

Para la OMC el debate suscitado por las recomendaciones a favor de un parto natural no deben centrarse en el número de cesáreas sino en adoptar las medidas necesarias para salvaguardar la vida de madres e hijos

- Un parto es una situación de riesgo y hay que tener al alcance todos los medios técnicos y humanos, tal como se hace actualmente en España
- No se debe tomar como referencia la tasa de cesáreas de la OMS, sino la de aquellos países con realidades sociales y sanitarias similares al nuestro

Madrid, 16 octubre 2007

Para la OMC el debate suscitado por las recomendaciones a favor de un parto natural no deben centrarse en el número de cesáreas sino en adoptar las medidas necesarias para salvaguardar la vida de madres e hijos. Hacerlo en un marco sanitario de bienestar y en las condiciones previamente aceptadas por una madre bien informada

Se habla de cesáreas abusivas, rasurados innecesarios, posturas poco cómodas para la mujer o episiotomías excesivas que hacen que las futuras madres den a luz en un ambiente poco agradable y, muchas veces, sin intimidad. Las tasas de cesáreas en España es superior a la del 15 por ciento recomendada por la OMS. Para acabar con esas situaciones, una de las iniciativas aprobadas ayer por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fue la puesta en marcha de una estrategia de atención al parto normal. En ella, cada comunidad se compromete a trabajar para que sea la mujer la que tenga la última palabra en el proceso, evitando «el parto intervenido sin justificación». «Eso no quiere decir tener el parto en casa», ha puntualizado el Ministro Soria, sino poner los medios para que los centros sanitarios tengan en cuenta aspectos como el respeto a la voluntad e intimidad de la mujer.

Para la OMC aunque son ciertos los datos anteriores por sí solos no parecen suficientes y dan lugar a errores de interpretación. Si ante la recomendación de la OMS se desean establecer comparaciones deben realizarse entre países y realidades sociales y sanitarias superponibles así como ofrecer el resto de la información relacionada como morbilidad y mortalidad de la madre y del niño al nacer. Deben separarse las sensaciones de bienestar porque tiene relación con factores múltiples (acompañamiento, trato recibido, tipo de habitación, comodidades, entorno etc) ajenos a un procedimiento u a otro.

Con relación a las manifestaciones del ministro de Sanidad, Bernat Soria para reducir el número de cesáreas en España y al debate social que sobre este tema se ha producido, la Organización Médica Colegial (OMC) recuerda que siendo siempre un objetivo deseable, la decisión de realizar una cesárea viene determinada por la información y evaluación de la situación que de cada contexto individualizado hace el médico, por la voluntad de la propia mujer y, por encima de todo ello, por el objetivo prioritario de salvaguardar la salud de la madre y del hijo. Pero esto debe ser así siempre, en cualquier proceso de atención al paciente, no solo en el parto.

La OMC añade que la situación actual es consecuencia de muchos factores algunos sanitarios, otros económicos y también políticos. Se promocionó en su momento el parto sin dolor, la anestesia epidural –casi generalizada-, se ha promocionado el riesgo cero para la madre y el niño, se promocionó el parto en el hospital como una situación de riesgo evitable que lo es y que no debía asumirse en el hogar y menos si este está alejado del hospital. La realidad actual es que la Ley de Autonomía de Paciente ampara a las mujeres que desean una cesárea y el hecho es que si un ginecólogo no se la ofrece, se van a otro”, señala Juan José Rodríguez Sendín, secretario general de la OMC. En cuanto a los médicos, resalta que la calidad de la asistencia al parto en España está colocada en los primeros lugares de Europa y que lograr el objetivo de preservar la vida materna y la del niño, en caso de complicaciones imposibles de prever en todos los casos, sólo se alcanza con menor riesgo en el hospital.

