



EL CONTROL ACTIVO DEL PARTO

Marsden Wagner

¿Qué es lo normal?

El control activo ilustra la confusión en la orientación médica en cuanto a lo que es normal y lo que es patológico durante el parto. Según una publicación de la OMS (Organización Mundial de la Salud):

El proceso de la intervención médica, (el separar a la mujer de su propio entorno, rodeándola de gente y máquinas extrañas para hacerle cosas extrañas con el fin de ayudarla), aunque a veces necesario, altera el estado físico y anímico de la mujer hasta el punto de que el desarrollo natural de este acto íntimo y el estado del bebé durante su nacimiento quedan también alterados. El resultado de todo ello es que es imposible saber cómo serían los partos antes de estas manipulaciones. La mayoría de la comunidad médica ya no sabe cómo es un parto sin intervención. Éste es un asunto de mucha importancia.

Casi todas las mujeres de los países desarrollados dan a luz en hospitales, dejando a los profesionales médicos sin una norma para medir el éxito en su forma de dar asistencia médica. ¿Cuál es la duración aceptable de un parto seguro? ¿Cuál es la incidencia real del síndrome de insuficiencia respiratoria en los recién nacidos? ¿Qué número de desgarros del periné hay en los casos en los que no se hace episiotomía? ¿Cuántas mujeres sufren depresión en partos naturales (sin intervención médica)? La respuesta a éstas y muchas más preguntas es la misma: nadie lo sabe. La bibliografía obstétrica y neonatal está fundamentalmente basada en observaciones de partos con intervención médica. (OMS 1985a)

La confusión sobre lo que es normal en un parto con intervención médica procede de la idea equivocada de que el parto es algo que le pasa a las mujeres, en vez de algo que las mujeres hacen naturalmente (Rothman 1993). Es esta idea la que permite a los médicos pensar que pueden intervenir en lo que está pasando en vez de asistir a la mujer en lo que está haciendo ella. De esta forma, la intervención se convierte en el control activo del parto, y no en el control activo de las mujeres. Por lo tanto, la tarea para la mujer se convierte no en dar a luz, sino en aprender a enfrentarse con lo que le está pasando. Es este modo de pensar lo que conduce a una distorsión extraordinaria de la definición de un parto "normal". En un informe de estadística prenatal, el Hospital Materno Nacional de Dublín, en Irlanda (National Maternity Hospital), donde se originó el control activo del parto, define el parto como normal incluso cuando incluye una de las siguientes intervenciones: amniotomía¹, inducción, aceleración, anestesia epidural, y/o episiotomía.

«La mayoría de la comunidad médica ya no sabe cómo es un parto sin intervención»

La intervención médica también da como resultado una deformación de lo que es un parto anormal o patológico. ¿Cómo puede ser que cuando se aplica el control activo del parto, más de un 40 por ciento de mujeres primigestas de Dublín sufran un disfunción del miometrio² y sean incapaces de expulsar al bebé sin la ayuda de un médico y sin medicamentos? El control activo del parto fue inventado "para el reconocimiento y correjimiento avanzado de la ineficaz actividad del miometrio" (O'Herlihy

1993), ¡pero los creadores del control activo del parto nunca intentaron medir la actividad del miometrio!

En el control activo, si el parto no progresa a un ritmo definido arbitrariamente de modo satisfactorio, los médicos dirán que la mujer estaba sufriendo de "distocia³" y necesitaba oxitocina. En la obstetricia, la confusión impera en lo que se refiere a la definición de distocia: fue originalmente definida como un fallo en el mecanismo del parto, pero cambió a ser una falta de evolución del parto en un tiempo determinado. Un estudio de la OMS reveló una enorme variación de un país a otro en el porcentaje de nacimientos con el diagnóstico de distocia: Australia, 23%; Canadá, 31.5%; República Checa, 20%; Grecia, 17.4%; Israel, 9.7%; Eslovenia, 33.8%; Estados Unidos, 22.1% (Stephenson, 1992). ¿Es esta variación de la cantidad de distocias entre diferentes países un reflejo de la capacidad del útero o hay tal vez una conexión con la aceleración artificial del parto?

