarnos más en la información de la gestante, aunque no tenga un embarazo patológico.

### **Cambios en la práctica obstétrica**

La obstetricia y tocurgia como arte está desapareciendo en la Unión Europea con la subespecialización, con la desaparición progresiva de partos complejos, como la asistencia de los partos vaginales de nalgas y en gestaciones gemelares<sup>9</sup>. Por otra parte, la tocurgia está perdiéndose con el uso residual del fórceps debido a la escasa formación<sup>10</sup>.

Nos cuesta adaptarnos a los cambios asistenciales, sobre todo en la asistencia al parto. Huimos de la cultura de la espera en la asistencia al parto, para entrar en rígidos esquemas temporales en la evolución del parto. Así, aunque cada vez hay mayor evidencia de que las curvas de evolución del parto de Friedman<sup>11</sup> han quedado

desfasadas ante modelos más fisiológicos como el de Zhang<sup>12</sup>, las inercias en la asistencia hacen que las modificaciones asistenciales sean muy costosas.

La consecuencia inmediata de todas estas circunstancias es el incremento generalizado en la tasa de cesáreas a nivel internacional, rondando la tasa global española el 25% (8.5% cesáreas electivas / 16.0% cesáreas urgentes). Lo cierto que el incremento de cesáreas es una epidemia global, duplicándose este porcentaje en los últimos 15 años<sup>13</sup>.

### **La formación de los especialistas**

El paradigma de estos últimos años ha sido el cambio de aprender 'haciendo' a aprender 'simulando'. El incremento en las publicaciones sobre simulación en Obstetricia ha sido exponencial, evidenciándose sus ventajas<sup>14</sup>.

- La simulación en el uso del fórceps (basta con 1 hora de formación teórica y 1-2 horas de formación práctica) supone una disminución del 22-26% de desgarro obstétrico.
- En el manejo de la distocia de hombros es fundamental, disminuyendo las parálisis braquiales al mínimo, tan solo con 30 minutos de formación práctica con matrones y obstetras.
- Con respecto a la hemorragia obstétrica, una de las emergencias más graves en la asistencia al parto, tras modelos de formación con simulación se ha demostrado una disminución de transfusiones del 21 al 12%, una disminución de legrados obstétricos de 11 a 6% y de embolización mediante radiología intervencionista de 1.9 a 0.2%.

Hemos de aplicar estos modelos de simulación también en la práctica quirúrgica, ya que hay evidencias que los residentes de especialidades quirúrgicas prefieren operar sin tener afinada la técnica antes de reconocer sus limitaciones, por el miedo a ser etiquetados de torpes<sup>15</sup>.

## **Problemas médico-legales en Obstetricia**

Una de las consecuencias de las situaciones expuestas es el incremento progresivo de las demandas judiciales en nuestra especialidad, con indemnizaciones que suponen hoy el 60-70% de la suma global pagada por malpraxis en el año en Estados Unidos.

En general, es de difícil comprensión para mujeres jóvenes y sanas que un embarazo pueda tener un resultado adverso inesperado, y es porque el parto es un proceso mal valorado<sup>16</sup>.

El proceso del paso de la vida intrauterina a extrauterina es un proceso, que aunque fisiológico, es complejo, y nunca tenemos garantías de que asistirlo correctamente implique seguridad alguna. Esta situación afecta a las pacientes y sus familias, provocando traumas emocionales y secuelas psicológicas que a veces duran toda la vida, pero también a los profesionales, en forma de desmoralización y miedo, con llevando una huida de la Obstetricia en todos los países del mundo, por todo esto.

Las causas principales de litigios relacionados con nuestra especialidad son:

- A nivel prenatal, por la ausencia de diagnóstico de ciertas anomalías estructurales o síndromes genéticos. El cuestionamiento jurídico del *wrongful birth*, o nacimiento que no se debía haber producido si se hubiera diagnosticado prenatalmente el problema es el caballo de batalla de todos los que realizamos diagnóstico prenatal<sup>17</sup>.
- En el momento del parto, por diversas situaciones, como una incorrecta interpretación del registro cardiotocográfico, fenómenos de hipoxia intraparto, distocia de hombros o complicaciones secundarias al intento de parto vaginal tras una cesárea anterior, como la hemorragia o la rotura uterina<sup>16</sup>.

Se han postulado la adopción de diversas medidas para prevenir y gestionar estas incidencias:

1. Comunicación eficaz médico-paciente.

2. Trabajo en equipo.
3. Historia clínica bien documentada.
4. Adherencia a protocolos y guías clínicas.
5. Entrenamiento y educación.
6. Crear una cultura de seguridad.
7. Posibilitar estrategias de manejo de situaciones de riesgo.
8. No culpabilizar a los profesionales.
9. Disponer de buenos peritajes, basados en la evidencia.

## Necesidad de cambio

Siempre me ha atraído extrapolar ideas de otras áreas del conocimiento con las ciencias de la salud, y el modelo de asistencia sanitaria, que es un modelo de empresa de servicios, con sus equipos humanos y los receptores de los servicios (en este caso, las pacientes) es un modelo extrapolable a cualquier empresa, como ahora defenderé.

Andrew S. Grove, el antiguo presidente del consejo de administración de *Intel Corporation*, una empresa de componentes informáticos clave para el desarrollo de nuestra sociedad nos muestra el camino a seguir para explotar las situaciones de crisis de nuestras empresas para mejorar los resultados.

En nuestro medio de trabajo, tenemos la obligación de controlar los costes de la atención a las mujeres con enfermedades más complejas y crónicas en un escenario con menos recursos médicos.

Por otra parte, nos encontramos en un momento en que aparecen nuevas herramientas y formatos de atención, como más tarde desarrollaré en mi exposición. Pero vivimos continuamente con la exigencia de una mejor comunicación y mejores resultados para nuestras pacientes<sup>18</sup>.

Así, en nuestra organización sanitaria (llamémosle Ministerio de Sanidad o Consejería de Salud, es igual) se produce una curva de ascenso, basada en los avances médicos y éxitos profesionales de sus miembros.