La cesárea como todas las técnicas medicas es buena o mala en función de su correcta indicación y mejor realización. En ningún caso puede ofrecerse la apariencia de que la cesárea solo es una técnica perversa, dolorosa, que crea inconvenientes a la paciente y que los médicos aplican de forma caprichosa, y olvidar que la cesárea ha contribuido a reducir la mortalidad fetal y materna de forma definitiva en los países desarrollados. No se pueden comparar los índices de España con los índices de la OMS (en donde se incluyen todos los países) sino que debemos compararnos con los países de nuestro entorno y nivel de desarrollo. La mortalidad en el tercer mundo de madres e hijos disminuirán radicalmente si se pudieran realizar en ellos cesáreas con unas mínimas condiciones sanitarias y si tuvieran médicos suficientes para realizarlas. En países como Estados Unidos, el índice de cesáreas está en el 50%, en los países nórdicos en torno al 20%, entre el 35 y 40 por ciento en Italia, Reino Unido y Grecia. En España, a falta de datos fiables, la situación es muy dispar en unos centros especialmente los públicos estamos alrededor del 20-26% y en otros la tasa supera al 35%.

Pero es preciso recordar que desde que se generalizó el parto hospitalario se ha pasado del 30 por mil de mortalidad perinatal en los años sesenta al siete por mil. Está claro que de las dos mujeres de cada 100 que morían cuando el parto se hacía en los domicilios particulares a principios del siglo pasado, se ha pasado a una sola muerte por cada 17.000 partos que se atienden ahora en el hospital. En África, sin embargo, hoy día muere una mujer por cada 90 partos.

Un parto es una situación de riesgo potencialmente mortal para la madre y el niño. Entre un 20% y un 30% de los embarazos son de riesgo, pero en el resto no quiere decir que durante el mismo no puedan surgir complicaciones difíciles de resolver fuera del hospital. Por otro lado es preciso respetar la decisión de aquella mujer que previamente informada decide y consiente las condiciones en las que desea realizar su parto. Pero no sería aceptable que a partir de ahora por apurar la tendencia en sentido contrario ocurra alguna muerte evitable.

Es cierto que el número de cesáreas en España se puede reducir y sobre todo en aquellos centros que duplican injustificadamente los porcentajes de otros, pero hay otros centros con porcentajes excelentes. No se puede alarmar a la población innecesariamente ni ofrecer una imagen generalizada de mala praxis, ni tampoco ofrecer imágenes idílicas relacionadas con el parto natural. El porcentaje que ofrece

la OMS por diversas razones no es aceptable socialmente en España, entre otras cosas porque en general la mujer que pare por primera vez es mayor de 30 años, no acepta el dolor –que no sufrimiento-, tiene miedo a lo desconocido, rechaza el mismo y la ansiedad que le produce y no estaría dispuesta a aceptar todas las posibles consecuencias y riesgos del parto. En consecuencia se abre un periodo de reflexión, de adaptación sanitaria, de educación, de información para que cada mujer en el mejor marco de atención decida como quiere tener a su hijo y que circunstancias esta dispuesta a aceptar. Esto no es tarea fácil en una sociedad que quiere reducir a cero cualquier riesgo.

Natural o intervenido un parto además puede ser mejor o peor, bien o mal acompañado, más o menos humano. Sorprende que cuestiones tan determinantes como soledad o apoyo psicológico, condiciones sanitarias, comportamientos, en suma el trato recibido por el sistema sanitario no sea objeto de atención mas precisa cuando la estrategia presentada también los menciona. Ofrecer apoyo a la madre es definitivo a la hora de facilitar las mejores sensaciones y sentimientos. Y esto no tiene que ver ni con lo natural ni con lo instrumental y también debería revisarse.

En definitiva, la OMC exige el respeto a la libertad de elección de la mujer bien informada, apoya a los profesionales médicos en sus decisiones científica y éticamente justificadas, defiende la defensa de la vida de la mujer y del hijo por encima de cualquier otra consideración, procurando el mayor bienestar y el menor sufrimiento para las pacientes. El médico en ningún caso debe utilizar procedimientos injustificados o científicamente poco probados pero tampoco someter a sus pacientes a riesgos innecesarios para su salud. Son las obligaciones substanciales del medico que deben estar siempre presentes en sus actuaciones, estando por encima de modas o recomendaciones de oportunidad. Lo contrario debe ser identificado en cada uno de los casos y denunciado como falta a la ética médica.

El nivel de atención médica en el parto y el nivel de cesáreas en España están en línea con el de los países más avanzados y puede mejorar, especialmente en aquellos servicios con porcentajes mas desviados y cuyos procedimientos no se ajustan a las recomendaciones realizadas por las Sociedades Científicas. Sin olvidar que el parto es una situación de riesgo que debe estar controlada en todo momento por los profesionales y realizado en las instalaciones médicas más adecuadas.