

## El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto

Marsden Wagner, MD, MSPH

Exdirector del área de salud de mujeres y niños, OMS

### INTRODUCCIÓN

Humanizar el parto, significa entender que la mujer que está dando a luz, es un ser humano, no una máquina y no sólo un contenedor de hacer bebés. Mostrar a las mujeres —mitad de todo el mundo— que son inferiores e inadecuadas quitándoles su poder de dar a luz es una tragedia para toda la sociedad. Por otro lado, respetar a la mujer como un importante y valioso ser humano y teniendo la certeza de que la experiencia de las mujeres mientras están dando a luz es satisfactoria. Y dar poder no es únicamente un extra descendiente con la mujer, es absolutamente esencial ya que hace más fuerte a la mujer, y por tanto hace más fuerte a la sociedad.

Humanizar el parto significa poner a la mujer que está dando a luz en el centro y en el control de tal manera que ella y no los médicos o cualquier otra persona tome todas las decisiones de lo que va a ocurrir. Humanizar el parto significa entender que el foco de los servicios maternos es la atención primaria basada en la comunidad, no los hospitales basados en cuidados terciarios con matronas, enfermeras y médicos todos trabajando en armonía *como iguales*.

Humanizar el parto significa servicios maternos basados en buenas evidencias (pruebas) científicas, incluyendo la tecnología y medicamentos basados en la evidencia (prueba).

Pero no hemos humanizado el parto en la mayoría de los sitios en España hoy. ¿Por qué? Porque el pez no puede ver el agua en el que nada. Los asistentes del parto ya sean doctores, matronas o enfermeras, que tienen experiencia en partos únicamente en hospitales, con un intervencionismo elevado y medicalizado, no pueden ver el profundo efecto que sus intervenciones tienen en el parto. Estos asistentes del parto no tienen ni idea de cómo es un parto sin todas sus intervenciones, un parto que no está deshumanizado. Esta extendida incapacidad de saber qué es un parto normal, humanizado ha sido resumida por la OMS (Organización Mundial de la Salud):

“Mediante la medicalización del parto, por ejemplo, separado a una mujer de su propio ambiente y rodeándola con gente extraña, utilizando máquinas extrañas para hacerle cosas extrañas en un esfuerzo por asistirle, el estado mental y físico de la mujer está tan alterado que la forma en la que lleva adelante esta acto tan íntimo debe también alterarse y de forma paralela el estado del recién nacido será alterado. El

resultado es que no es posible saber cómo podrían haber sido los partos antes de estas manipulaciones. La mayoría de las personas que se dedican a asistir el parto desconocen qué es un parto no medicalizado. Toda la obstetricia moderna y literatura neonatal está basada esencialmente en la observación de un parto medicalizado”. OMS (1).

¿Por qué el parto medicalizado es necesariamente deshumanizador? En el parto medicalizado el médico tiene siempre el control, mientras que el elemento clave en un parto humanizado es la mujer la que controla su propio alumbramiento y cualquier cosa que le ocurra. Ningún paciente ha tenido un control completo en el hospital —si una paciente no está de acuerdo con la gestión del hospital y han fallado los intentos para negociar su cuidado, su única opción es darse de baja del hospital—. Dar a las mujeres la posibilidad de elegir sobre ciertos procedimientos en el cuidado maternal no significa ceder el control ya que son los médicos quienes deciden cuáles son las opciones que se les va a proporcionar a las mujeres y siguen siendo los médicos los que deciden si van o no a consentir la elección de la mujer.

Hace unos años en Fortaleza, Brasil, una conferencia internacional de la OMS recomendaba controlar el parto, no únicamente por médicos individuales y hospitales, sino también por cuidados basados en la evidencia (prueba) controlados por el gobierno. El parto, que había sido arrancado de la comunidad y de forma lenta y hosca transformado en un cuidado hospitalario durante los últimos cien años, tiene que ser devuelto a la comunidad. Ahora la OMS insta a los países a dar el siguiente paso: devolver el parto a la mujer y su familia. Los médicos son humanos; las mujeres parturientas son humanas. Errar es humano. Las mujeres tienen derecho a cometer errores durante su parto ya que es suyo y no de otras personas.

El parto y el nacimiento son funciones del sistema nervioso autónomo y por tanto están fuera del control consciente. Por consiguiente hay, en principio, dos enfoques de asistir en el parto: trabajar con la mujer para facilitar sus propias respuestas autónomas —parto humanizado—; anular la biología y sobreponer controles externos mediante intervenciones tales como fármacos y procedimientos quirúrgicos —parto medicalizado—.

En la práctica, el cuidado durante el parto puede incluir una combinación de los dos enfoques: facilitación de las respuestas propias de la mujer en el parto normalmente predominante en la gestión extrahospitalaria, mientras que la

superimposición de controles externos normalmente predomina en la gestión del parto en el hospital. Pero que los partos sean medicalizados o realmente humanizados depende de si la mujer que está dando a luz posee o no el control absoluto.

### ¿POR QUÉ EL PARTO MEDICALIZADO?

En los últimos quince años ha habido una lucha entre estos dos enfoques del cuidado maternal, volviéndose intensa y global. Hoy hay tres clases de cuidados maternos: el altamente medicalizado, "alta tecnología", centrado en el doctor, cuidados de la matrona marginalizados, que se encuentra, por ejemplo, en los EEUU, Irlanda, Rusia, Italia, República Checa, Francia, Bélgica, las zonas urbanas de Brasil; el enfoque humanizado con fuerza, matronas más autónomas y menores tasas de intervención, encontrados por ejemplo, en Holanda, Nueva Zelanda, Dinamarca, Noruega, Suiza; una mezcla de ambos enfoques que se puede encontrar por ejemplo, en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón, Australia.

Hasta hace 200 años todos los cuidados del parto eran humanizados y mantenían a la mujer en el centro y, en general, respetaban la naturaleza y la cultura. Hoy en los países desarrollados normalmente hay servicios maternos medicalizados en las grandes ciudades mientras que en las áreas rurales los servicios medicalizados aún no han penetrado y los servicios humanizados se mantienen.

Hoy la opinión médica prevalente es esta "moderna", por ejemplo, los cuidados maternos y obstétricos intensivos occidentales salvan vidas y son parte del desarrollo, e intentan atraer los cuidados maternos excesivos bajo control retrógrado. La situación actual en los países en vías de desarrollo refuerza la idea de que la única razón por la cual aún existen partos fuera de los hospitales y con partera en algunos lugares, es porque todavía no está disponible la moderna práctica médica.

Pero nosotros anulamos la biología bajo nuestra responsabilidad. Por ejemplo, si dejamos de usar nuestros cuerpos, se ponen mal. Es "moderno" dar una vuelta en coche o en transporte público lo que conduce a que se ande y se corra mucho menos que antes. Después la ciencia descubre que nuestros cuerpos necesitan este ejercicio o tendremos problemas cardiovasculares. Así que la idea postmoderna es volver a andar y correr (footing) y esto se ve como algo progresivo y no regresivo. Del mismo modo, humanizar los servicios maternos no es regresivo, sino postmoderno y progresivo.

Cada cambio en la condición humana, incluyendo el desarrollo, tiene el potencial de tener efectos positivos y negativos. Los efectos positivos del desarrollo aplastan a los efectos negativos hasta que se alcanza un nivel determinado donde beneficios económicos y sociales alcanzan a todo el mundo, entonces comienzan a emerger los efectos negativos ocultos. Los datos están difundiendo la idea de que el desa-

rollo social y económico, especialmente la educación maternal, disminuye la tasa de mortalidad infantil. Pero ese desarrollo también aumenta la tasa del síndrome de muerte infantil repentina (SIDS o "muerte de la cuna") mediante estilos de vida "modernos" como padres fumadores y cómo se coloca al recién nacido para dormir, factores asociados con el SIDS. Así que en sitios altamente desarrollados como la República Checa las tasas de SIDS son menores en las áreas rurales menos desarrolladas que en las ciudades checas y en Hong Kong las tasas de SIDS son más bajas entre las familias menos desarrolladas que aún siguen las formas tradicionales chinas (2). Los efectos negativos del desarrollo en la mortalidad infantil, siempre presentes, ya han emergido.