No hay duda de que la duración de los partos se ha reducido. La definición de la duración máxima media del parto ha sido reducida de 36 horas en 1950 a 24 horas en 1960 y a 12 horas en 1972, cuando el control activo ya estaba introducido. Al describir el control activo del parto, uno de los participantes dijo: "la duración máxima de un parto espontáneo es de doce horas, y si el parto no es inminente se hace una cesárea" (O'Herlihy). Todos estos límites de tiempo estaban basados en consideraciones clínicas y no en pruebas científicas. Medir el parto con un cronógrafo, como se hace en un parto controlado, causa muchos problemas: cuándo poner el cronógrafo en marcha, y cuándo pararlo es difícil de decidir y subjetivo. "El componente final en el control activo del parto es cuidar del diagnóstico del

parto sólo cuando hay evidencia de la dilatación y borramiento del cérvix. Esto nunca ha estado evaluado en una prueba seleccionada al azar, y el diagnóstico del parto está cargado de todas las dificultades de intentar clasificar una variable continua” (Thornton y Lilford, 1994).

Cada parto es único e idiosincrático, y con frecuencia no sigue el pensamiento lineal de un partograma, el cual no tiene en cuenta variaciones como el biorritmo normal de la mujer o su necesidad natural de tomar un descanso del esfuerzo enorme del parto.

Necesidad de control

Otro elemento de la medicalización del parto en el control activo es la necesidad de los médicos de controlar. Un parto espontáneo e impredecible (fuera de control), supone para el médico que no pueda actuar como si fuera una torre de control. Entonces, ¿cómo pueden los médicos controlar el parto? El diccionario define la palabra “control” como “tener bajo efectivo dominio, manejar, persuadir, hacer lo que uno quiera” (Kaufman, 1993). El único éxito que han conseguido los médicos controlando el parto se refiere al dolor y la duración del parto (Rothman, 1993)

«Es inconcebible que las comadronas hubieran podido crear el control activo»

El control activo lo inventaron médicos, no comadronas ni parturientas. A las mujeres de parto nunca se les ha preguntado si querían partos más cortos pero más intensos y dolorosos. Con el control activo, la mujer se adapta al hospital, y no, viceversa, abandonando el control de su propio cuerpo y su propio parto.

«Se debería describir a las comadronas como aquellas profesionales de la salud que tienen buenas manos y saben ocultarlas»

El encanto del control activo entre los médicos se asemeja a un sentimiento de poder y control, la imposición de una orden, la no aceptación de un proceso de parto espontáneo y la necesidad de “hacer algo”.

Es inconcebible que las comadronas hubieran podido crear el control activo. Se debería describir a las comadronas, más que como profesionales con la necesidad de hacer algo, como aquellas profesionales de la salud que tienen buenas manos y saben ocultarlas. Una de las extraordinarias etapas de la historia del control activo es la manera en que el rol de la comadrona en el protocolo del control activo se ha reducido al mínimo y casi ha desaparecido.

Recientemente se ha publicado un informe de tres páginas sobre el control activo en el que sólo en unas pocas frases se daba importancia a “una comadrona por mujer durante el trabajo de parto” (O’Herlihy, 1993). Irónicamente, existe la evidencia de que la presencia constante de una comadrona es el elemento esencial del control activo. Mientras que la justificación actual y tajante para el uso del control activo es la reducción de los

índices de cesáreas, un análisis de los componentes del control activo para reducirlos muestra lo contrario.



Según una investigación de Fraser en 1992, la amniotomía no reduce el índice de cesáreas, y otro metaanálisis (Fraser, 1992b) demuestra que la oxitocina tampoco reduce el índice de cesáreas. Por otro lado, otra importante investigación ha demostrado que la atención personalizada durante el parto puede reducir el índice de cesáreas. Un metaanálisis de diez ensayos randomizados con constante compañía durante el trabajo de parto demuestra que tal apoyo «es positivo para la reducción de petición de analgesia, para una reducción del índice de cesáreas, para un nacimiento vaginal normal y para la salida del feto» (Thornton y Lilford, 1994). En el control activo, como en principio se inventó y continúa haciéndose en Dublín (pero no en otros sitios, como veremos) la comadrona siempre está presente. De hecho, la comadrona es la única persona que atiende los partos en el 80% de los nacimientos en el Hospital Materno Nacional de Dublín y, aún así, la comadrona es casi invisible para los médicos. Los obstetras van a Irlanda a ver el control activo del parto, regresan a casa y repiten este control activo sin incluir el componente de “una comadrona por mujer”, y todavía lo llaman control activo. Pero si los aspectos invasivos del control activo, amniotomía y oxitocina, se excluyen y se intensifica la atención de la comadrona, casi deja de ser control activo.