Pero llega un momento que este ascenso se estabiliza, bien por los costes disparatados para mantener la cartera de servicios, el incremento de la edad de los pacientes, con una tasa de enfermedades crónicas elevada en paralelo, y por las desigualdades entre las Comunidades Autónomas o las propias Áreas de Salud. Este es el punto crítico donde de cualquier empresa ha de tomar una decisión estratégica. Podemos dejar evolucionar la situación, sin cambiar la curva de desarrollo de la organización, en cuyo caso empezará a descender progresivamente la curva, declinando la cuenta de resultados (los trabajadores están cada vez más descontentos y las encuestas de satisfacción son cada vez peores, aunque se mantenga el prestigio de los médicos)<sup>19</sup>. Pero también se pueden realizar cambios estratégicos para que la organización crezca en pos de nuevos objetivos elevados. Anticipo que en cualquier organización o empresa hay una resistencia al cambio por parte de sus componentes, sea el estamento que sea, en nuestro caso: directivos, médicos y plantilla de enfermería<sup>18</sup>.

Y ante todos Uds, que con su bagaje científico y de gestión viven o han vivido día a día estos problemas, me pregunto: ¿Cambiar es una locura? Albert Einstein les respondería: ‘¿Qué es una locura?: hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes’<sup>20</sup>.

### **Las fuerzas de transformación**

Una vez que parece claro que tenemos que cambiar el modelo asistencial, debemos plantearnos cual es el nuevo modelo al que tenemos que dirigirnos. De una balanza en la que contrapesan la salud de la población frente a los costes, aparece una nueva dimensión: la experiencia del cuidado. En este duelo que es el sanitario frente al gestor, entra como un ciclón la opinión del paciente.

Para conseguir estos 3 objetivos, existen en la actualidad 4 fuerzas de transformación que están jerarquizadas, de forma conjunta pueden cambiar para siempre nuestra forma de trabajo:<sup>21</sup>

1. Reforma del sistema sanitario.
  - Fomento de la Medicina de equipo.

- Los hospitales han de estar centrados en el paciente.
  - Más atención en entornos de atención no aguda.
  - Consolidación de roles clínicos de los especialistas – ¡ No Obstetras multitarea!.
  - Evaluación y retroalimentación de la calidad asistencial.
  - Protocolos/vías clínicas más estandarizados.
  - Objetivos bien definidos y evaluación de rendimiento.
  - Formación sobre las nuevas funciones.
  - Ampliación de la formación MIR (nuevas necesidades de volumen de trabajo).
2. Tecnologías de la información
- Historia clínica electrónica universal .
  - Ampliar los soportes de información .
  - Implementación de Big data .
  - Normas de privacidad y seguridad que protejan los derechos pero permitan un intercambio de información.
  - Mayor uso de la Tele-Medicina/Tele-Salud.
  - Diagnóstico e interpretación por ordenador.
  - Dispositivos de monitorización a domicilio.
  - Mejora de la comunicación entre equipo sanitario y paciente.
3. Tecnologías disruptivas
- Historia clínica electrónica universal.
  - Medicina personalizada.
  - Inteligencia Artificial.
  - Diagnóstico genómico/proteómico.
  - Cirugías y diagnósticos mínimamente invasivos.
  - Terapia genética/epigenética.
4. Reforma de pagos
- Cambio de pago por servicio por pago por el valor.
  - Recompensar los buenos resultados en lugar del volumen de atención.
  - Datos creíbles sobre los resultados y los costes de cada paciente.

### **Actores del cambio**

Todas estas fuerzas de transformación, que algunas de ellas ya están formando parte de nuestro día a día, precisan de unos actores que las propongan y pongan en práctica<sup>22</sup>.

- Las pacientes, que exigen:
  - Atención compasiva.
  - Buenos resultados clínicos.
  - Participación en el proceso.
- Los médicos y resto del personal sanitario, que desean:
  - Satisfacer las necesidades de sus pacientes.
  - Reducir o eliminar la montaña de papeleo y burocracia.
  - Dedicarse a proporcionar una buena atención clínica.
- Las autoridades sanitarias, que están alineados con el personal sanitario, pero necesitan urgentemente controlar el gasto público y garantizar la equidad para toda la población.
- Los directivos de cada hospital, que no pueden permitirse el aumento de los costes, pero quieren empleados productivos.

## **El terremoto de la pandemia Covid19**

Nadie lo esperaba (o casi nadie). En 2015 una charla TED de Bill Gates es premonitoria: *‘En 2014, el mundo pudo evitar un terrible brote de ébola, gracias a miles de generosos trabajadores de la salud, y también, francamente, gracias a muy buena suerte’*. Pero ahora es el momento, de poner todas nuestras buenas ideas en operación, desde la planificación por escenarios, pasando por la investigación sobre vacunas y el entrenamiento de trabajadores de la salud’, sugirió Bill Gates. *‘No hay necesidad de provocar pánico... pero hay que ponerse en marcha’*<sup>23</sup>.

Tal crisis, sin entrenamiento ni preparación, rompe el ritmo de ascenso de los sistemas de salud ya analizados, para dirigirnos a una caída libre sin protección incluso para los trabajadores sanitarios.

Desde mi situación de privilegio como presidente de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO (SEMEPE) he podido asistir a las reuniones del Ministerio de Sanidad, elaborar documentos dirigidos a la población gestante e infantil y atender a los medios de comunicación<sup>24</sup>. Es cierto que en las situaciones de crisis sale a la luz lo mejor de cada persona (y de esto he sido testigo viendo la actitud de ciertos compañeros), pero también aflora lo peor de cada uno, en forma de actos de cobardía en la asistencia al embarazo y parto, pero también ha mostrado la desunión entre muchos profesionales. De esta forma, la iniciativa de la SEGO de realizar un registro nacional de embarazadas con Covid, y de esta manera poder adecuar la asistencia para garantizar mejores resultados perinatales, fracasa por desunión de los socios y la realización de registros alternativos, con el único fin de publicar series antes que los demás.

