



III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL MEDITERRÁNEO

NACIMIENTO Y MUERTE. REFLEXIONES Y CUIDADOS

LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO. REFLEXIONES SOBRE EL CUIDADO OBSTÉTRICO

Ponente: Esther Carmona Samper.
Matrona CTH Torrecárdenas

La Medicalización de la Sociedad

En la actualidad vivimos inmersos en una medicalización sin precedentes, nuestra sociedad somos totalmente dependientes del sistema médico: todos acudimos al médico necesariamente, al dar a luz, llevamos a nuestros hijos a los controles del niño sano, vacunas, así hasta que envejecemos, convertidos en hipertensos, cardiacos, con osteoporosis, etc...., hasta que finalmente morimos en paz también en el hospital¹.

En las últimas décadas nos hemos acostumbrado a delegar los cuidados de salud y de enfermedad a las instituciones médicas que, con el paso de los años, se han desarrollado una gran capacidad para influir en la vida en las personas, incluso de manera impositiva. Hemos conseguido un grado de dependencia que no somos incapaces de valorar la influencia y del modo de operar, a veces peligroso, de la medicina y del mundo que la rodea².

La medicalización de la sociedad es, hoy en día, mayor gracias a los medios propagandísticos de masas con los que contamos, que nos impiden reflexionar y ser críticos sobre su ética o conveniencia.

El inicio de este proceso de medicalización de la sociedad podemos situarlo en el momento en que la formación científica comenzó a desplazar a la medicina humanista y, el médico culto con actitudes ilustradas empezó a transformarse en médico positivista, científico y objetivo, cada vez mas alejado del ser humano como fin.

¹ GALVEZ TORO, A., *La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*, Granada, Fundación Index, 2002.

²Ibíd.

Poco a poco comenzaron a formarse médicos muy técnicos centrados exclusivamente en la enfermedad y en el aprendizaje de técnicas. Con la formación enfermera ocurriría lo mismo, en la década de los 50 las carreras de enfermería, prácticamente y matronas se unifican en, una sola carrera, los ATS, adaptados y a medida de las nuevas necesidades de la medicina: buenos técnicos preparados para acatar las órdenes médicas sin cuestionarlas.

A partir de los años 60 la salud será un objeto exclusivo de la medicina y gravitará sobre un centro: el hospital. El sistema sanitario español terminaría adoptando un modelo curativo basado en la tecnología y centrado en la figura del médico.

La Medicalización del Parto en España

El cambio de la asistencia obstétrica y de la mentalidad social de acuerdo al nacimiento ha sido paralelo al desarrollo de la medicina científico-técnica que domina las sociedades occidentales.

El cambio de las prácticas sociales en torno al nacimiento constituye un ejemplo ideal para entender como en el proceso de medicalización se fueron eliminando ideas y prácticas sociales cotidianas que habían pervivido durante épocas. Desde aquellos momentos, cuidados de salud sencillos dejaron de realizarse en la casa y la familia, para ser atendidos por médicos especialistas en el hospital. Este es el caso de la asistencia al embarazo y parto, antes domiciliaria y familiar, ahora hospitalaria y tecnológica.

Las estrategias fundamentales que utilizó la medicina para alzarse con el control social de la salud: *la medicalización de la familia y la infancia, y la higiene social o salud pública*. La primera de ellas consiguió cambiar la mentalidad y el pensamiento de las mayorías respecto a la salud, aculturó a las familias desde el nacimiento, con lo que la segunda estrategia se daba por lograda.

El proceso de medicalización debemos considerarlo como un proceso de aculturación, como educación en unos valores y, para llevarlo a cabo, la medicina se sirvió de la educación. Construyó un sentimiento favorable hacia la medicina desprestigiando a la vez cualquier otro agente de salud. En nuestro país el proceso de aculturación fue más lento y tardío que en el caso europeo acelerándose y consolidándose en las últimas décadas del siglo pasado.