«Si surge una complicación por la utilización de tecnología, la solución es más tecnología»

Con la medicalización del nacimiento, si surge una complicación por la utilización de tecnología, la solución es más tecnología. El control activo se ha justificado durante años porque se acudía a él para reducir el problema del alto índice de cesáreas. Con frecuencia, se programan demasiadas cesáreas porque los

médicos malinterpretan los indicativos para ellas. En lugar de cambiar estos indicativos o mejorar la capacidad del médico para diagnosticar complicaciones, la solución es cambiar el parto para ajustarse a las indicaciones. Si definimos como distocia todo trabajo de parto en primíparas que supera las doce horas, nos estamos inventando algo para forzar a la mujer a que se dé prisa y tenga un trabajo de parto de menos de 12 horas. Es lo mismo que inventar un coche que se pueda conducir mucho más rápido y, luego, cuando esta velocidad provoque accidentes y muertes, en lugar de cambiar los coches o hacer cambiar la actitud de los conductores, inventemos un mecanismo para poder parar en seco; y si como resultado del frenazo tenemos dolorosos hematomas en la cabeza, tomamos medicamentos para el dolor. La justificación del control activo y la reducción del índice de cesáreas constituyen una profecía que se cumple a sí mismas. Si decidimos que un trabajo de parto de más de doce horas es un indicativo de cesárea y encontramos alguna técnica que acelere el parto, entonces, por supuesto, el índice de cesáreas bajará. Pero lo que cuestionamos no son las doce horas de protocolo sin considerar los factores que pueden alargar el trabajo de parto ni las alternativas menos agresivas y que implican menor riesgo. Si la idea es que el parto le está ocurriendo a la mujer, la atención entonces se centra en el útero y no en la mujer, y las soluciones consideradas son intervenciones médicas y farmacológicas directamente hacia el útero.

Pero el control activo no es la única forma de reducir la incidencia de cesáreas. Si el principio es que el parto es algo que las mujeres hacen por naturaleza, entonces el centro de atención debe ser la mujer, y no el útero, y las soluciones que se deben barajar son las que potencien la capacidad natural de la mujer a dar a luz y las que ayuden a mejorar el entorno del parto para la mujer. Existe un número de soluciones no invasivas, sin fármacos, que han resultado científicamente tan eficaces como el control activo para reducir la incidencia de cesáreas: la pareja durante el parto en el hospital (Thorton y Lilford, 1994), comadronas en vez de médicos como asistentes principales en partos hospitalarios sin complicaciones (Wagner, 1994), centros de parto fuera de hospitales (Rooks, 1990) y programas de parto en casa (Wagner, 1994). De hecho, existe un país, Holanda, que tiene una incidencia de cesáreas tan baja como el Hospital Materno Nacional de Dublín, y sin recurrir al control activo del parto.

Todos los métodos no activos centrados en la mujer que se han mencionado anteriormente para la reducción de cesáreas no incluyen el creciente uso de los métodos invasivos y tecnológicos para el control del dolor durante el parto. Como contraste, el control activo del parto, según se practica en el Hospital Materno Nacional de Dublín, ha multiplicado por 12 el uso de la anestesia epidural en los últimos años (O'Herlihy, 1993), y se utiliza en la actualidad en más del 50% de las mujeres primigestas durante el parto. El control activo del parto, con su énfasis en soluciones tecnológicas, invita a desarrollar aún más tecnología. Una vez metidos en el tren de la tecnología, es muy difícil parar o reducir toda esta maquinaria.

Falta de evidencia científica

El control activo del parto, al igual que otros métodos de medicalización del parto, no posee base científica. Un sondeo de procedimientos obstétricos rutinarios realizado por la OMS desveló que sólo un 10% se justificaba científicamente (Fraser, 1983). El control activo del parto comenzaba sin ningún intento de probar científicamente las condiciones asumidas, y las intervenciones realizadas no se sometían a pruebas posteriores empleando diferentes variables. Lo que es todavía más