Los jefes de Servicio de cada hospital, junto con los cargos intermedios, Jefes de Sección, hemos tenido que adaptar la asistencia de las gestantes ante los bandazos que autoridades sanitarias nacionales e internacionales daba. De esta manera, el concepto de ‘escalada’ y ‘desescalada’ aparece en el día a día asistencial, en medio del desánimo de los profesionales.

Es por todo esto por lo que algunos autores, en el fin de la pandemia se refieren a la necesidad de *‘recoger las piezas del sistema en un mundo post-COVID-19’*. Las prioridades propuestas para recuperar el sistema sanitario son:<sup>25</sup>

- Prioridad 1: Centrarse en la seguridad psicológica de los sanitarios.
- Prioridad 2: Repriorizar las actividades de mejora de la calidad para COVID-19.
- Prioridad 3: Modificar las actividades de información y gestión de la calidad.
- Prioridad 4: Reanudar la creación de capacidad de mejora de la calidad.

Otros autores sostienen que la reducción de la atención sanitaria en las maternidades durante la pandemia de COVID-19 ha sido global, y

debe considerarse una posible contribución al empeoramiento de los resultados perinatales observados durante la pandemia<sup>26</sup>.

## **La ¿recuperación? tras la pandemia: posverdad y violencia obstétrica**

La llegada de las vacunas y la disminución de la gravedad de cada oleada de la pandemia hacen pensar que el descenso de la curva de desarrollo sanitario se puede frenar y retomar el punto de inflexión al que habíamos llegado, retomando las acciones de transformación antes expuestas.

Pero en España, debido en parte a la situación psicológica de la población tras los confinamientos, y en parte a los cambios políticos, la esfera de los sentimientos impera por encima de la evidencia y pretende modificar la asistencia. De esta manera, el mantra de la violencia obstétrica (con el apellido machista) y las distintas aproximaciones ante la ley del aborto suponen otro terremoto en nuestra especialidad<sup>27</sup>.

Las redes sociales, de las que luego hablaré, suponen un importante altavoz para instituciones, asociaciones, partidos políticos y grupos organizados, que con diferentes intereses (muchos de ellos espúreos) crean estados de opinión en la población, a veces en contra de los profesionales de la salud que intentan hacer su trabajo de la mejor manera que saben.

De esta manera, el término *'posverdad'* se nos hace presente en la asistencia diaria. Este neologismo es aceptado por la RAE en 2017 e implica la distorsión deliberada de una realidad en la que priman las emociones y las creencias personales frente a los hechos objetivos, con el fin de crear y modelar la opinión pública e influir en las actitudes sociales (RAE). De esta manera, pasamos del *'pienso luego existo'* al *'creo, luego estoy en lo correcto'*<sup>28</sup>.

En cultura política, se denomina política de la posverdad (o política posfactual) a aquella en la que el debate está enmarcado ya no en

apelaciones, sino en las emociones, desconectándose de los detalles de la política pública y por la reiterada afirmación de puntos de discrepancias en los cuales las réplicas fácticas o hechos, son ignoradas. La posverdad se diferencia de la tradicional disputa y falsificación de la realidad o veracidad, dándole una importancia «secundaria». En resumen, sería la idea según la cual «*el que algo aparente ser verdad es más importante que la propia verdad*»<sup>29</sup>.

De esta manera, a los Obstetras y Ginecólogos se nos pone en el punto de mira ante la sociedad, como una especialidad anquilosada, arcaica, machista (cuando la mayoría de las profesionales son mujeres en la actualidad). Ejemplo de cómo se construye un bulo es el famoso ‘punto de sutura del marido’, es decir, el ginecólogo (normalmente identificado como un varón), al coser la episiotomía tras el parto, da un último punto innecesario en la horquilla vulvar para que esté más cerrada y el marido pueda tener más placer en las relaciones sexuales. Este punto es muy doloroso para la mujer, al ser una zona extraordinariamente inervada sensitivamente. Las búsquedas en Google del término ‘*husband stitch*’ son masivas<sup>30</sup>.

Por otra parte, términos habituales en la formación de los médicos, con un importante peso en la Bioética, como es el término ‘autonomía’ son sustituidos por ciertas organizaciones, incluso por ciertos sectores de nuestro sistema de salud por el término ‘*empoderamiento*’, con un perfil ideológico más marcado<sup>31</sup>.

Estamos de lleno en occidente en medio de una tormenta ideológica, conocida como movimiento ‘*woke*’ (del inglés, ‘*estar despierto*’). Lo que para algunos ser ‘*woke*’ es tener conciencia social y racial, y cuestionar los paradigmas y las normas opresoras impuestas históricamente por la sociedad, para otros describe a hipócritas que se creen moralmente superiores y quieren imponer sus ideas progresistas sobre el resto<sup>32</sup>.

Los críticos de la cultura ‘*woke*’ cuestionan, sobre todo, los métodos coercitivos que utilizan algunos ‘policías de la palabra’ (así los definen) contra quienes dicen cosas o cometen actos que ellos perciben como misóginos, homofóbicos o racistas.

En particular ha generado mucho malestar el uso de un método conocido como la ‘cancelación’: un boicot social y profesional, que suele realizarse a través de las redes sociales, contra individuos que actuaron o dijeron algo que para ellos es intolerable<sup>33</sup>.

De esta manera, temas como el feminismo, transexualismo, el aborto, los derechos LGTB+, muchos de ellos concernientes a la fertilidad, la maternidad y el inicio de la vida, que son inherentes al trabajo de los ginecólogos, nos hacen entrar en esta vorágine mediática donde la política y ciertos pensamientos radicales nos ponen en el ojo del huracán de forma continuada.

Es difícil, en medio de esta tormenta política que señala directamente a los profesionales de la Obstetricia, poder progresar en la asistencia clínica con una medicina basada en la evidencia, puesto que la evidencia está sometida a nivel público a los sentimientos de grupos muy activos en las redes sociales y en ciertos medios de comunicación. No nos enseñaron en la Facultad de medicina a defendernos de estos ataques, y a día de hoy, dos Ministerios con planteamientos ideológicos distintos han establecido un escenario desconocido para nosotros que nos genera una gran incertidumbre<sup>27</sup>.