En nuestro país las generaciones de mujeres que dieron a luz en los años cincuenta lo hicieron en sus casas, atendidas por comadronas, repentinamente en los años 60 empezaron a ir a los hospitales a parir, y en la década de los 70 ya era excepcional el parto en el domicilio.

El cambio en la asistencia obstétrica podemos situarlo entre la décadas de los 60/70 del siglo XX. En estos años se produjo una auténtica revolución en la forma de parir, esta revolución no sólo afectó a las madres, sino también de manera significativa al papel clínico de la matrona, que pasó a convertirse en una ayudante del tocólogo, observadora de aparatos o criada tecnológica³.

Las consecuencias inmediatas fueron que los partos controlados farmacológicamente eran relativamente más rápidos, pero se hacía necesario controlar la perfusión de oxitocina mediante bombas de perfusión y sus efectos en la madre y el feto mediante los cardiotocógrafos.

El resultado fue el de una mujer de parto conectada a un monitor, totalmente inmovilizada y en decúbito supino en la mesa de partos. La administración de oxitocina provocaba contracciones más dolorosas a las fisiológicas por lo que aumentó la demanda de analgesia durante el trabajo de parto.

Comenzó a emplearse la analgesia epidural lumbar o sacra y se ofreció el parto sin dolor. La administración de esta analgesia impide la movilidad de la mujer, disminuye la sensibilidad y fuerza del pujo, aumentando el tiempo del periodo expulsivo e incrementando las ayudas instrumentales en el mismo.

Todas estas innovaciones tecnológicas aumentaron la intervención médica y exigieron mayor presencia del obstetra en la sala de partos, a la vez que la atención se centraba más en aparatos y en el útero que en las habilidades de la mujer para parir. Ante este panorama muchas matronas comenzaron a considerarse guardianas de los partos normales se plantearon como objetivo la restauración del parto normal, no medicalizado frente al parto intervenido

Los cambios en la asistencia obstétrica en las últimas décadas en España es uno de los ejemplos más claros del proceso de medicalización. Para comprender la dimensión de este cambio debemos comenzar recordando que el embarazo y el parto no son enfermedades⁴, aunque a pesar de esa

³ Para los autores de este libro en este periodo se hicieron rutinarias la inducción al parto, las amniotomias, las bombas de perfusión para administrar la oxitocina, la cumplimentación de gráficas del parto donde quedaban constancia de los cambios físicos durante el mismo pero dejando a un lado los aspectos emocionales, el estado psicológico y las respuestas subjetivas de la mujer durante el proceso del parto en TOWLER, J.; BRAMALL, J., *Comadronas en la Historia y en la Sociedad*, Barcelona, Masson, 1997.

⁴ Para Alberto Gálvez la mayoría de las veces dejados de cualquier intervención terminan con el nacimiento de una persona y está demostrado que la diferencia entre los índices de mortalidad neonatal entre los países desarrollados, con embarazos y partos medicalizados, y los que no lo son, donde las comadronas continúan asistiendo a las mujeres, no es atribuible a la asistencia al parto, sino a otras condiciones como la malnutrición y ciertas prácticas culturales que aumentan la incidencia de problemas neonatales en GALVEZ TORO, A., *La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*, Granada, Fundación Index, 2002, p. 54. También el documento del Consejo Interterritorial del SNS recuerda que el parto normal se ha visto afectado por una medicalización creciente cuando en el fondo no es más que un proceso fisiológico en CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD., *Propuesta de estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS*, Madrid, Octubre, 2007.

evidencia en nuestra sociedad su evolución control esté sometida a un riguroso y exhaustivo control médico, similar al de una enfermedad aguda, con su seguimiento y tratamiento clínico.

La vivencia del embarazo esta mediatizada por la tecnología médica. Es indudable que el control de algunos embarazos mejora sustancialmente los resultados obstétricos y perinatales, pero también es cierto que el control sistemático y por obligación de todas las gestante no es saludable, sino coercitivos⁵.

Un aspecto que debemos tener en cuenta y que ha sido ha potenciado aún más la medicalización son las expectativas depositadas en los avances médicos y en sus resultados por parte de la población. Las mujeres esperan que la obstetricia lo haga todo, que evite todas las complicaciones durante embarazo y parto.