Los efectos negativos del desarrollo de la mortalidad materna también están emergiendo. Las intervenciones obstétricas como la cesárea a veces salvan vidas y otras veces matan —la mortalidad materna de cesáreas, aunque hayan sido por la propia elección de la madre (no por una emergencia), es 2,84 mayor o cerca de 3 veces mayor que en el parto vaginal (3). Durante 15 años la tasa de mortalidad materna en EEUU disminuyó. Entonces en los años 80 esta tasa comenzó a ascender y, de acuerdo con los centros de control y prevención de EEUU, aumentó del 7,2 de 1987 al 10,0 en 1990 (4). Mientras esta tasa continuó disminuyendo en otros países industrializados, en los Estados Unidos la tasa de muerte materna continuó un lento pero constante aumento en la década de los 90 y de acuerdo con la OMS es ahora más elevada que en al menos otros 20 países altamente industrializados (5).

Los obstetras de los países ricos frecuentemente reclaman que el uso de cuidados maternos medicalizados de alta tecnología es un progreso real, pero las evidencias científicas sugieren que en ocasiones es de otra manera. En países altamente industrializados como España, no ha habido en los últimos 20 años una mejora significativa en las tasas de nacimientos de bajo peso o de parálisis cerebral. La ligera caída de la tasa de mortalidad perinatal en los últimos 10 años en estos países es debida, no a una caída en la mortalidad fetal, sino únicamente a una ligera mejora en la mortalidad infantil asociada a los cuidados neonatales intensivos, no a los cuidados obstétricos. En los países altamente desarrollados, todos los intentos de demostrar unas tasas menores de mortalidad perinatal menor debida a una tasa mayor de intervenciones obstétricas han fallado. Un estudio del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de EEUU dice:

"las comparaciones de las tasas de mortalidad perinatal con la tasa de cesáreas y de partos vaginales, encuentran una correlación no corcondante entre los países (6). Una revisión de la literatura científica sobre este tema por la Unidad de Epidemiología Perinatal Nacional de Oxford dice: "un número de estudios ha fallado en detectar cualquier relación entre las tasas de mortalidad perinatal primitivas y el nivel de partos vigentes".

Esto sugiere que estamos ahora en un punto de los cuidados maternos de los países industrializados donde los

efectos positivos del desarrollo y la tecnología se aproximan al máximo y los efectos negativos están apareciendo. Esto ayuda a explicar por qué los avances en tecnología y en desarrollo no pueden guiar a mejoras en la salud a no ser que la tecnología esté en armonía con los procesos biológicos naturales y se acompañe de cuidados de salud humanizados. Aquí un ejemplo simple. Si se realiza una cesárea elegida por la madre después de que el parto haya empezado, puede en algunos casos facilitar los procesos naturales. Pero esperar hasta que el parto empieza significa que los médicos pierden la capacidad de programar el proceso a su conveniencia. Pero sí, como es el caso casi siempre hoy en día, el médico trata de burlar los procesos naturales llevando a cabo una cesárea elegida por la madre antes de que empiece el parto, hay un mayor riesgo de síndrome de estrés respiratorio y prematuridad, ambos conduciendo a asesinatos de niños recién nacidos. Nosotros anulamos la naturaleza bajo nuestra responsabilidad.

El mayor peligro de la gestión medicalizada del parto occidental, es su exportación generalizada a los países en vías de desarrollo. La evidencia científica muestra que administrar un gotero rutinario a todas las mujeres durante el parto es innecesario, pero esta práctica en un país rico, aunque significa una gran pérdida de dinero, no es una tragedia. Pero yo he visto este gotero rutinario durante el parto en pequeños hospitales rurales de países en vías de desarrollo donde los mismos hospitales tienen tan poco dinero que están reutilizando jeringuillas desechables. El gotero rutinario durante el parto en los países en vías de desarrollo es un gasto trágico de recursos extremadamente limitados. Cuando los países en vías de desarrollados adoptan prácticas obstétricas no basadas en la evidencia, el resultado es que a otra mujer de esos países que se está muriendo de cáncer, no se le ha detectado de forma precoz debido a una falta de atención y fondos para este no glamoroso, pero sí esencial cuidado como es el alcance de programas de detección de cáncer para mujeres pobres.

Los obstetras, al igual que todos los clínicos, trabajan duro para ayudar a un paciente cada vez. Haciendo el balance de riesgos y eficacia, los doctores deseosos de ayudar centran su atención en la eficacia en lugar de ponerla en los riesgos. Por ejemplo, en las publicaciones estadounidenses hay 41 ensayos clínicos aleatorizados (RCT) que prueban eficacia del misoprostol (cytotec) para la inducción al parto pero ni un solo RCT es lo suficientemente grande para medir los riesgos adecuadamente (8). De esta forma la biblioteca Cochrane recomiendan no usar misoprostol con este propósito (9). Pero funciona y es sencillo y barato así que es ampliamente usado en los EEUU, a pesar de no haber sido aprobado para este fin por la agencia Federal que es la que aprueba los medicamentos. Ahora están apareciendo estudios que muestran serios riesgos en el uso de misoprostol para rasgaduras de cuello o inducción al parto en mujeres con cicatriz uterina (10, 11). Pero es demasiado tarde para las muchas mujeres estadounidenses con cesárea previa

cuyos úteros se rompieron después de la inducción con misoprostol y sus muchos los bebés muertos. Así que el misoprostol para la inducción del parto en mujeres con cesáreas previas en los años 90 se une a los rayos x prenatales pelvimétricos de los años 30, al dietilestilbesterol (DES) para mujeres embarazadas en los años 50 y a la talidomida para las mujeres embarazadas en los años 70 como ejemplos de intervenciones obstétricas que han tenido consecuencias trágicas porque fueron usadas ampliamente antes de una adecuada evaluación científica.

Detrás de estos malentendidos en la interpretación de los datos científicos la realidad es que la mayoría de los médicos en activo tienen poca o ninguna formación científica. Es más, hay una diferencia fundamental entre la práctica de la ciencia y la práctica de la medicina. Para generar hipótesis, los científicos deben creer que no saben mientras que los médicos, para tener confianza para tomar decisiones de vida y muerte, deben creer que saben.

La mayoría de los clínicos también tienen poco o ningún entrenamiento en salud pública y epidemiología y no pueden entender cómo los datos científicos basados en la población se aplican a pacientes individuales, lo que resulta en, por ejemplo, publicar en importantes revistas clínicas objeciones para seguir las tasas recomendadas de cesáreas (12). Este fallo de algunos clínicos de entender la salud pública y la epidemiología es muy común, combinada con el fallo de los profesionales en salud pública para enfrentarse a los clínicos respecto a los excesos en la práctica clínica por el miedo al poder de los clínicos y su lealtad a colegas de la misma profesión (13).

Para la orientación en la práctica médica, los clínicos de la mayoría de los lugares aún confían en consultar revisiones por pares y estándares de prácticas comunitarios. Utilizar a los compañeros médicos como el elemento central en el desarrollo y en las pautas de prácticas controladas ha fracasado previsiblemente, en gran parte debido a las lealtades a los colegas profesionales. "Los estándares de prácticas comunitarios", basados en dirigir las prácticas clínicas a pacientes individuales, aún son el estándar de oro a pesar de que se han mostrado como no más que "esto es lo que todos hacemos" dirigiendo al estándar de cuidado al más bajo denominador común en lugar de a un mejor estándar de cuidado basado en la evidencia.

El único acercamiento que los clínicos pueden entender es un caso individual, evidencia anecdótica. Este enfoque nos lleva al escenario "¿qué ocurriría si?", en el que aplicar los datos de la población en sus prácticas médicas es rechazado por los clínicos porque "¿qué ocurriría si" esto o lo otro va mal con un paciente en particular. No hay mejor ejemplo de esto que un parto planeado fuera del hospital.

Muchos clínicos y sus organizaciones continúan creyendo en los peligros de los partos planeados fuera del hospital, bien en un centro de partos o en casa, rechazando la aplastante evidencia de que un parto planeado fuera del hospital en mujeres de bajo riesgo es seguro. La respuesta de los clí-

nicos a esta evidencia es "¿pero qué ocurriría si se planea un parto fuera del hospital y ocurre algo?" Asumiendo que muchos clínicos no han atendido un parto fuera del hospital su "y si" contiene muchas suposiciones falsas. La primera suposición es que en los partos las cosas ocurren rápido. De hecho, con muy pocas excepciones, las cosas ocurren despacio durante el parto y el nacimiento y una emergencia real donde los segundos cuentan es extremadamente rara, como veremos a continuación, normalmente en estos casos la matrona del centro de nacimiento o de la casa puede hacerse cargo de la emergencia.