## **El aborto frente a los cuidados paliativos perinatales**

Hasta hace unos días, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo planteaba que se debía desarrollar la Ley para atender a la objeción de conciencia, pero se quedó sin desarrollo, manteniéndose el planteamiento del Tribunal Constitucional en base a la Ley Orgánica 9/1985, del 5 de julio de 1985, de despenalización del aborto. A día de hoy estamos esperando el dictamen del Tribunal Constitucional que ratificará con toda seguridad el establecimiento de plazos para la interrupción voluntaria del embarazo, y la nueva Ley Orgánica sobre Salud Sexual

y Reproductiva de 2023 regulará la objeción de conciencia respecto al aborto.

Desde el punto de vista bioético, cuando la objeción coincide con uno de los cursos extremos de acción, y existen cursos intermedios que optimizan el respeto o la promoción de los valores en conflicto, la objeción no es correcta ni válida. Realmente lo que se ha dado en España es una pseudo-objeción o cripto-objeción de conciencia. Todos se manifiestan objetores (aunque no todos lo sean) por el hecho de evitar ser señalados o por comodidad para no intervenir en las interrupciones del embarazo<sup>34</sup>.

Si el tema del aborto se aborda desde el punto de vista clínico, y no mediante el abordaje clásico de ‘objector vs abortista’, además de los dos extremos en el posicionamiento (blancos y negros), existe una escala de grises que nosotros abordamos en Murcia en 2021. Al preguntar a los clínicos acerca de su predisposición a realizar interrupciones de embarazo, se establecieron 5 escalones distintos:

- Compañeros que no participarían de una interrupción del embarazo bajo ningún supuesto (son los objetores de conciencia clásicos, por cuestiones morales).
- Compañeros que participarían si el feto tuviera una patología incompatible con la vida (fetos anencéfalos, oligoamnios persistente en el 2º trimestre, fetos polimalformados, fetos hidróticos, triploidías, etc...).
- Compañeros que participarían si el feto tuviera una malformación mayor (cardíaca, del SNC, etc ...) pero nunca en malformaciones tratables quirúrgicamente ni en los fetos con trisomía 21.
- Compañeros que participarían si el feto tuviera una malformación mayor (cardíaca, del SNC, etc ...), también en fetos trisomía 21, pero nunca cuando se tratara de una anomalía que se puede curar (fisura palatina, pie zambo, amelia, gastrosquisis, etc...).
- Compañeros que participarían siempre, ante cualquier anomalía si la madre lo desea voluntariamente. Es el extremo opuesto en la aceptabilidad.

La mayoría de los especialistas se distribuyen entre todos los escalones descritos.

En el lado opuesto, se está promoviendo una necesidad cada vez mayor de apoyo a los padres que manifiestan su deseo de continuar el embarazo a pesar de que su bebé vaya a tener una corta expectativa de vida o sea incompatible con la vida (hay realmente muy pocos casos donde se de esta condición, no así la primera). De esta forma se ha acuñado el término traducido de la terminología americana '*perinatal hospice and palliative care*' como cuidados paliativos perinatales<sup>35</sup>.

Mediante este programa, un grupo de obstetras, neonatólogos, anes-  
tesiólogos, psiquiatras y psicólogos, además de enfermería especializa-  
da acompañan a la pareja en el duro proceso de parir a su bebé y llevar  
la transición vital hasta la muerte de la manera menos dolorosa posible  
desde el punto de vista físico y psicológico, incluso espiritual si fuera  
requerido. Estamos inmersos en la actualidad en un grupo de trabajo  
del Servicio Murciano de Salud para garantizar esta atención de la  
mejor manera posible.

Un aspecto importante de los Obstetras, aun estando en el ojo del  
huracán y muchas veces no siendo respetados en sus creencias y op-  
ciones vitales, es que nunca se juzga a ninguna pareja por el hecho de  
tomar cualquiera de los dos caminos. El Diagnóstico Prenatal moderno  
requiere más habilidades comunicativas que tecnológicas y está muy  
alejado del paternalismo médico de antaño. Se informa a los padres con  
la mayor objetividad y evidencia, se les permite reflexionar el tiempo  
que necesiten, y se les apoya desde entonces con la opción que hayan  
elegido, sin establecer juicio alguno de valor.

## La Salud Mental Perinatal

La pandemia del Covid19 ha destapado un importante número de pa-  
cientes necesitados de cuidados de su salud mental y se ha descubierto  
un déficit importante de profesionales dedicados s esta materia.

Se pueden establecer dos aproximaciones en la Medicina Materno-Fetal:

### **Cuidar la Salud Mental Perinatal de nuestras pacientes**

El abordaje debe ser no solo de la mujer gestante o puérpera (a la que nos referimos habitualmente), sino también de su pareja de forma simultánea, y a veces de su bebé. De esta manera, establecemos varios casos específicos de nuestra especialidad.

- Madres con una pérdida fetal perinatal. Se refiere a aquellas que tienen un mortinato, una muerte fetal intraparto o en la vida neonatal precoz. Se ha creado una cultura entre los profesionales sanitarios de atención al duelo perinatal, donde matronas y obstetras caminan de la mano, y donde el contacto con otras madres que han vivido situaciones similares aporta una ayuda inestimable en la salida de este túnel oscuro que supone la pérdida de un bebé. En nuestra Unidad tenemos una consulta específica para atender a estas parejas, para estudiar la posible causa de la pérdida y establecer estrategias futuras que eviten de nuevo este suceso.
- Madres que han decidido abortar a su feto por alguna patología. En este caso se produce lo que se ha denominado “doble duelo” (secundario a la pérdida en sí misma y a que la pérdida se ha debido a la decisión de los padres). No cabe despreciar las secuelas psicológicas de estos casos, y se ha establecido también un entorno de ayuda para superar esta dolorosa circunstancia.
- Madres que optan por cuidados paliativos perinatales. El proceso de acompañamiento en esos últimos momentos o días es fundamental por parte de la institución, no solo durante el embarazo, sino durante el parto, en la vida neonatal de su criatura y tras su pérdida.