Esto nos coloca a los profesionales en una situación muy delicada, se deben satisfacer las expectativas, debemos hacer “todo” lo que está en nuestras manos, en definitiva, demostrar que se ha hecho lo posible, aunque sea totalmente innecesario. Lo importante es que termine satisfaciendo las demandas de las mujeres. Otro factor que ha influido en la excesiva medicalización es la industria farmacéutica, cuyo objetivo es ganar dinero, invierte en investigación con el objetivo de vender más.

El proceso de medicalización esta, en buena medida, alimentado por la población que hace descansar en la figura y en el criterio médico los buenos y también malos resultados obstétricos.

Nuevos aires en la Asistencia Obstétrica

En los años noventa surgieron algunas ideas disidentes sustentadas por grupos de distinta procedencia social, pero que coinciden en un aspecto: devolver el parto a la mujer, a la familia y al recién nacido. En este sentido se han propiciado reuniones científicas y jornadas que intentan devolver ese protagonismo a la mujer y recién nacido.

Cada día más personas reclaman una asistencia sanitaria más humana y respetuosa con las mujeres y sus bebés, con la fisiología del parto y el nacimiento, con los aspectos emocionales y espirituales del acontecimiento. Desde el sistema a veces contestamos que *“pueden dar gracias de no vivir en países donde el parto natural entraña un alto grado de mortalidad”*⁶. Sin embargo es necesario que superemos esas ideas y empecemos a compararnos con sistemas sanitarios que, a pesar de que ofrecen una

⁵ El control rutinario del embarazo no mejora la salud de la mujer, ni el resultado de la gestación, el bebé. En cualquier caso ese control genera una necesidad artificial de servicios, que no reportan ninguna mejoría a la evolución del embarazo en GALVEZ TORO, A., *La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*, Granada, Fundación Index, 2002.

⁶ Para Isabel del Castillo no tiene sentido que comparemos nuestra tasa de morbimortalidad perinatal con países que tienen cifras elevada por otros motivos: desnutrición, falta de agua potable, sida, guerras endémicas, etc., en FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I., *La Revolución del Nacimiento*, Barcelona, Granica, 2006.

asistencia al parto no medicalizada, tienen unos resultados en salud mejores que los nuestros⁷.

Además la medicina también ha reaccionado ante esta excesiva medicalización de la asistencia, el movimiento auspiciado por el Estado y las Universidades en respuesta al control comercial de la información científica y a algunos síntomas preocupantes de la práctica médica, ***La Medicina Basada en la Evidencia*** ha ido demostrando que una parte importante de las prácticas médicas y de las drogas usadas en la medicina no son eficientes, son inadecuadas o no reportan los beneficios esperados.

Actualmente hay voces contrarias a la excesiva medicalización del parto, la transformación del parto en una enfermedad, el uso excesivo de tecnología, que implica el uso de técnicas, procedimientos y medicamentos innecesarios en las tres fases de trabajo de parto sin que de ello deriven beneficios clínicos o de salud.

Actualmente en España la práctica totalidad de los partos ocurren en instituciones sanitarias y se atienden con un excesivo intervencionismo médico, como si se trataran de partos patológicos. Esto lleva aparejado un nº innecesario de cesáreas, inducciones con prostaglandinas y muchas complicaciones por una manipulación inoportuna del parto que se traducen en un aumento de la morbi/mortalidad materno-fetal inducida por sobre intervención.

Esta situación ha motivado informes publicados por la OMS⁸ y otros organismos oficiales,⁹ alarmados ante la preocupante y rápida expansión del desarrollo y uso de practicas para acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto habituales en nuestro medio pero *“inútiles, inoportunas e innecesarias... que constituyen un riesgo para la salud materno fetal”*.