La segunda falsa suposición, que cuando un problema se desarrolla no hay nada que una matrona fuera del hospital pueda hacer, sólo puede ser hecha por alguien que nunca ha observado a las matronas atendiendo partos fuera de los hospitales. Una matrona entrenada puede anticipar los problemas y normalmente prevenir que ocurran en primer lugar porque ella está ofreciendo un cuidado individualizado constante a la mujer que está dando a luz, a diferencia de en el hospital donde normalmente las enfermeras o las matronas sólo pueden mirar ocasionalmente a cada una de las varias mujeres en parto de las que son responsables. Si un problema aparece, a excepción de en contadas ocasiones, la matrona de fuera del hospital puede hacer todo lo que puede hacerse en el hospital, incluyendo darle oxígeno, etc. Por ejemplo, cuando la cabeza de un bebé sale pero los hombros se atascan, no hay nada que pueda hacerse en el hospital excepto ciertas maniobras de la mujer y el bebé, las cuales pueden hacerse también correctamente por la matrona fuera del hospital. La maniobra más reciente y exitosa para esta distocia de hombros que se recoge en la literatura médica se ha nombrado después de una matrona que atendía partos en casa que la describió por primera vez (maniobra de Gaskin (14).

La tercera falsa suposición es que puede haber una acción más rápida en el hospital. La verdad es que en la mayoría de los cuidados privados el médico de la mujer no está en el hospital ni siquiera la mayor parte de tiempo que dura su parto y debe ser llamado por la enfermera cuando aparece un problema. El "tiempo de transporte" del médico es tanto como "el tiempo de transporte" de una mujer que está dando a luz en un centro de nacimientos o en casa. Incluso en los nacimientos de los hospitales cuando se indica una cesárea, se necesita una media de 30 minutos para que el hospital prepare la operación, localice al anestesista, etc. En un estudio de 117 nacimientos en hospitales donde se practicaron cesáreas de urgencia por estrés fetal, en el 52% de los casos el tiempo entre que se tomó la decisión y se realizó la incisión fue superior a 30 minutos (15). Así que durante estos 30 minutos igualmente el doctor o la parturienta fuera del hospital pueden desplazarse al hospital. Esta es la causa por la que es importante una buena relación de colaboración entre la matrona fuera del hospital y el hospital, así cuando la matrona llame al hospital para informarles del transporte, el hospital no pierda tiempo en hacer los prepara-

tivos para la mujer parturienta entrante. Estas son las razones por las que no hay datos en absoluto que respalden el caso individual, el escenario anecdótico "y si" panorama utilizado por algunos doctores para asustar al público y a los políticos sobre el parto fuera de los hospitales.

Recientemente hay un movimiento deseable que persigue basar la práctica médica en la evidencia y muchos obstetras trabajan duro para llevar sus prácticas de forma paralela a las últimas evidencias. Pero aún hoy muchos médicos no están familiarizados con las últimas evidencias ni tampoco con los medios de obtenerlas. En un estudio británico el 76% de los médicos en activo encuestados conocían el concepto de práctica basada en la evidencia, pero sólo el 40% pensaba que la evidencia es muy aplicable a su práctica médica diaria, sólo un 27% estaban familiarizados con los métodos de revisión de la literatura crítica y, frente a un problema clínico difícil, la mayoría consultaría primero a otro médico antes que a la evidencia (16). Esta ayuda explica el continuo hueco entre las prácticas clínicas y la evidencia.

Aunque el cuidado obstétrico se están convirtiendo gradualmente en un cuidado más basado en la evidencia, hay una tendencia de no evaluar las intervenciones obstétricas por sus riesgos ligeros y/o a largo plazo. Por ejemplo, la evidencia sugiere un aumento de la incidencia de ciertos problemas neurológicos como el desorden de déficit de atención, dislexia y autismo. Aunque se han realizado intentos para encontrar las causas de estos problemas, no conozco ningún intento para determinar alguna correlación con el aumento simultáneo de las intervenciones obstétricas como el escaner prenatal de ultrasonido, la inducción farmacológica al parto, la anestesia epidural para el dolor normal del parto, cesáreas elegidas..

Otra razón de que exista un hueco entre la evidencia y la práctica son las excusas dadas por algunos médicos de por qué reniegan de la evidencia en su práctica médica. Estas excusas incluyen: la evidencia es obsoleta; la recopilación de evidencias es demasiado lenta e impide el progreso; yo uso el juicio clínico en mi experiencia; usando "historias de terror" anecdóticas para tratar de probar la necesidad de una intervención que la evidencia ha encontrado innecesaria; citando la evidencia de pobre o inadecuada calidad; "confíe en mí, soy médico"; "dejar de golpear a los médicos"; la evidencia erosiona la autonomía del médico. Además de estas excusas, las excusas comunes en los cuidados maternos incluyen: nuestras mujeres tienen las pelvis más pequeñas (no probado), nuestros bebés se están haciendo más grandes (no probado), nuestra población no es tan homogénea (no probado).

Algunos obstetras, como miembros de nuestra sociedad, tienden a tener una fe ciega en la tecnología y el mantra: tecnología = progreso = moderno. El otro lado de la moneda es la falta de fe en la naturaleza, mejor expresada por un obstetra canadiense: "la naturaleza es un mal obstetra". Así que la idea es conquistar la naturaleza y resulta en la amplia aplicación de intentos para mejorar la naturaleza

antes de una evaluación científica. Esto ha conducido a una serie de intentos fallidos durante el siglo XX para mejorar la evolución biológica y social. Los médicos reemplazaron a las matronas en los partos de bajo riesgo, después la ciencia probó que las matronas son más seguras. Los hospitales reemplazaron a las casas para nacimientos con bajos riesgos, entonces la ciencia probó que la casa era igual de segura con muchas menos intervenciones innecesarias. El personal del hospital reemplazó a la familia como apoyo en el parto, entonces la ciencia probó que el parto es más seguro si la familia está presente. La litotomía reemplazó las posiciones verticales en el nacimiento, entonces la ciencia probó que las posiciones verticales son más seguras. Los exámenes a los recién nacidos lejos de sus madres en los primeros 20 minutos reemplazaron a dejar a los bebés con sus madres, entonces la ciencia probó la necesidad de unión materna durante este tiempo. La leche artificial reemplazó la leche materna, entonces la ciencia probó que la leche materna es mejor. Los nidos reemplazaron a la madre, entonces la ciencia probó que es mejor que madre e hijo estén en la misma habitación. Si más médicos presenciaran un terremoto o una erupción volcánica, se darían cuenta de que sus ideas de controlar la naturaleza son grandiosas y ridículas.

### CESARÉAS INNECESARIAS: SÍMBOLO DE DESHUMANIZACIÓN

124

El ejemplo de la quintaesencia de la medicalización y deshumanización del parto es la cesárea innecesaria en las cuales el cirujano está a cargo y la mujer ya no tiene ningún control. La cesárea salva vidas pero no hay evidencia de que aumentando las tasas de cesáreas durante las dos últimas décadas en muchos países haya mejorado el resultado de los partos (6, 7, 17). ¿Cómo puede ser esto? A medida que las indicaciones para las cesáreas se amplían y las tasas aumentan, se salvan vidas en una menor proporción de todos los casos de cesáreas. Pero el riesgo de este procedimiento quirúrgico mayor no disminuye con el aumento de las tasas. Sólo es lógico que finalmente se alcance una tasa en la cual la cesárea mate a tantos bebés como los que salva.

Las mujeres y sus bebés están pagando actualmente un gran precio a causa de la promoción de la cesárea por algunos médicos. Los datos científicos de la mortalidad materna asociada con la cesárea sugieren que el aumento de las tasas de mortalidad materna en los EEUU y en Brasil puede ser, al menos en parte, el resultado de sus elevadas tasas de cesáreas (3). Ambos países necesitan auditar cuidadosamente todas las muertes maternas para examinar la fuerte hipótesis de que el aumento de las tasas de muerte maternal está asociado con las elevadas tasas de cesáreas. Un estudio recién finalizado por la OMS muestra que las menores tasas de mortalidad maternal en el mundo se encuentran en aquellos países que tienen una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% entre todos los partos y si, tal y como es el

caso en España, la tasa aumenta por encima del 15%, la mortalidad maternal aumenta (17).

Los datos de otros riesgos en las cesáreas tanto para niños como para el bebé significan que ambos están pagando un gran precio, en el nacimiento actual y en futuros embarazos también (18).