alarmante es que 25 años más tarde no existe aún un sistema comparativo exhaustivo que contraste los métodos y resultados del control activo del parto con los otros mencionados anteriormente para la reducción de la cesárea. Sólo un estudio comparó el control activo con el "cuidado estándar", indicando una baja del 26% en la práctica de cesáreas utilizando el control activo (López-Zeno, 1992). Sin embargo, al volver a analizar los datos de ese estudio, se descubrió que la simple realización del experimento causó todavía un porcentaje menor de cesáreas (30,3%) en el grupo de control. Y eso no es todo. Mientras que el control activo produjo una caída en las cesáreas realizadas a mujeres en centros privados, el mismo método no ayudó a los partos realizados en centros públicos. Se concluyó: "la incidencia en la práctica de la cesárea es en parte un producto de lo 'vigilados' que se sienten los médicos que la llevan a cabo, y por otra parte es una bien documentada tendencia a tratar en exceso a las pacientes privadas". Rothman definió esto como el "control activo de los médicos" (Rothman, 1993).

Cualquiera que desee defender el control activo del parto está obligado a revisar cuidadosamente la evidencia científica a favor y en contra en un artículo publicado en 1994 (Thornton y Lilford, 1994).

Ambos concluyen:

"No se han realizado pruebas aleatorias del control activo del parto o del uso estricto de criterios diagnósticos por sí solos, pero las pruebas de amniotomía y oxitocina realizadas prematuramente, por sí solas o en combinación, no sugieren que estas intervenciones sean efectivas en la reducción de cesáreas o procedimientos quirúrgicos del parto. Por otro lado, la existencia del apoyo profesional continuo durante el parto parece reducir ambos tipos de intervenciones quirúrgicas, aunque los efectos de las cesáreas están normalmente

confinados a los ambientes con ausencia de acompañantes no profesionales durante el parto. Los centros de maternidad deberían esforzarse en proporcionar apoyo profesional continuo durante el parto, pero el uso rutinario de la amniotomía y la oxitocina precoz no está recomendado” (Thorton y Lilford, 1994).

Ocultar los riesgos

Igual que con otras intervenciones tecnológicas utilizadas durante el trabajo de parto, los que emplean el control activo del mismo parecen estar empeñados en restar importancia y ocultar cualquier riesgo, asegurando que todo es “seguro”. Una de sus afirmaciones es: “En resumen, el control activo del parto es seguro para el feto a pesar de alguna distocia asociada. También es seguro para la madre” (O’Herlihy, 1993). Primero hay que decir que este tipo de declaraciones revela una falta de comprensión del término “seguridad”. Puesto que cualquier procedimiento o tecnología médica implica riesgos y efectos secundarios, ninguna tecnología es 100% “segura”. En cualquier caso, hay que hacer el balance entre la posibilidad de un buen resultado (eficacia) y la de un mal resultado (riesgo). Considerando cualquier intervención, la posibilidad de un buen o mal resultado puede estar determinada científicamente. En lugar de decirle a una mujer que la intervención es “segura”, más bien se le debería informar de la eficacia y el riesgo. Y la decisión de si la posibilidad buena compensa a la mala no debería tomarla el médico, que no arriesga nada, sino la persona que asume el riesgo, la mujer. Por lo tanto, el médico jamás puede asegurar que un procedimiento es “seguro”, sino sólo informar a la mujer de los riesgos, y dejarla a ella decidir (Wagner, 1994)

«El médico jamás puede asegurar que un procedimiento es “seguro”, sino sólo informar a la mujer de los riesgos, y dejarla a ella decidir»

Los riesgos de la amniotomía prematura han sido examinados en una conferencia de consenso de la OMS (Wagner, 1994). La rotura prematura de las membranas puede eliminar el efecto de “colchón” de la bolsa amniótica y tener como resultado un mayor trauma para el cráneo del feto (Caldeyro-Barcia, 1974) y un aumento de la probabilidad de prolapso de cordón⁴, con la consecuente reducción del flujo sanguíneo uterino materno (Martel, 1976). A la vista de estos riesgos, una recomendación oficial de la OMS establece: “Normalmente, la rotura de las membranas no es necesaria hasta un estado bastante avanzado del trabajo de parto. La rotura artificial prematura de la bolsa amniótica, como técnica médica rutinaria, no está justificada desde el punto de vista científico” (OMS, 1985).