### **Cuidar la Salud Mental de nuestros profesionales**

Tanto la pandemia Covid19, la carencia de medios de protección, las jornadas interminables de trabajo, y la transición de los aplausos

iniciales de la pandemia a la incomprensión de muchos pacientes, e incluso la agresividad verbal y física ha hecho ver la necesidad de atención de los propios compañeros.

Por otra parte, la cultura creciente de ataques a los obstetras por la mal llamada violencia obstétrica, el señalamiento de asociaciones y pacientes en torno a los protocolos de interrupción del embarazo <sup>27</sup> y el propio hecho de que se practiquen interrupciones del embarazo en nuestros hospitales hace especialmente candidato a cuidados a los equipos que trabajan en Medicina Materno-Fetal, especialmente en el campo del Diagnóstico Prenatal.

Esta es la razón por la que iniciamos en 2022 una experiencia piloto en la UMMF de la Arrixaca, con la creación de un espacio de reflexión y supervisión, que a la vez es un espacio de confort y seguridad para los obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares que trabajan en la UMMF. Son jornadas de formación, pero también de autoayuda dentro del equipo humano. Nos hace volver a enamorarnos de nuestro trabajo.

En general, es importante en toda la asistencia al embarazo y parto una adecuada atención a las necesidades físicas y emocionales de la mujer, y hemos de realizar un poco de autocritica acerca de la escasa empatía que algunos profesionales demuestran en dicha asistencia. Es tarea de todos luchar por garantizar el modelo de cuidados durante el parto promovido por la Organización Mundial de la Salud, en el que confluyen las cuatro dimensiones que estamos citando en esta ponencia: asistencia, evidencia, tecnología y sentimientos.

## **La tecnología, motor de cambio en nuestra asistencia**

Aunque la sociedad reclama mayoritariamente el respeto al proceso fisiológico que supone embarazo y parto, exige de forma sucinta seguridad para las mujeres y sus criaturas. Si algo positivo ha aportado la

pandemia a nuestra asistencia y quehacer diario es la irrupción de la tecnología en el día a día en distintos niveles:<sup>36</sup>

- Práctica clínica, educación, investigación en Medicina
  - El tratamiento y las prescripciones farmacológicas en línea se aplican en la práctica clínica.
  - Avances en las tecnologías de ayuda al diagnóstico
  - El sistema en línea promueve el desarrollo de la formación e investigación entre instituciones.
  - Las prácticas clínicas o la formación se imparten sobre la marcha, con simulaciones, realidad virtual y educación en línea.
  - Las redes en línea facilitan la participación en investigación para los médicos que trabajan solos en zonas remotas.
- Formación continuada
  - Aprendizaje en línea, incluidos contenidos a la carta y retransmisiones en directo.
  - Compartir la educación a distancia: conferencias de líderes de opinión al alcance de todos en la red.
  - Facilidad para asistencia a congresos en línea.
- Cambio en el estilo de trabajo del médico
  - La posibilidad de resolver las limitaciones de tiempo y espacio permite diversificar el estilo de trabajo.
  - Disminuye la importancia del lugar de residencia de médico y paciente.
  - Los parámetros de evaluación del trabajo del médico pueden cambiar.

Pero uno de los riesgos más importantes del desarrollo tecnológico es que la tecnología está acelerando más rápido que nuestra capacidad de asumirla. Así, Astro Teller, responsable de Moonshots Google X defiende que mientras que el desarrollo de la tecnología es exponencial, la adaptabilidad humana a los cambios es lineal, y que en el momento actual ya se ha desbordado esta capacidad de adaptación. Teller defiende que la única forma de ponernos al día y solventar este gap es aprender más rápido y gobernar de forma más inteligente. Por todo ello, hemos

de lanzarnos a utilizar la tecnología a nuestro favor y no mirarla de soslayo, desconfiando de ella<sup>37</sup>.

### **Telemedicina**

Los expertos afirman que la ‘nueva normalidad’ en 2025 estará mucho más impulsada por la tecnología y planteará mayores retos. Opinan que los cambios sociales radicales empeorarán la vida de la mayoría de la gente, a medida que la mayor desigualdad, el autoritarismo creciente y la desinformación rampante se impongan tras el brote de COVID-19. Sin embargo, una parte cree que la vida será mejor en un mundo ‘tele-todo’ en el que los lugares de trabajo, la atención sanitaria y la actividad social mejoren<sup>38</sup>.

En este espíritu, el SMS ha establecido durante la pandemia la llamada ‘Interconsulta No Presencial (INP)’ para atender de forma preferente interconsultas de Atención Primaria. Integrada en Seline, se activa sin asignación de recursos humanos, como una nueva consulta. La principal damnificada ha sido en ocasiones la embarazada, que en algunos centros no se ha atendido físicamente casi nunca, con los únicos controles cara a cara los que han coincidido con las ecografías básicas del embarazo.

¿Quién ha suplantado a la matrona o al obstetra en persona durante la pandemia? El llamado genéricamente ‘Dr Google’<sup>39</sup>.

El problema de utilizar Google para hacer consultas médicas es que la información no está contrastada ni jerarquizada por calidad, sino por los intereses de empresas u organizaciones, con lo que la embarazada pasa a ser víctima de intereses particulares, y no siempre va a ser una ayuda para la mujer.

### **El peligro de las redes sociales**

La participación en las redes sociales es una asignatura pendiente de las Sociedades Científicas, especialmente nuestra SEGO, y de los Servicios de Salud. Hay organizaciones verdaderamente volcadas en estas vías de comunicación, teniendo un alto impacto en la opinión previa hacia los profesionales de salud y su asistencia. Ejemplo de

ello es la página web de la asociación ‘El parto es nuestro’, con una actitud beligerante contra los obstetras, asignándole meramente el papel de ecografista y asignando todo el protagonismo del embarazo y parto a las matronas<sup>40</sup>.