“Además del aumento de riesgo de que la mujer muera en una cesárea planeada, hay otros riesgos para la mujer incluyendo la morbilidad habitual asociada con cualquier accidente debido a un procedimiento quirúrgico-anestesia abdominal mayor, daño en los vasos sanguíneos, extensión accidental de la incisión uterina, daño a la vejiga urinaria y a otros órganos abdominales. Algunos de estos riesgos son comunes —El 20% de las mujeres tienen fiebre después de una cesárea, la mayoría debido a infecciones iatrogénicas que requieren una evaluación del diagnóstico de la fiebre de la mujer y del bebé”.

“También hay riesgos para la mujer que quiera volver a quedarse embarazada debido a la cicatriz del útero, incluyendo el descenso de la fertilidad, aumento de los abortos, aumento de los embarazos ectópicos, aumento de abrupcios de placenta, aumento de placentas previas. Recientemente en los EEUU el uso extendido de un fármaco no aprobado, el misoprostol (cytotec), para la inducción al parto ha creado un nuevo riesgo de en las cesáreas en los siguientes embarazos. Las mujeres que intentan VBAC (parto vaginal después de una cesárea) a las que se les da misoprostol tienen una tasa de ruptura uterina de un 5,6% comparado con una tasa de ruptura del 0,2% para las mujeres que intentan el VBAC sin que se les de el misoprostol, un aumento del riesgo de ruptura uterina 28 veces. Para las mujeres que eligen la cesárea, existen todos estos riesgos en todos sus embarazos posteriores a pesar de que la primera cesárea no fuera una emergencia y el riesgo aumentado de embarazo ectópico, abrupcio de placenta, placenta previa y ruptura uterina, son una amenaza permanente para el bebé y la mujer”.

“Por cualquier motivo que las mujeres eligen una cesárea, pocas son claramente informadas sobre los riesgos fetales. En una cesárea de emergencia donde el bebé ha desarrollado un problema durante el parto, los riesgos para el bebé de practicar una cesárea superarán con creces a los riesgos que tiene el bebé si no se hace. En una cesárea planeada donde el bebé no está en peligro, los riesgos para el bebé de hacer una cesárea aún existen, lo que significa que la mujer que elige la cesárea pone a su bebé en un peligro innecesario. Que algunas mujeres estén eligiendo el parto por cesárea sugiere que las mujeres no han sido avisadas de este hecho científico”.

“El primer peligro para el bebé durante la cesárea es la probabilidad del 1,9% de que el bisturí accidentalmente dañe al feto (el 6,0% cuando no haya una posición vertex fetal). Los obstetras deben de estar menos avisados de este riesgo —en un estudio sólo una de las 17 laceraciones fetales documentadas fue registrada por el obstetra que realizaba la cirugía”.

“Un riesgo mucho más serio para los bebés nacidos por cesárea es el estrés respiratorio. Muchos artículos de la literatura científica documentan que el procedimiento de las cesáreas per se es un riesgo potente para el síndrome de estrés respiratorio (RDS) en niños pretérmino y para otras formas de estrés respiratorio en niños maduros. El RDS es la principal causa de la mortalidad neonatal. El riesgo de RDS en recién nacidos se reduce mucho si se le deja a la mujer entrar en parto antes de practicar la cesárea”.

“Otro riesgo serio para el nacimiento del bebé por cesárea es la prematuridad iatrogénica (el bebé es prematuro porque la cesárea se realizó demasiado pronto. Incluso con repetidos escáneres de ultrasonidos, la desviación estándar para estimar la edad gestacional es amplia, creando errores en juzgar cuándo practicar una cesárea planeada. Practicar una cesárea planeada después de que la mujer entre en parto espontáneo reduciría considerablemente este riesgo. Una amplia literatura documenta el aumento de la mortalidad y morbilidad, incluyendo la incapacidad neurológica, asociado al parto prematuro (18).

Mientras los datos de las prácticas obstétricas en España son difíciles de encontrar, está claro que en los últimos

años ha habido un aumento mantenido de la tasa de cesáreas en España hasta ahora al menos el 25% de todos los nacimientos no son nacimientos vaginales sino cesáreas —proceso quirúrgico mayor. De hecho, España tiene una de las tasas más elevadas de cesáreas de toda Europa del este y occidental—. La tasa de cesáreas en España es más elevada que en cada país en Gran Europa, a excepción de 4 países (19). Y España no tiene los mejores resultados de los partos de Europa —8 países europeos tienen una tasa de mortalidad materna menor que España y 10 países europeos tienen una tasa de mortalidad perinatal mejor que España (19).

Es absolutamente absurdo considerar que un cuarto de las mujeres españolas tienen unos cuerpos tan malos como para ser incapaces de dar a luz normalmente (vaginalmente).

La tabla siguiente demuestra cómo tener una tasa de cesáreas que es el doble que la recomendada por la OMS se materializa en una tasa muy elevada de cesáreas innecesarias en España hoy en día. Este elevado número de cesáreas innecesarias tienen consecuencias negativas serias en mujeres, niños y la economía.

### CESÁREAS INNECESARIAS EN ESPAÑA

(Todas las estadísticas son estimaciones cercanas basadas en los mejores datos oficiales disponibles)

En un año en España = 450.000 partos

25% fueron por cesárea = 112.500 cesáreas

Si, en lugar, el 12,5% fueran por cesárea (recomendado por la OMS) = 56.250 cesáreas

112.550 cesáreas (actualidad) menos 56.250 cesáreas (recomendadas) = 56.250 cesáreas innecesarias en un año en España.

56.250 cesáreas innecesarias por 4.000 euros (costo adicional de una cesárea) = 225.000.000 (doscientos veinticinco mil millones) de euros perdidos en un año en España.

La tasa de mortalidad materna es tres veces superior en cesáreas programadas = 7 mujeres murieron de forma innecesaria en un año en España.

**Resumen:** en un año en España más de 50.000 mujeres han sido operadas innecesariamente de cirugía mayor, exponiendo a más de 50.000 mujeres y 50.000 bebés a un importante riesgo y provocando finalmente la muerte innecesaria de 7 mujeres y desperdiciando doscientos veinticinco mil millones de euros.

Algunas excusas dadas por algunos médicos españoles a estas elevadas tasas de cesáreas, como se puede ver en los periódicos españoles, son totalmente infundadas desde un punto de vista científico. Por ejemplo, algunos médicos en España dicen que se necesitan más cesáreas porque las mujeres se quedan embarazadas a edades más y más avanzadas. Pero no hay una evidencia científica de que la edad mayor sea una indicación para una cesárea y, de hecho, debido a los riesgos, la cesárea está contraindicada en la mayoría de casos de mujeres mayores. Y la excusa de que la cesárea tiene que repetirse si hubo una cesárea en un parto anterior también es falsa —siempre que se eviten los medicamentos estimulantes uterinos como el misoprostol

para la inducción al parto, el parto vaginal después de una cesárea es tan seguro o incluso más que repetir la cesárea.

Entonces, ¿por qué se realizan tantas cesáreas innecesarias en España? Cuando el cuidado maternal se controla por los médicos y las matronas se marginan, como es el caso de España, se encuentran tasas superiores de cesárea. Muchos estudios han mostrado tasas menores de intervención obstétrica cuando las matronas atienden los partos de bajo riesgo que cuando los médicos proporcionan cuidados primarios a las mujeres con bajo riesgo (20). No es una coincidencia lo que ocurre en los EEUU, Canadá y Brasil urbano, donde los ginecólogos atienden la mayoría de los partos normales y hay pocas matronas atendiendo pocos

partos, sea donde se encuentre la mayor tasa de cesáreas en el mundo. Tener un ginecólogo cirujano altamente entrenado atendiendo a un parto es análogo a tener un pediatra cirujano cuidando un niño normal de dos años.

Sería un malgasto del tiempo y destreza de los pediatras cirujanos, que cuando el niño se canse y se ponga quisquilloso, el cirujano pueda estar tentado a utilizar medicamentos de forma inapropiada donde una niñera correctamente entrenada puede tranquilizar al bebé con una variedad de técnicas no médicas —la medicación en una niñez normal es similar a la medicación de un parto normal. Las elevadas tasas de cesáreas son un símbolo de la falta de humanización del parto.

