

El nacimiento en el nuevo milenio

Por Marsden Wagner, ex director del departamento de salud materno infantil de la Organización Mundial de la Salud. 1er Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Jerez, octubre de 2000

PRESENTE

Hoy en día existen tres tipos de asistencia a la maternidad: la asistencia con alta tecnología muy medicalizada, centrada en el médico; la que proporcionan las matronas, marginada, por ejemplo, en Estados Unidos, Irlanda, Rusia, la República Checa, Francia, Bélgica o Brasil, con el modelo de una aproximación predominantemente social con comadronas fuertes y más autónomas y una menor tasa de intervención que podemos encontrar, por ejemplo, en Holanda, Nueva Zelanda y los países escandinavos; y una mezcla de ambas formas de ver la maternidad, como ocurre en países como el Reino Unido, Canadá, Alemania, Japón, Australia y España. En los países del Tercer Mundo existen servicios al estilo del modelo médico en las grandes ciudades, mientras que los servicios que siguen el modelo social permanece en las áreas rurales donde el modelo médico no ha penetrado todavía.

La lucha entre estas dos formas de concebir el parto se ha intensificado y globalizado en los últimos tiempos. El repaso de las prácticas obstétricas que se realizan en España sirve para ilustrar el tipo de atención a la maternidad que actualmente se proporciona.

La evidencia científica es clara: el parto es más seguro si hay una persona asistiéndolo durante todo el proceso del trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento. Pero éste no es el caso de los hospitales españoles, donde comadronas, enfermeras y médicos comparten la atención del parto y, cuando hay cambios de turno, un nuevo equipo que la mujer no conoce aparece de repente. La ciencia ha comprobado que la cardiotocografía rutinaria durante el parto no disminuye la mortalidad perinatal. Sólo desemboca en demasiadas operaciones de cesárea innecesarias. Sin embargo, la cardiotocografía rutinaria se practica en casi todos los hospitales españoles durante el parto. Los líquidos intravenosos de rutina no resultan necesarios durante el parto normal e interfieren en la importante necesidad de la mujer de facilitar su parto por medio del movimiento. Sin embargo, la medicación intravenosa de rutina se aplica en la mayoría de los hospitales españoles. Los científicos probaron hace más de 20 años que colocar a una mujer sobre su espalda en la segunda fase del parto es la peor de todas las posiciones posibles, sin embargo se coloca a las mujeres en esta posición en prácticamente todos y cada uno de los hospitales de España.

El corte para abrir la vagina durante el parto (episiotomía) nunca es necesario en más del 20% de todos los partos y la ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital de la mujer. El índice de episiotomías del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia.

En lo que respecta al parto quirúrgico, no más del 10% de los bebés necesitan del uso de fórceps o ventosas para nacer, pero en los hospitales españoles un 18% de los bebés

nacen con estos instrumentos quirúrgicos no exentos de riesgos. Tomando como referencia la mejor evidencia científica, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que no haya más de un 10% de cesáreas en hospitales generales y no más de un 15% en hospitales especializados a los que se suelen transferir casos especiales. Sin embargo, en España hay un 23% de cesáreas en los hospitales públicos y un 31% en los hospitales privados. Estos datos del número de cesáreas revelan tres serios problemas acerca de la atención obstétrica en España

Existen 36.000 cesáreas innecesarias cada año en España, que hacen correr riesgos serios a todas esas mujeres y a sus bebés y que además suponen un despilfarro de una gran cantidad de dinero.

El 40% de las mujeres en España no paren a sus hijos puesto que éstos les son extraídos por medios e instrumentos quirúrgicos. Resulta ridículo pensar que el 40% de las mujeres de España son incapaces de parir.

Las mujeres con menos recursos económicos tienen en general una salud más precaria y, por tanto, más complicaciones obstétricas a priori que las mujeres que acuden a hospitales privados. Por esta razón, las mujeres que dan a luz en hospitales públicos necesitarían más cesáreas que las mujeres que dan a luz en hospitales privados. El hecho de que haya un mayor porcentaje de cesáreas en los hospitales privados que en los públicos en España sólo puede explicarse por la necesidad de los hospitales privados y los médicos de hacer más dinero.

En vista de la atención maternal hospitalaria tan agresiva en España con tanta intervención innecesaria y peligrosa, no resulta sorprendente que muchas mujeres prefieran parir fuera de los hospitales. La cuestión relevante no radica en si el parto extra-hospitalario resulta seguro, sino más bien si el parto hospitalario en España no entraña riesgos.