Estas situaciones han hecho aflorar una de las debilidades de nuestra sociedad científica, la SEGO, cuyo trabajo está orientado a los socios, pero no tanto a la sociedad, como hacen otras sociedades internacionales.

La realidad es que el uso de las redes sociales se ha impuesto en todo el mundo. En España se ha estimado un uso de smartphones por parte del 80% de la población, y de redes sociales por parte de casi el 70% de ésta. El porcentaje en mujeres jóvenes se aproxima al 100%<sup>41</sup>.

La alta utilización de estas redes sociales hace a la población candidata no solo a la información, sino a la desinformación<sup>42</sup>. De esta manera, las llamadas *fake-news* son una importante amenaza para nuestra sociedad, pero más concretamente a la opinión de nuestras gestantes acerca de la atención sanitaria recibida, ya que las expectativas que tienen al acceder al sistema están muy alejadas de la realidad.

En Estados Unidos existe una gran sensibilización acerca de este problema, ya que aproximadamente 2/3 de la población piensan que la información diseñada a medida y los videos manipulados crean una gran confusión respecto a los asuntos de actualidad. La mitad de los americanos sostienen que es un problema trascendente para la nación, pero a pesar de ello, más de la mitad piensan que el problema se va agravar en un futuro. Paradójicamente, casi la mitad de los entrevistados comparten la información sin contrastar previamente si es correcta o no<sup>43</sup>.

### **La inteligencia artificial, clave de los cambios venideros**

Al inicio del discurso he defendido que el gran protagonista de la transformación de la Obstetricia en Medicina Materno-Fetal ha sido la ecografía obstétrica, y precisamente la inteligencia artificial (IA)

ha encontrado un espacio de desarrollo basado en esta tecnología, a la vez que los sistemas informáticos de predicción y ayuda al diagnóstico fundamentados en el teorema de Bayes.

La ecografía tridimensional 3D/4D (el término 5D es un constructo inexistente utilizado comercialmente para deslumbrar falsamente a las gestantes) posibilita las siguientes mejoras diagnósticas:

- Sono CNS. Es un sistema de auto-detección y auto-medición de estructuras del SNC fetal. La exactitud del sistema es altísima, y ya disponemos de ella en los hospitales de nuestra Región, con lo que la variabilidad interobservador disminuye enormemente<sup>44</sup>.
- SonoNet. Desarrollado por varios grupos de investigación del King's College London, Imperial College London y Hospital Guy's and St Thomas'. Mediante IA se le enseña al ecógrafo a reconocer todas las estructuras fetales con una sonda estática que se coloca sin operador sobre la piel. Detecta las estructuras, las mide y realiza informe reglado sin necesidad de un especialista<sup>45</sup>.
- iFind (Intelligent Fetal Imaging and Diagnosis), desarrollado por los mismos centros junto con el hospital pediátrico Evelina London. Permite realizar una resonancia magnética fetal en tiempo real<sup>46</sup>.

## La democratización de la ecografía fetal

Viendo este desarrollo tecnológico abrumador que se nos viene encima, es poco comprensible que en pleno siglo XXI sigamos realizando técnicas del siglo XIX. De esta manera, en muchas facultades de Medicina internacionales se está abandonando la enseñanza del uso del estetoscopio a favor del uso de ecocardiógrafos de bolsillo, del tamaño de un teléfono móvil. Igualmente, los obstetras y matronas dejamos de usar el estetoscopio de Pinard para escuchar el latido fetal en el vientre materno con el desarrollo y comercialización de sistemas doppler portátiles, mucho más cómodos y precisos.

Es el momento, por tanto, del abandono de las maniobras de Leopold en los protocolos de Atención primaria, ya que en muchos Centros de Salud disponen de ecógrafos básicos con la posibilidad de que una matrona formada pueda valorar con precisión una estática fetal o incluso una biometría fetal sustituyendo la cinta métrica en el fondo uterino.

Es lo que en algunos países se ha denominado la ‘democratización de la ecografía fetal’. No hace muchos años las ecografías ginecológicas y de embarazadas eran realizadas por radiólogos, especialistas en imagen médica, al igual que las ecografías renales y digestivas. Hoy no es infrecuente ver especialista de digestivos o urólogos realizar estas exploraciones.

Probablemente vivamos la época en que técnicos de rayos o matronas realicen exploraciones básicas del embarazo, supervisados por expertos en Medicina Fetal, liberando recursos humanos para labores más cualificadas o de investigación. Algo similar ocurrirá probablemente con la resonancia magnética fetal, que será una exploración habitual para el obstetra.

Debemos estar preparados para los cambios que se avecinan a nivel tecnológico. Hay ya en el mercado equipos de ecografía de bolsillo con una calidad elevada y a un precio muy competitivo, y pasará a ser un recurso de cada médico de forma individual<sup>47</sup>. Pero el *target* de venta de este tipo de dispositivos no solo serán los médicos generales o matronas, ya que hay un potencial de ventas importante en los propios padres, que con la tecnología actual y ciertas nociones de uso pueden realizarse las propias ecografías en casa, no tanto para diagnosticar patología, sino para fortalecer el vínculo entre el feto y sus progenitores<sup>48</sup>.

## **La experiencia del usuario es la clave**

Finalizo ya esta disertación conceptual con la clave de los acontecimientos venideros. La sociedad es cada vez más madura y demandante, y hemos de implicar a las pacientes y sus asociaciones, no solo en la formación, sino también en el diseño estratégico futuro de la salud.

Fred M. Lee, antiguo directivo de Disney, escribió la obra fundamental sobre la experiencia del paciente con su libro *'If Disney Ran Your Hospital - 9 ½ Things You Would Do Differently'* (Si Disney dirigiera su hospital: 9 ½ cosas que haría de forma diferente), ganador de muchos premios editoriales y ha sido el libro más vendido sobre la experiencia del paciente en el sector sanitario durante la última década y media<sup>49</sup>.

El defendía que los sanitarios trabajamos en el mismo sector que Disney, pero satisfaciendo una necesidad emocional diferente:

- En Disney, donde reina la alegría, satisfaciendo las necesidades emocionales de una familia para divertirse juntos.
- En los hospitales, satisfaciendo las necesidades emocionales de una familia que pasa por el miedo, el dolor, la ansiedad o la tragedia juntos.