El abuso de cesáreas programadas y de otras intervenciones obstétricas innecesarias también amenazan a la comunidad. Ni siquiera los países más ricos del mundo tienen los recursos financieros para transplantar todos los corazones, dializar todos los riñones, dar una nueva cadera a todas las personas que pueden beneficiarse de estos procedimientos. Se deben realizar elecciones sobre qué tratamientos médicos y quirúrgicos pagar y esas decisiones determinarán quién debe vivir. Una cesárea que se realiza sin ninguna indicación médica, únicamente porque la mujer así lo decide necesita un cirujano, posiblemente un segundo doctor para asistir, un anestesiista, enfermeras quirúrgicas, el equipo, un quirófano, sangre preparada para realizar una transfusión en caso de ser necesario, una estancia mayor post-operación en el hospital, etc. Esto cuesta una gran cantidad de dinero, e igualmente importante, un gran gasto de entrenamiento del personal sanitario, la mayoría del cual a costa del gobierno, incluso cuando la cesárea se realiza por un médico privado en un hospital privado. Si a una mujer española se le practica una cesárea programada es simplemente porque lo prefiere, habrá menos recursos humanos y financieros para el resto de los cuidados de la salud en España. La cesárea a demanda es un lujo caro y peligroso y la población de España tiene que estar advertida de esto.

A la luz de estas cuestiones, el Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y de las Salud de las Mujeres de FIGO (la organización paraguas internacional de las organizaciones nacionales obstétricas —la organización española de obstetras es un miembro) dice en un informe de 1999: "Realizar una cesárea sin razones médicas no está éticamente justificado" (21). Y hay obstetras españoles trabajando de forma individual para disminuir las tasas de cesáreas y humanizar el parto.

## SOLUCIONES

Hasta ahora no hemos sido los suficientemente listos, en los países desarrollados o en los países en vías de desarrollo, de coger las ventajas del cuidado del parto medicalizado y evitar las desventajas como la deriva a excesos obstétricos. La humanización del parto tiene el potencial de combinar las ventajas del parto medicalizado del Oeste con

las ventajas de redirigir el cuidado para honrar la naturaleza biológica, social, cultural y espiritual del parto humano.

La primera estrategia es la educación. Aquellos que controlan la información tienen el poder. En el pasado la profesión médica frecuentemente ha mantenido el control del cuidado médico protegiendo y ocultando información. La confidencialidad del paciente, una excusa legítima para limitar el acceso a la información de los pacientes en particular, ahora se entiende que no es una excusa para la limitación de la información en datos agrupados como los datos del hospital y los de la comunidad. La revolución de la información está cambiando profundamente el cuidado médico. La llegada de Internet y la World Wide Web está teniendo un profundo efecto llevando la información médica a todo el mundo. En el nuevo milenio un movimiento global está demandando profesionales del cuidado de la salud responsables y transparentes y facilidades en los cuidados de la salud (incluyendo hospitales) como un requerimiento básico de cualquier democracia. Debe darse una información completa y honesta al público, incluso cuando signifique que los médicos tengan que abandonar el poder y, en algunos casos, puede ser peligroso continuar ciertas prácticas preferidas por los médicos —traer el efecto de cesáreas innecesarias a tasas de mortalidad maternal es un ejemplo primario.

Se debe dar una completa información sobre los buenos y malos resultados del parto medicalizado a los profesionales de la salud, a los directivos de salud pública, a los políticos y al público. En otras palabras, todo el mundo tiene que empezar a ver el agua en la que muchos médicos y hospitales están nadando y ver que en muchas ocasiones está llena de tiburones que no se comen a los médicos pero que pueden comerse a veces a mujeres y niños.

La necesidad de ensanchar el horizonte de los médicos en relación a los cuidados maternales no es un problema nuevo. En un libro médico publicado en 1668 se expone: "Los médicos que nunca han visto un parto en casa y todavía se sienten competentes para discutir contra él se parecen a esos geógrafos que nos dan la descripción de muchos países que nunca vieron. Debemos empezar instando a los médicos a que miren al agua en la que el cuidado materno moderno existe para coger un estándar fisiológico en contra con el cual puedan medir todas sus experiencias. En un programa de formación obstétrico en las Filipinas, cada médico debe atender un mínimo de partos planeados en casa. Cada programa de capacitación obstétrico debería requerir las visitas a partos planeados fuera del hospital, incluyendo casas de partos y partos en casa. Las matronas y enfermeras obstétricas necesitan la misma experiencia en su formación.

La educación de las mujeres, especialmente las embarazadas, es de suma importancia, pero aquí es donde aparece la cuestión: lo que se les dice a las mujeres. En algunos lugares los programas de educación prenatal están controlados por unos pocos obstetras que insisten en dar únicamente la información médica-amistosa a las mujeres embarazadas.

das. Muchos anestesiólogos de Estados Unidos han conseguido acceder a clases prenatales donde predicán sobre las maravillas de la anestesia epidural y generalmente no dicen nada sobre los riesgos considerables de este procedimiento invasivo.

Más recientemente, algunos médicos han conseguido promover que las mujeres elijan las cesáreas en las cuales no hay indicaciones médicas, es necesario proveer una información limitada y altamente elegida (18). Es muy poco probable que las mujeres consideren elegir una cesárea si se les diera la evidencia científica completa sobre los riesgos para ellas mismas y para sus bebés. El tema ético clave no es el derecho de elegir o exigir un procedimiento quirúrgico mayor para el cual no hay indicación médica, sino el derecho a recibir y tratar una información completa e imparcial previa a cualquier procedimiento médico o quirúrgico.

Una mujer liberada procura no ser controlada por los hombres, un esfuerzo aún más difícil si vive en una sociedad de hombres chovinista. Hay muchas formas en las cuales las mujeres que dan a luz en los hospitales de las culturas del "macho" son oprimidas y dándoles el mensaje de que no son importantes ni libres pero sí controladas por un personal frecuentemente agresivo —por ejemplo cuando se les dice que no chillen o hagan ruidos altos en las contracciones del parto.

Pero si una mujer acepta el modelo de cuidado obstétrico medicalizado, dominado por los varones con su información seleccionada, abandona cualquier posibilidad de controlar su propio cuerpo y tomar elecciones reales. Se han estado escribiendo tomos sobre cómo liberar y dar poder esto es para una mujer dar a luz cuando ella controla lo que ocurre. Sin una elección completamente informada, ella abandonará cualquier control y accederá a los deseos de los médicos y los hospitales. La mujeres que soliciten elegir pero que únicamente tengan la información seleccionada por el médico-simpático sin darse cuenta compran la posición médica. Tristemente unas pocas feministas que luchan correctamente por los derechos de las mujeres han sido arrastradas a una información parcial del médico-simpático y como consecuencia han promocionado sin querer el derecho de la mujer a pedir procedimientos obstétricos que son peligrosos para ellas y sus bebés.

Una segunda estrategia para humanizar el parto es la promoción de las prácticas de los cuidados maternos basados en la evidencia. Como se menciona antes, utilizar revisiones por pares y estándares comunitarios de práctica ha fallado en cerrar el hueco entre las actuales prácticas obstétricas y la evidencia. Y en muchos lugares los profesionales de la salud pública y las agencias del gobierno han fallado en perseguir con agresividad cerrar el hueco entre las actuales prácticas obstétricas y la evidencia, frecuentemente por miedo del poder del sistema médico (13).

Para mí ha sido un ejercicio interesante y educacional ir a unidades de obstetricia de hospitales y presentar al personal una sencilla tabla con sus propias tasas de intervencio-

nes: inducción, episiotomía, litotomía, maniobras vaginales (forceps o ventosas, cesáreas) en una columna a la izquierda y las tasas basadas en la evidencia opuesto en una columna a la derecha. La consiguiente discusión está frecuentemente caracterizada por más calor que luz, siempre con al menos algunos médicos tan concienciados como yo sobre el hueco entre sus prácticas y la evidencia. A medida que entramos en la era del cuidado médico post-moderno, las guías de práctica médica del GOBSAT (Viejos Chicos Buenos Sentados Alrededor de la Mesa), monárquicos en el sentimiento y pomposos en el tono, serán reemplazadas por las guías de práctica basadas en la evidencia aprobadas por la comunidad.

Otra estrategia esencial en la humanización del parto es: quién es el cuidador primario para las mujeres durante el embarazo y el parto. La tradición de los médicos insistiendo en controlar sus propias prácticas con poca o ninguna intromisión de la comunidad o sus representantes regresa a hace mucho tiempo. Durante el transcurso del siglo veinte, la práctica de los médicos yendo a "llamadas de las casas" desapareció. Siempre que los médicos proporcionen el cuidado primario a las mujeres embarazadas normales, saludables y a mujeres que están dando a luz, las mujeres no estarán en el control y la humanización del cuidado maternal no ocurrirá.