«Ningún país debería tener un índice de partos provocados superior al 10% (OMS, 1985b)»

Los riesgos de la oxitocina son demasiados y lo suficientemente complejos como para analizarlos aquí a fondo. De nuevo, la conferencia de consenso de la OMS evaluó la evidencia científica (Wagner, 1994); los riesgos que se incluyen son: aumento de

partos vaginales instrumentales, aumento de la hiperbilirrubinemia neonatal⁵, hiperestimulación uterina con flujo sanguíneo inadecuado de la placenta y peligro fetal y aumento de las incidencias de crisis neonatales. Teniendo en cuenta todos estos riesgos asociados a la oxitocina, cuando se organiza una intervención médica, el control activo para acelerar el parto es como el diseño de un paracaídas aerodinámico $\frac{3}{4}$ puedes llegar al final más rápidamente pero a un precio muy alto; sopesando éstos y otros posibles riesgos, una recomendación oficial de la OMS afirma: “Los partos no deberían provocarse por razones de comodidad o conveniencia, y la inducción del mismo debería reservarse para casos con indicación médica específica. Ningún país debería tener un índice de partos provocados superior al 10%” (OMS, 1985b).

«La rotura artificial prematura de la bolsa amniótica, como técnica médica rutinaria, no está justificada desde el punto de vista científico»

Intentando disipar las preocupaciones por los riesgos psicológicos y del control activo en el parto, un especialista escribió que esta práctica médica “...aumenta la participación y el control materno en la experiencia de su primer parto” (O’Herlihy). Ya que con el control activo la mujer pierde todo el control, sobre todo aquéllas a las que se les administra oxitocina (más del 40%), y teniendo en cuenta que más del 80% declaran que sienten más dolor y estrés (Enkin, 1989), se me puede permitir poner en entredicho esta infundada afirmación. Un comentario bastante más razonable es el que hace Goer: “el control activo implica también riesgos psicológicos. Definir como patológica la desviación del tiempo medio de dilatación supone para el 40% de las mujeres a las que se les acelera el parto recibir el mensaje de que no son normales (Davis-Floyd, 1992); otras mujeres describen y dan fe del daño hecho por las prácticas rutinarias occidentales, que hacen pensar a las mujeres que son mecanismos defectuosos de los que sus bebés van a ser rescatados gracias a la tecnología. No sorprende que las intervenciones en el parto impliquen una relación dependiente con la depresión postparto” (Goer, 1993).

El beneficio de los médicos y los hospitales

Una última característica que el control activo del parto comparte con otras formas de partos medicalizados es que la intervención es beneficiosa, en primer lugar, para los médicos y los hospitales, y no, para las mujeres. Cuando se creó el control activo del parto en Dublín hace 25 años, miles de mujeres solían dar a luz en un hospital grande de un país relativamente pobre. “Organizar a las madres de una forma eficiente era una necesidad obvia para hacer frente a las instalaciones hospitalarias y a los que de ellas dependían” (Keirse, 1993). Para poder atender a todas estas mujeres, lo que se necesitaba era lo que el creador del control activo del parto llamaba “eficiencia militar con cara humana” (O’Driscoll, 1986). ¿Es esto lo que las mujeres querían?

A decir verdad, nunca se tuvo en cuenta lo que las mujeres querían. Las parturientas están consideradas como soldados

en este esquema de la “eficiencia militar con cara humana”. Tienen que obedecer órdenes, no armar jaleo y no alterar el desarrollo del parto protagonizando lo que el creador del control activo llamaba “escenas degradantes que en ocasiones resultan del fracaso de una mujer para cumplir su parte del contrato” (O’Driscoll, 1986). Una de las razones que se dan para relacionar las gotas de oxitocina con el número de contracciones es para prevenir que las enfermeras compasivas paren el goteo cuando las mujeres se quejan de dolor (O’Driscoll, 1986). El control activo hace el parto más eficiente, pero esto sólo beneficia al personal hospitalario, no a las madres y/o a los bebés. “La recién encontrada posibilidad de limitar la duración de la estancia en el hospital”, dicen los médicos de Dublín, “ha transformado el planteamiento azaroso de antes en planear y organizar el parto” (O’Driscoll, 1986), (Goer, 1993) Aquéllos que lo idearon afirmaban muy sinceramente cómo el control activo del parto reduce la frustración que sufre el personal hospitalario al tener que esperar tantas “aburridas horas” (O’Driscoll, 1986). Está bien resumido: “parece ser que hay un gran número de situaciones en las cuales acelerar el ritmo del parto no se enfoca hacia la corrección de una anomalía percibida, sino a la reducción de la atención por parte de los cuidadores” (Keirse, 1989)