Hay múltiples argumentos científicos que apoyan la tesis de que la práctica médica es excesiva y por eso mismo iatrogénica: el enema anteparto, la amniotomía sistemática, son innecesarias. La monitorización continua, no mejora los resultados obstétricos, sino que aumenta la incidencia de cesáreas, el reposo absoluto en fase activa no esta recomendado, lo mismo que la administración de Oxitocina, aunque en nuestro país sea generalizado. La episiotomía sistemática tampoco mejora los resultados perinatales ni el bienestar fetal, sin embargo, se practica aun de forma generalizada en nuestro país.

⁷ No en términos de mortalidad perinatal que son equiparables pero sí en términos de satisfacción de las familias, de respeto y dignidad a los protagonistas del parto y de salud física y emocional a madres y bebés en FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I., *La Revolución del Nacimiento*, Barcelona, Granica, 2006.

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé*, Brasil, Conferencia Internacional de Fortaleza, 1985.

⁹ DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS DE 8 DE JULIO DE 1988., Carta de los Derechos de la parturienta, Resolución, Doc. A2-38/88.

A esto hay que añadir que la formación de enfermeras especialistas en el modelo biomédico y la demanda de las mujeres, que no saben nada de otras formas de parir y confían ciegamente en el buen criterio médico.

A estas recomendaciones se unen los cambios legislativos que se están produciendo en los últimos meses como la “**Propuesta de Estrategia de Atención al parto normal en el SNS**” de octubre de este mismo año¹⁰. En dicho documento se recogen propuestas realizadas por usuarias, sociedades profesionales médicas y de enfermería implicada en los procesos asistenciales, se revisa la evidencia científica disponible en la atención al parto, actualizando algunas prácticas habituales hacia otras basadas en el conocimiento.

El objetivo del mismo es avanzar en el futuro en la mejora de la calidad durante el parto y ampliar las actuaciones en el periodo prenatal y puerperal. En este documento se cuestiona la excesiva medicalización del parto definiéndolo como “...no es más que un proceso fisiológico”¹¹.

Propuestas para el cambio

Ante este panorama de cambio los profesionales de la obstetricia debemos plantearnos ¿Cómo mejorar la atención al parto? ¿Cómo desmontar el cientifismo y la medicalización actual?.

En primer lugar es necesario empezar a desmitificar la práctica médica actual, tenemos que tomar conciencia de los intereses que hay puestos en juego y relativizar el modelo biomédico comparándolo con otros modelos de curación y cuidados¹².

Pero esto no es fácil, los cambios de mentalidad son lentos, tanto para los profesionales como para las usuarias de nuestros cuidados. Todavía las mujeres que deciden parir fuera del hospital son tratadas de extrañas y existe un rechazo de la ortodoxia profesional hacia esas conductas.

El problema principal es que ni las mujeres ni los profesionales de la obstetricia, ginecólogos matronas y enfermeras, somos conscientes de las consecuencias a largo plazo que tienen este intervencionismo excesivo para la salud, además de que tampoco este tipo de asistencia es rentable económicamente. La manipulación, la aceleración del proceso natural termina por transformar partos que podrían ser normales en patológicos.

Lo natural en el medio hospitalario es cumplir el programa planificado para el parto, también hay que tener en cuenta la presión asistencial, las demandas de la población femenina.

¹⁰ Propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal del Consejo Interterritorial del SNS presentada en Madrid el día 10 de octubre de 2007.

¹¹ CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD., *Propuesta de estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS*, Madrid, Octubre, 2007.

¹² GALVEZ TORO, A., *La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*, Granada, Fundación Index, 2002.

Bibliografía

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD., *Propuesta de estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS*, Madrid, Octubre, 2007.

GALVEZ TORO, A., *La Medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*, Granada, Fundación Index, 2002.

DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS DE 8 DE JULIO DE 1988., Carta de los Derechos de la parturienta, Resolución, Doc. A2-38/88.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I., *La Revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé*, Brasil, Conferencia Internacional de Fortaleza, 1985.

TOWLER, J.; BRAMALL, J., *Comadronas en la Historia y en la Sociedad*, Barcelona, Masson, 1997.