Los países deben trabajar duro para no permitir a los médicos de sitios con un cuidado maternal altamente medicalizado como es el caso de los Estados Unidos, venir e intentar vender a los médicos del país que visitan su propio sistema de cuidado maternal, un sistema donde casi cada obstetra y hospital de maternidad ofrece un solo tipo de cuidado en el parto —un estilo no basado en la evidencia científica sino en el control absoluto del sistema por los médicos. El cuidado maternal en los Estados Unidos es una forma de cuidado con una extrema medicalización. Los médicos dan un cuidado primario a más del 90% de las mujeres normales, saludables. Como consecuencia, el parto se ha convertido en un procedimiento quirúrgico con elevadas tasas de intervenciones innecesarias. A las mujeres que están dando a luz se les ha quitado el poder y hay un enorme gasto de recursos, financieros y profesionales. Se duplica el gasto per cápita en el cuidado maternal en comparación con otros países si se marginan a las matronas. Este no es un sistema que emular —la tasa de mortalidad maternal, la tasa de mortalidad perinatal y la tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos son mucho mayores que las tasas en España y en casi cada uno de los otros países industrializados.

Por el contrario, las matronas tiene una larga tradición en poner a la mujer que está dando a luz en el centro con todo el control en manos de la mujer y con la matrona proporcionando el tipo de ayuda que dará poder a la mujer y fortalecerá a la familia. Por esta razón, tener un cuidado maternal primario en manos de las matronas es una estrategia central en la humanización del parto.

Los países pueden querer estudiar el cuidado maternal



en países más lejanos a lo largo del camino a la humanización como Nueva Zelanda, Holanda, los países Escandinavos. En estos países, más del 80% de las mujeres ven sólo a matronas durante el embarazo y el parto (dentro o fuera del hospital) y tienen unas de las tasas de mortalidad maternal y perinatal más bajas del mundo.

Bastante investigación científica ha demostrado cuatro ventajas principales para un cuidado autónomo con matronas: las matronas son más seguras en los partos de bajo riesgo, las matronas utilizan menos intervenciones innecesarias, las matronas son más baratas, las matronas dan más satisfacción.

En primer lugar, no puede haber ya ninguna duda de que las matronas son la asistencia más segura para los partos de bajo riesgo. Un meta-análisis de 15 estudios en que comparaba el parto atendido por matronas y el atendido con médicos no encontró diferencias en los resultados en mujeres o niños, a excepción de una tasa menor de niños con bajo peso al nacer (22). Dos RCT realizados en Escocia (23, 24) y 6 RCTs realizados en Norte América no encontraron ningún aumento de resultados adversos en la atención del parto con matronas (20).

El estudio más definitivo sobre la seguridad del parto atendido por matronas, publicado en 1998, siguió todos los partos durante un año en los Estados Unidos —más de cuatro millones de partos. Seleccionando únicamente, partos vaginales y quitando los casos de factores de riesgo sociales o médicos, compararon los resultados entre las matronas que atienden los partos y los médicos que atienden al parto. Comparado con los médicos que atienden los partos, las matronas que atienden partos tuvieron unas tasas de mortalidad infantil un 19% menores, una mortalidad neonatal un 33% menor y unas tasas menores de peso al nacer (25).

Después de revisar la extensa evidencia científica sobre la seguridad del parto atendido por matronas, un reciente artículo de una revista de obstetricia concluye: "una búsqueda en la literatura científica no consigue descubrir un único estudio que demuestre resultados peores con matronas que con médicos para mujeres de bajo riesgo —la evidencia muestra que el cuidado primario por las matronas es tan o más seguro que el cuidado realizado por médicos (20).

La segunda ventaja del tener matronas sobre tener médicos como asistentes al parto es la drástica reducción de las tasas de intervenciones invasivas innecesarias. La evidencia científica muestra que, en comparación con los partos atendidos por médicos, los partos atendidos por mujeres aparece una estadística significativa: menor amniotomía, menor fluidos IV o medicación IV, menor monitorización electrónica fetal de rutina, menor uso de narcóticos, menor uso de anestesia incluyendo la anestesia epidural para el dolor en el parto, menor inducción, menor número de episiotomías, menor uso de fórceps y ventosas, menos cesáreas, más partos vaginales después de las cesáreas (20).

La tercera ventaja de realizar el parto con matronas como asistentes de la mayoría de los partos es el ahorro de

costes. Mientras que varía de país a país, los salarios de las matronas son casi siempre considerablemente menores que los salarios de los médicos. Y por supuesto, las tasas menores de intervención con matronas significan un mayor ahorro de costes. Los datos de ahorro de costes se revisan en un artículo de atención al parto por matronas en los países industrializados (20) donde, por ejemplo, un estudio encontró un ahorro de 500 dólares americanos para cada caso en el que una matrona asiste el parto.

Otra ventaja del cuidado de las matronas, frecuentemente menospreciado por los defensores del parto medicalizado, es la satisfacción de las mujeres embarazadas y que dan a luz con su cuidado. La proximidad de las matronas enfatiza la importancia de la satisfacción de la mujer. La evidencia en la literatura es aplastante: el cuidado de las matronas es más satisfactorio y desde el punto de vista estadístico significativo, para las mujeres y su familia (20).

Ya que los hospitales son el territorio de los médicos y ninguna mujer ha estado nunca en control de su propio cuidado en un medio hospitalario, otra estrategia importante para humanizar el parto es trasladar el parto fuera del hospital. Siempre ha habido y siempre habrá mujeres en todos los lugares que eligen un parto en casa planeado y necesitan una matrona que atienda el parto. Pero hoy, como resultado de décadas de la propaganda de lo peligroso que es el parto, contado por los médicos los cuales necesitan ellos mismos la seguridad de los hospitales, hay muchas mujeres que han creído el mito de que el parto en casa es peligroso.

Es increíble que las organizaciones obstétricas en algunos países altamente industrializados como los Estados Unidos todavía tenga la misma política oficial en contra de los partos en casa que escribieron en la década de los 70. En esa época un parto en casa planeado no se diferenciaba de un parto no planeado y precipitado fuera del hospital el cual, por supuesto, tenía una elevada mortalidad debido a los prematuros nacidos en taxis, etc. Entonces cuando los científicos apartaron el parto en casa planeado, se demostró que tenía unas tasas de mortalidad perinatal tan bajas o más aún que el parto de bajo riesgo en el hospital. Una enorme literatura científica documenta esto, incluyendo un meta-análisis de la seguridad del parto en casa que demuestra de forma concluyente la seguridad del parto en casa e incluye una revisión excelente de las publicaciones (26).

Y en el año 2005 apareció la publicación en el altamentemente respetado *British Medical Journal*, de un ensayo experimental prospectivo de más de 5.000 partos en casa planeados atendidos por más de 500 matronas entrenadas en Estados Unidos y Canadá (27). Este estudio que supuso un hito no tuvo mortalidad maternal y una tasa de mortalidad neonatal tan baja o incluso más que el parto de bajo riesgo en el parto en hospital, no dejando ninguna duda de que la excelente ciencia prueba la seguridad de los partos en casa planeados.

Entonces el tema real de los partos en casa no es la seguridad sino que el tema son la libertad e inviolabilidad de

la familia. Para más del ochenta por ciento de las mujeres que no han tenido complicaciones médicas serias durante el embarazo, el parto planeado en casa es una opción perfectamente segura. Cualquier médico, hospital u organización médica que intente disuadir a una mujer de bajo riesgo a elegir un parto en casa está negando los derechos humanos básicos reteniendo información de forma totalmente imparcial y limitando la libertad de la mujer a elegir el lugar del parto. El parto de un bebé es uno de los eventos más importantes en la vida de la familia y cuando la familia elige un parto en casa planeado, la inviolabilidad de la familia tiene que ser respetada.

Debido a la propaganda del miedo de muchos profesionales obstétricos sobre lo peligroso que es el parto, muchas mujeres quieren la libertad de controlar su propio parto pero necesitan la "seguridad" de una institución. ¿Cómo pueden las mujeres hoy tener el control de dar a luz y tener el poder a través del parto y estar asistidas por una matrona y todavía sentirse cómodas y protegidas por una institución? Mediante la elección de un centro de partos alternativo que es "libre" (fuera del hospital) y cuyo personal son matronas.