De esta manera, hay ideas que son perfectamente extrapolables a la asistencia clínica hospitalaria:

- La lealtad del paciente es más importante que la satisfacción del paciente, ya que es la lealtad lo que lleva a la gente a volver a utilizar un servicio.
- La diferencia entre las personas que dan una calificación de '5' y de '4' al servicio es una gran diferencia en su probabilidad de volver a utilizarlo.
- Algo que no cuesta nada pero que aumenta la lealtad en el ámbito de la atención sanitaria es la compasión, además de la competencia, que los pacientes esperan con razón.
- Si se presta un servicio, hay que redefinir quién es la verdadera competencia, medir para mejorar, no para impresionar, y entender lo que significan algunos de los datos que se miden (por ejemplo, la satisfacción del paciente).

Los hospitales deben ofrecer una experiencia, no sólo un producto o un servicio, ya que es esa experiencia, y su calidad, lo que marca la diferencia<sup>49</sup>.

## Epílogo

Reconozco que la totalidad de nuestra comunidad científica y sanitaria puede que no esté preparada aún para aceptar estos conceptos expuestos, pero es patente que la sociedad está cambiando y hacia ella debemos dirigiros sin inmovilismo. Pero como científicos que somos, hago propias estas palabras de Donald Rumsfeld, el Secretario de Defensa más joven (con G. Ford) y más viejo (con GW. Bush) de la historia de los Estados Unidos. Permítanme exponerlas en su idioma original.<sup>50</sup>

*There are known knowns.*

*These are the things we know that we know.*

*There are known unknowns.*

*That is to say, there are things that we know we don't know.*

*But there are also unknown unknowns.*

*There are things we don't know we don't know'.*

En base a la última frase de esta idea, tengamos todos una mente abierta para seguir avanzando por la salud de nuestros dos pacientes: la mujer gestante y su criatura.

He dicho



## Bibliografía

1. **SEGO.** *Guía de Asistencia Práctica: Control del embarazo normal.* 2017.
2. **Nicolaides, K.H.** *Turning the pyramid of prenatal care.* *Fetal Diagn Ther.* 2011;29(3):183-96. doi:10.1159/000324320.
3. **Nicolaides, K.H.** *First-trimester screening for Down's syndrome.* *N Engl J Med.* Feb 5 2004;350(6):619-21; author reply 619-21.
4. **Sanborn, B.J.** *Generational divides influence doctor-patient relationships, patient engagement, study says.*  
<https://www.healthcarefinancenews.com/news/generational-divides-influence-doctor-patient-relationships-patient-engagement-study-says>
5. **Walsh, D.S.** *Mind the Gap: Generational Differences in Medicine.* *Northeast Florida Medicine.* 2011;62(4):12-15.
6. **Vu, C.; Farez, R.; Simpson, P.; Kaljo, K.** *Gendered Differences in Teaching Performance Evaluations of Obstetrics and Gynecology Residents.* *J Surg Educ.* Nov-Dec 2021;78(6):2038-2045. doi:10.1016/j.jsurg.2021.04.011
7. **Alston, M.J.; Ehrig, J.; Autry, A.M. et al.** *Career Expectations of Obstetrics and Gynecology Residents and Future Residents.* *Obstet Gynecol.* Oct 2018;132 Suppl 1:1S-7S. doi:10.1097/AOG.0000000000002817
8. **Nove, A.; Friberg, I.K.; de Bernis, L. et al.** *Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study.* *Lancet Glob Health.* Jan 2021;9(1):e24-e32. doi:10.1016/S2214-109X(20)30397-1

9. **Merriam, A.A.; Ananth, C.V.; Wright, J.D.; Siddiq, Z.; D'Alton, M.E.; Friedman, A.M.** *Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: a population-based study.* BJOG. Aug 2017;124(9):1365-1372. doi:10.1111/1471-0528.14553
10. **Sentilhes, L.; Madar, H.; Ducarme, G.; Hamel, J.F.; Mattuzzi, A.; Hanf, M.** *Outcomes of operative vaginal delivery managed by residents under supervision and attending obstetricians: a prospective cross-sectional study.* Am J Obstet Gynecol. Jul 2019;221(1):59 e1-59 e15. doi:10.1016/j.ajog.2019.02.044
11. **Friedman, E.** *The graphic analysis of labor.* Am J Obstet Gynecol. Dec 1954;68(6):1568-75. doi:10.1016/0002-9378(54)90311-7
12. **Laughon, S.K.; Branch, D.W.; Beaver, J.; Zhang, J.** *Changes in labor patterns over 50 years.* Am J Obstet Gynecol. May 2012;206(5):419 e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2012.03.003
13. **Macfarlane, A.J.; Blondel, B.; Mohangoo, A.D. et al.** *Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study.* BJOG. Mar 2016;123(4):559-68. doi:10.1111/1471-0528.13284
14. **Satin, A.J.** *Simulation in Obstetrics.* Obstet Gynecol. Jul 2018;132(1):199-209. doi:10.1097/AOG.0000000000002682
15. **Patel, P.; Martimianakis, M.A.; Zilbert, N.R. et al.** *Fake It 'Til You Make It: Pressures to Measure Up in Surgical Training.* Acad Med. May 2018;93(5):769-774. doi:10.1097/ACM.0000000000002113
16. **Chandrabaran, E.; Arulkumaran, S.** *Medico-legal problems in obstetrics.* Current Obstetrics & Gynaecology. 2006;16(4):206-210.
17. **Scurria, S.; Asmundo, A.; Gualniera, P.** *Cross-Country Comparative Analysis of Legislation and Court Rulings in Wrongful Birth Actions.* J Leg Med. Jan-Mar 2019;39(1):35-53. doi:10.1080/01947648.2019.1596851
18. **Grove, A.S.** *Only the paranoid survive : how to exploit the crisis points that challenge every company and career.* 1st ed. Currency Doubleday; 1996:xii, 210 p.
19. **Lagrew, D.C. Jr.; Jenkins, T.R.** *The future of obstetrics/gy-*