La arrogancia

Una nota final sobre la arrogancia que subyace en el control activo del parto. Como afirmo en *Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Technology* “los datos antropológicos

sugieren que la especie humana no ha experimentado cambios fisiológicos significantes desde hace uno o dos millones de años. A lo largo de la historia de la adaptación evolutiva, los seres humanos han ido desarrollando lentamente mecanismos y prácticas para el nacimiento. Entorpecer todo este proceso podría tener como resultado un imprevisto e inintencionado daño, ya que la adaptación biológica es un proceso muy lento. Las aparentemente inofensivas prácticas “modernas” de separar a la mujer de su recién nacido, de colocar a todos los bebés sanos juntos en una habitación, de darles leche artificial durante los primeros días de su vida y de entregar a los bebés alimentados a pecho a sus madres cada cuatro horas, todas esas prácticas han tenido unas consecuencias muy dañinas para la mujer y su bebé, y han sido demostradas científicamente (Wagner, 1994). Así que ¿por qué interferir?

“Muchos médicos occidentales tienen la creencia de que se puede mejorar todo, incluso el dar a luz de forma natural de una mujer sana. Esta filosofía es la de la gente que piensa que es lamentable que a ellos no se les consultara en la creación de Eva, porque habrían hecho el trabajo mejor” (Kloosterman, 1994).

¹ amniotomía: rotura artificial prematura de la bolsa amniótica.

² miometrio: músculo uterino.

³ distocia: anomalía, desviación de la normalidad.

⁴ prolapso de cordón: salida del cordón umbilical a través de la vagina antes de la salida del feto.

⁵ hiperbilirrubinemia neonatal: aumento de la bilirrubina en sangre.

Marsden Grigg Wagner nació en San Francisco, California. En 1955 se doctoró por la Escuela de Medicina de la Universidad de California, en Los Ángeles, y en 1962 obtuvo el postgrado en Epidemiología perinatal y Reproducción por la misma universidad. Entre su experiencia profesional, destacan seis años como profesor de Pediatría y Salud Pública en la Universidad de California, tres años como co-director de Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud Pública del Estado de California, seis años como director del Centro de Investigación del Servicio de Salud de la Universidad de Copenhague y quince años como Delegado de Salud Materno-Infantil de la OMS para Europa. Actualmente, trabaja como asesor privado. Además, ha pronunciado discursos sobre salud ante el Congreso de EE.UU., el Parlamento británico, la Asamblea Nacional francesa, el Parlamento italiano y el Parlamento danés. Asimismo, ha dado cientos de conferencias en Australia, Canadá, China, Dinamarca, España, Inglaterra, Francia, Italia, Irlanda, Japón, Rusia, Singapur, Suecia, EE.UU., Tailandia... Viaja por todo el mundo hablando de la correcta utilización de la tecnología en el nacimiento y defendiendo el papel de la comadrona para obtener mejores resultados. Tanto sus artículos científicos como libros han sido publicados en inglés, alemán, francés, ruso, italiano, japonés, chino, sueco y danés. Este artículo es el primer trabajo del Dr. Marsden Wagner publicado en español.

Wagner nos vuelve a poner en evidencia algunos puntos clave de la obstetricia actual:

- Que la concepción materialista-mecanicista-reduccionista del ser humano prima sobre la concepción integral, holística y vitalista.
- Que los motivos económicos priman sobre los asistenciales.
- Que el patrón de pensamiento lineal y de lógica formal, propio de una estructura patriarcal, prima sobre el de pensamiento dinámico y circular, propio de un paradigma integrador y “femineizado”.
- Que el acto sagrado de transmitir la vida sigue siendo violado, con la presuntuosa justificación de “perfeccionarlo”.
- Que la práctica actual de la medicina se parece más al comercio tecno-farmacéutico que al contenido riguroso de lo que supuestamente justifica todo esto, la CIENCIA¹: “Conjunto de conocimientos poseídos por la humanidad acerca del mundo físico y espiritual, y de sus leyes con el fin de aplicarlos a la actividad y el mejoramiento de la vida”

MARÍA FUENTES CABALLERO. Médica. Comadrona. Arcos de la Frontera. Cádiz. Marzo, 2001.

¹ Definición del término “ciencia” según el Diccionario del uso del Español M. MOLINER. Ed. Gredos, 1999 (Madrid)