La primera característica esencial de un centro de partos alternativo es que está libre de cualquier control por un hospital. Un hospital que reivindica que tiene un "centro de partos" es como una panadería que reivindica que vende "pan horneado en casa". Para ser un centro de partos, la mujer que da a luz debe controlar todo lo que le ocurre a ella y a su bebé. Esto quiere decir que el centro de partos alternativo tiene que contar con matronas que utilizan los protocolos realizados por matronas.

El tipo de cuidado que proporciona un centro de partos alternativo es diferente al de un hospital. En un hospital el médico siempre tiene el control absoluto mientras que en un centro de partos alternativo la mujer tiene el control. En el hospital el énfasis se da en las rutinas mientras que en un centro de partos alternativo el énfasis se da en la individualidad y la elección informada. Los protocolos del hospital están diseñados con todas las posibles complicaciones en mente, mientras que los protocolos de un centro de partos alternativo se centran en la normalidad, exploración y observación. En los hospitales el dolor se define como un diablo que tiene que ser erradicado con medicamentos mientras que en un centro de partos alternativo se entiende que el dolor en el parto tiene una función fisiológica y puede aliviarse con métodos no farmacológicos científicamente probados como la inmersión en agua, el cambio de la posición y desplazamiento, masaje, presencia de la familia, presencia continua de la misma asistente del parto.

En el hospital la inducción es frecuente y utiliza medicamentos potentes que aumentan el dolor y tiene muchos riesgos mientras que en un centro de partos alternativo el parto se estimula con métodos no farmacológicos que incluyen andar y la estimulación sexual como el masaje de los pezones. En el hospital el personal no está siempre presente sino van y vienen y cambian cada ocho horas, mientras que en un

centro de partos alternativo hay una presencia continua de una matrona a lo largo de todo el parto. En el hospital el recién nacido es arrancado de la madre por varias razones como realizarle un examen mientras que en el centro de partos alternativo no se deja al bebé alejado de su madre.

¿Son los centros de partos alternativos un sitio seguro para que dé a luz una mujer si no ha tenido ninguna complicación durante el embarazo? Esta es una cuestión clave porque en la lucha entre las aproximaciones medicalizadas y humanizadas al cuidado maternal, el centro de partos alternativo es una gran amenaza para los médicos y hospitales y la industria que produce todas las tecnologías obstétricas. Como el parto medicalizado es tan caro con una estancia en el hospital cara, obstetras con sueldos elevados que utilizan muchas intervenciones de alta tecnología costosas, los médicos y los hospitales deben convencer al público y a aquellos que tienen el control de los presupuestos de los servicios de salud que su camino es únicamente el camino seguro. De otra forma, ellos perderán rápidamente mucho de su negocio. Luego las organizaciones obstétricas normalmente luchan en contra de todos los partos donde ellos no tienen el control. La primera línea de defensa en contra de cualquier parto planeado fuera del hospital es etiquetarlo como no seguro.

La única forma de determinar si los centros de partos alternativos son seguros es volver a la evidencia científica. Una revisión a través de la evidencia científica en los centros de partos alternativos (28) demuestra que en los 70 y los 80 hubo un número de estudios descriptivos sobre centros de partos alternativos. Entonces en 1989 se publicó el artículo más importante sobre centros de partos alternativos: "El Estudio Nacional de los Estados Unidos de Centros de Partos" que incluía 84 centros de partos alternativos y 11.814 partos (29). En los 90 siete estudios más compararon el parto en un centro de partos alternativo y en el hospital y se realizó un RCT. A continuación se muestra el resultado de estas investigaciones.

En relación a la seguridad, el Estudio Nacional de los Estados Unidos de Centros de Partos no tuvo mortalidad maternal y tuvo una tasa de mortalidad intraparto y neonatal de 1,3 por cada 1000 partos con vida, una tasa comparable a las tasas de partos de bajo riesgo en los partos hospitalarios. La tasa de mortalidad infantil y la puntuación Apgar en los centros de partos alternativos también eran similares a las tasas de bajo riesgo en el hospital. El dieciséis por ciento de los partos en un centro de partos alternativo fue trasladado al hospital. Estas tasas de traslados de partos planeados en un centro de partos alternativo al hospital debidos a complicaciones son comparables de forma favorable con el número de partos planeados en el hospital que se trasladan a la sala quirúrgica debido a complicaciones. El análisis de la intención de tratar se utilizó en todas las complicaciones, intervenciones y resultados de partos en un centro de partos alternativo, los traslados al hospital se incluyeron en las estadísticas de los centros de partos alternativos.

La seguridad del parto en un centro de partos alternativo se corrobora por estudios adicionales realizados en los 90 donde los resultados de partos en un centro de partos alternativo —mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, puntuación Apgar, tasa de nacidos de bajo peso— en todos los estudios fueron tan buenos o mejores que los resultados del parto en el hospital.

Además de la evidencia sobre la seguridad de los centros de partos alternativos, estos estudios tienen más datos sobre las características de las mujeres que eligieron los centros de partos alternativos. Después de su parto en el centro de partos alternativo, el 99% dijeron que se recomendarían el parto en un centro de partos alternativo a sus amigas y un 94% dijeron que volverían ellas mismas al centro de partos alternativo en cualquier parto futuro. Un RTC encontró que el 63% de las mujeres que dieron a luz en un centro de partos alternativo tuvieron un aumento de su autoestima mientras que un 18% de las mujeres que dieron a luz en el hospital tuvieron un aumento de su autoestima (28).

En relación a la promoción de la lactancia, todos estudios de Estados Unidos, Dinamarca y Suecia encontraron tasas mayores significativamente de lactancia con éxito en mujeres que dieron a luz en un centro de partos alternativo.

La revisión de la literatura científica sobre centros de partos alternativos (28) comparó varias tasas de intervenciones obstétricas en el Estudio Nacional de los Estados Unidos de Centros de Partos, con las tasas de intervenciones obstétricas en todos los de un Estado (Illinois). En los centros de partos alternativos, el 99% de los partos fueron partos vaginales espontáneos en comparación con el 55% en los partos hospitalarios. A menos de un 4% de los partos en centros de partos alternativos se le realizó una inducción o aumento con la ruptura artificial de membranas y/u oxitocina en comparación al 40% de los partos en hospitales. La monitorización fetal de rutina se realizó en el 8% de los partos en centros de partos alternativos y en el 95% de los partos hospitalarios.

La anestesia local o general (incluyendo la anestesia epidural) se puso en un 13% de los partos en los centros de partos alternativos y en un 42% de partos hospitalarios.

El parto vaginal con fórceps o ventosas se practicó en menos de un 1% de los partos en los centros de partos alternativos y un 10% en partos hospitalarios. Se realizaron menos de un 5% de cesáreas en los centros de partos alternativos y un 21% en partos hospitalarios. Mirando a estas comparaciones sobre las intervenciones, la cuestión claramente lógica no es si un parto en un centro de partos alternativo es seguro, sino si el parto hospitalario es seguro.

A medida que la noticia sobre la seguridad de los centros de partos alternativos se extiende, se han creado cada vez más. En los últimos diez años, Alemania ha pasado de tener un centro de partos alternativo a tener ahora más de 50. En Japón, un red de matronas que atienden partos en casa atendió una parte significativa de los servicios de maternidad durante la primera mitad del siglo pasado durante la ocupación americana. Los médicos de la Armada Esta-

dounidense y las enfermeras presionaron a los japoneses a cerrar las casas de parto. Ahora, sin embargo, hay un resurgir de las casas de parto en Japón.

En comparación a los partos hospitalarios, los partos en casa y los partos en centros de partos alternativos son seguros, más baratos, utilizan muchas menos intervenciones innecesarias, son más satisfactorias para las mujeres y la familia. En otras palabras, el parto fuera del hospital es una estrategia importante en la humanización del cuidado en el parto.

Otra estrategia para humanizar el parto es integrar a los profesionales que asisten el parto fuera y dentro del hospital. Esto se consiguió con resultados excelentes en Fortaleza, Brasil con una comunidad basada en matronas tradicionales colaborando estrechamente con los obstetras del hospital (30). Este programa modelo, que ha ganado el reconocimiento en todo el mundo, se eliminó tristemente cuando el obstetra visionario que lo estableció murió. Los datos de lugares como Australia muestran que cuando las matronas que asisten partos en casa y los médicos del hospital local colaboran, menos bebés mueren y todo el mundo aprende del otro.