- necology in 2020: a clearer vision. Why is change needed?* Am J Obstet Gynecol. Nov 2014;211(5):470-474 e1. doi:10.1016/j.ajog.2014.08.020
20. **Einstein, A.** *Albert Einstein quotes.* www.brainyquotes.com/quotes/quotes/a/alberteins133991.html
21. **Lagrew, D.C. Jr.; Jenkins, T.R.** *The future of obstetrics/gynecology in 2020: a clearer vision: finding true north and the forces of change.* Am J Obstet Gynecol. Dec 2014;211(6):617-22 e1. doi:10.1016/j.ajog.2014.08.021
22. **Lagrew, D.C. Jr.; Jenkins, T.R.** *The future of obstetrics/gynecology in 2020: a clearer vision. Transformational forces and thriving in the new system.* Am J Obstet Gynecol. Jan 2015;212(1):28-33 e1. doi:10.1016/j.ajog.2014.08.022
23. **Gates B.** *The next outbreak? We're not ready.*  
[https://www.ted.com/talks/bill\\_gates\\_the\\_next\\_outbreak\\_we\\_re\\_not\\_ready?language=dz](https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready?language=dz)
24. **Ministerio de Sanidad.** *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19.*  
[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_recien\\_nacido.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf)
25. **Vinoya-Chung, C.R.; Jalon, H.S.; Cho, H.J. et al.** *Picking Up the Pieces: Healthcare Quality in a Post-COVID-19 World.* Health Secur. Aug 11 2020;doi:10.1089/hs.2020.0120
26. **Townsend, R.; Chmielewska, B.; Barratt, I. et al.** *Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.* EClinicalMedicine. Jul 2021;37:100947. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100947
27. **Maestre R.** *Los ginecólogos se indignan con Irene Montero al manifestar que hay violencia de género en el parto.* 2022;
28. *¿Qué es la posverdad y qué implicaciones tiene en la actualidad política?*  
<https://www.unir.net/derecho/revista/que-es-la-posverdad/>

29. **Hernández Sánchez, A.B.** *Postverdad y política, ¿alguna relación?*  
<https://empresason.com//art/7395/postverdad-ypolitica-alguna-relacion>
30. **Rodríguez, A.** *El punto para el marido: cómo se construye una mentira.*  
<https://letraslibres.com/cultura/el-puntopara-el-marido-como-se-construye-una-mentira/>
31. **Cardemil, M.** *Autonomía, empoderamiento económico femenino y pandemia.*  
[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32219/1/N\\_23\\_21\\_Autonomia\\_empoderamiento\\_economico\\_femenino\\_y\\_pandemia.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32219/1/N_23_21_Autonomia_empoderamiento_economico_femenino_y_pandemia.pdf)
32. **El Mundo.** *Qué es 'woke' y por qué este término generó una batalla cultural y política en EE.UU.*  
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-63465024>
33. **El Mundo.** *La cultura de la cancelación.*  
<https://www.elmundo.es/opinion/2020/07/09/5f05fa9efdddf3f1d8b481a.html>
34. **Gracia, D.; Rodríguez Sendín, J.J.** *Ética de la objeción de conciencia. GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.* Fundación de Ciencias de la Salud.
35. *Perinatal Hospice & Palliative Care.*  
<https://www.perinatalhospice.org>
36. **Watari, T.; Shikino, K.; Shibata, A.; Takahashi, H.; Sakamoto, S.** *Post-COVID-19: Designing the new normal in general medicine.* J Gen Fam Med. Nov 2020;21(6):290-291. doi:10.1002/jgf2.362
37. **Friedman, T.L.** *Thank you for being late : an optimist's guide to thriving in the age of accelerations.* First edition. ed. Farrar, Straus and Giroux; 2016:486 pages.
38. **Anderson, J.; Rainie, L. A, V.E.** *Experts Say the 'New Normal' in 2025 Will Be Far More Tech-Driven, Presenting MoreBig Challenges.* 2021;

39. **Kraschnewski, J.L.; Chuang, C.H.; Poole, E.S. et al.** *Paging "Dr. Google": does technology fill the gap created by the prenatal care visit structure? Qualitative focus group study with pregnant women.* J Med Internet Res. Jun 3 2014;16(6):e147. doi:10.2196/jmir.3385
40. *El parto es nuestro.*  
<https://www.elpartoesnuestro.es>
41. **Pew Research Center.** *The Smartphone Difference.*  
<http://www.pewinternet.org/2015/04/01/us-smartphone-usein-2015/>
42. **Pew Research Center.** *Social Media Fact Sheet.*  
<https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/social-media/>
43. **Auxier, B.** *Pew Research Center. 64% of Americans say social media have a mostly negative effect on the way things are going in the U.S. today.*  
<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/10/15/64-of-americans-saysocial-media-have-a-mostly-negative-effect-on-the-way-things-are-going-in-the-u-s-today/>
44. **Eggl, L.** *Voluson Expert Series SonoCNS Demonstration.*  
<https://www.volusonclub.net/emea/learninglibrary? id=2586>
45. **Baumgartner, C.F.; Kamnitsas, K.; Matthew, J. et al.** *SonoNet: Real-Time Detection and Localisation of Fetal Standard Scan Planes in Freehand Ultrasound.* IEEE Trans Med Imaging. Nov 2017;36(11):2204-2215. doi:10.1109/TMI.2017.2712367
46. *iFIND Project.*  
<https://www.ifindproject.com>
47. *Butterflynetwork.*  
<https://www.butterflynetwork.com/int/es-es/>
48. *Baby-Scan.*  
<https://www.baby-scan.com>
49. **Lee, F.** *If Disney ran your hospital : 9 1/2 things you would do differently.* Second River Healthcare Press; 2004:203 p.
50. **Rumsfeld, D.** *Donald Rumsfeld Quotes.*  
[https://www.brainyquote.com/quotes/donald\\_rumsfeld\\_148142](https://www.brainyquote.com/quotes/donald_rumsfeld_148142)