El parto es político. Una estrategia esencial para los que defienden el parto humanizado es que sea políticamente activo. Los políticos y las agencias del gobierno toman decisiones cruciales sobre los cuidados maternos y su educación sobre la humanización e involucración en la humanización del parto es esencial. Dos libros a punto de publicarse tratan en detalle qué hacen las mujeres que paren para conseguir el tipo de parto que ellas desean (31) y qué pueden hacer los profesionales de la salud, científicos, las organizaciones de mujeres y otros para promover el parto humanizado (32).

Los defensores del parto humanizado deben advertir a los políticos sobre el uso de tácticas de miedo por parte de elementos más reacios del sistema de médicos y enfermeros que alzan el tema de la seguridad y dicen sin una pizca de evidencia que el parto humanizado es peligroso —que las matronas son menos seguras que los médicos y que los partos fuera del hospital son menos seguros que en el hospital.

Otra táctica común de miedo es para algunos obstetras decir que cada parto fuera del hospital transportado al hospital es un “desastre”. La respuesta a esta crítica es “por supuesto” una matrona fuera del hospital competente sólo trasladará a esos pocos casos donde hay un problema serio que requiere intervención quirúrgica que no se puede realizar en casa. Entonces para los obstetras que nunca han atendido un parto en casa (en muchos lugares son casi la totalidad de los obstetras), estos traslados con problemas de fuera del hospital son su única experiencia con partos fuera del hospital y asumen de forma errónea que estos casos son representativos de todos los partos fuera del hospital. Esto es como un mecánico de coches que ve varios Mercedes con problemas mecánicos y concluye que todos los Mercedes no son buenos, olvidando que por cada Mercedes que

ve en su taller, hay mil Mercedes funcionando bien y por ello no los han llevado a su taller. Es por esto por los que los médicos tienen que experimentar de primera mano los partos fuera del hospital.

Estas tácticas del miedo se motivan por el intento de algunos médicos (y algunas veces incluso de enfermeras) de proteger el cuidado maternal como su territorio. Frecuentemente los médicos intentan aplastar a los legisladores y al público con un lenguaje técnico que implica que únicamente los médicos pueden entender por lo que el que escucha debe simplemente "confiar en mí, soy médico". Los políticos deben ser instados a preguntar a esos que hacen estas declaraciones del miedo "Por favor enséñame los datos científicos para demostrar lo que estás diciendo". También puede ser esclarecedor para los legisladores preguntar a esos que hacen estas declaraciones del miedo cuántos partos fuera del hospital han atendido.

### CONCLUSIÓN

La solución final es desarrollar las nuevas clases sociales y políticas para la profesión médica y para el cuidado médico. Y hay obstetras uniéndose al esfuerzo de encontrar

estas nuevas formas para su profesión. El cuidado maternal necesita volverse de forma que, en lugar de distanciarse de la fisiología y del entorno social y cultural, el proceso avance respetando y trabajando con la naturaleza y la mujer y la familia, devolviendo el control del cuidado médico a las personas. Para aquellos que temen el caos, recordar la advertencia de Churchill: la democracia es la peor forma de gobierno hasta que uno tiene en cuenta las alternativas.

Esta vuelta ha empezado en lugares con comités públicos locales que deciden sobre las políticas en cuidados de salud y las prioridades —cuidado maternal postmoderno. Todo sobre el embarazo y parto —cómo se percibe por la sociedad, cómo el dolor del parto se soporta por las mujeres, cómo el parto es "manejado" por los asistentes del parto— es algo altamente cultural. El control local conduce a otorgar el poder a las mujeres lo cual, como consecuencia, conduce a una familia y a una sociedad más fuerte —las mujeres locales necesitan parir en aguas locales. Las personas que han estado nadando en el mar primordial fisiológico, social y cultural durante un largo, largo tiempo, pueden ver el agua, saben dónde están los tiburones y son adeptos a encontrar progresivamente su camino hacia reclamar el parto humanizado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization "Having a Baby in Europe", European Regional Office, 1985.
2. Wagner M. "Public health aspects of infant death in industrialized countries: the Sudden emergence of sudden infant death." *Annales Nestle* 50: 2 1992.
3. Hall M, Bewley S. "Maternal mortality and mode of delivery" *Lancet* 354, p 776, 1999.
4. McCarthy B. "US maternal death rates are on the rise" *Lancet* 348:394, 1996.
5. World Health Organization. WHO revised estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva, WHO 1996; report no.WHO/FRH/MSM/96.11.
6. Notzon F. "International differences in the use of obstetric interventions" *JAMA* 263:24, 3286-3291, 1990.
7. Lomas J, Enkin M. "Variations in operative delivery rates", in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Eds I Chalmers, M Enkin, M Keirse, Oxford University Press, 1989.
8. Wagner M. "Misoprostol (cytotec) for labor induction: a cautionary tale." *Midwifery Today*, Spring 1999.
9. Hofmeyr GJ. "Misoprostol administered vaginally for cervical ripening and labour induction with a viable fetus." *The Cochrane Library*, Issue 2, 1999, Oxford: update software.
10. Plaut M, Schwartz M, Lubarsky S. "Uterine rupture associated with the use of misoprostol in gravid patients with previous cesarean section" *Am J Obstet Gynecol* 180: 6, 1535-40, 1999.
11. Blanchette H, Nayak S, Erasmus S. "Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol with those of dinoprostone for cervical ripening and induction of labor in

- a community hospital". *Am J Obstet Gynecol* 180: 6, 1543-50, 1999.
12. Sachs B, Castro M, Frigoletto F. "The risks of lowering the cesarean-delivery rate" *New Eng. J. Med.* 340:1, 54-57, 1999.
13. Wagner M. "The Public Health versus Clinical Approaches to Maternity Services: The Emperor Has No Clothes." *Journal of Public Health Policy* 19: 1, 25-35, 1998.
14. Bruner, J et al. "All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor." *J Reprod. Med.* 43:439-443, 1998.
15. Chauhan s, Roach H, et al. "Cesarean section for suspected fetal distress: Does the decision-incision time make a difference?" *J Reprod.Med.* 42: 6, 347-352, 1997.
16. Olatunbosun O, Edouard L, Pierson R. "British physician's attitudes to evidence based obstetric practice" *Br. Med J* 316:365 1998.
17. Betran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-shun W, Thomas J, Wagner M. "Rates of caesarean section: analysis of global and regional estimates and correlation with indicators of reproductive health system development. Presented at the International Forum on Birth, Rome, Italy, June 2005, Submitted for publication.
18. Wagner M. "Chosing caesarean section", *Lancet*, 356, 1677-1680, 2000.
19. WHO Regional Office for Europe Health for All Data Base [www.euro.who.int/hfadb](http://www.euro.who.int/hfadb)
20. Wagner, M. "Midwifery in the Industrialized World" *J. Society Obst. Gyn Canada*, 20, 13, 1225-34, 1998.

21. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health: "Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons" *Int J Obs & Gyna*, 64, 317- 322, 1999.
22. Brown S, Grimes D. "A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res*, 44, 332-9, 1995.
23. Hundley V, Cruickshank R, Lanf G, Glazener C et al. "Midwifery managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care." *BMJ* 309, 1401-1404, 1994.
24. Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H et al. "Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care" *Lancet* 348, (9022), 213-218. 1996.
25. MacDorman M, Singh G. "Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA" *J Epidemiol Community Health* 52, 310-317, 1998.
26. Olsen O. "Meta-analysis of the safety of home birth" *Birth* 24:1, pp 4-16, 1997.
27. Johnson K, Daviss B. "A Prospective Study of Planned Home Births by Certified Professional Midwives in North America" *British Medical Journal* volume 330, page 1416, June 18, 2005.
28. Stephenson P, Ford Z, Schaps M. "Alternative Birth Centers in Illinois: A resource guide for policy makers" University of Illinois at Chicago Center for Research on Women and Gender, and the Health and Medicine Policy and Research Group. June 1995.
29. Rooks J. et al. "National Birth Center Study", *New England J Med*, 321, 1804-1811, 1989.
30. Wagner M. *Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Birth Technology*, ACE Graphics, Sydney & London 1994 (available at [www.amazon.com](http://www.amazon.com)).
31. Wagner M, Gunning S. "Creating Your Birth Plan: The Definitive Guide to a Safe and Empowering Birth", Penguin Press, New York Available on the internet when published in June 2006.
32. Wagner M. "Born in America" University of California Press, Available on the internet when published in November 2006.