

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL PROBLEMA DEL PARTO NATURAL A CESÁREA COMO INDICADOR EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

*Anderson Díaz Pérez, Elvis Eliana Pinto Aragón, Carmenza Leonor Mendoza Cataño,
Angélica Roca Pérez, Juliana Andrea Duque Bravo y Raydan Serrano Lizarazu*

El aumento del número de partos por cesárea en los años 1995 al 2005 que se reportan en Colombia supera el 15 % donde según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los partos atendidos por instituciones de salud superaron del 2005 al 2011 la cifra de 90 % de cobertura, en donde el 95 % de los partos fueron atendidos por personal cualificado y de estos el 34 % por cesárea (datos del 2005 al 2010) (55,56).

La cesárea viene en aumento creciente en el país desde finales del siglo anterior, actualmente se calcula que entre 25 % y 30 % de los nacimientos se atienden mediante cesáreas, con extremos en Departamentos como San Andrés y Atlántico en donde 2/3 partes de los nacimientos ocurre mediante dicho procedimiento (1). La cesárea está mayormente extendida entre mujeres educadas, con altos ingresos, residentes en medios urbanos. Departamentos como Cauca y el Chocó muestran por-

centajes de nacimientos por cesárea de 12-15 %. En los departamentos del Atlántico – Bolívar para el 2005 fue 38,9 %, Bolívar-Sucre-Córdoba en 2005 fue del 29 %, cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican que el 30 % de los partos ocurren por vía trans-abdominal (55).

Estudios recientes han llevado a gran preocupación sobre todo a nivel de las sociedades médicas como la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), los cuales mostraron que la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013; es decir, que se convierte en una problemática de interés para la salud pública, lo cual requiere educar a las mujeres como una forma de brindarles herramientas de justicia de su lucha personal-colectiva de reivindicación de sus derechos para exigir la prevención de la intervención por cesárea sin indicación precisa, ya que este procedimiento incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal (57). El mismo estudio plantea que los factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea, lo cual vulnera la autonomía reproductiva de la mujer, quien por el temor que conlleva tener un hijo, la mujer es fácil de convencer para cambiar la forma de parto, en el cual las instituciones y el Estado como forma de biopoder convergen en estructuras de sometimiento para disminuir la voz de la mujer como una forma de violencia obstétrica llevando a que no pueda materializar sus decisiones (58,59).

La tendencia ascendente de la cesárea observada en Colombia, según los especialistas, corresponde a un fenómeno que se ha observado en varios países de América Latina, Asia suroriental, Norteamérica, Suráfrica y en países de Europa, lo cual podría obedecer a factores como: la moda del parto programado por cesárea electiva, conveniente para el especialista y para la futura madre y su familia (55). No obstante en los últimos años ha venido en disminución según los datos del DANE al 2015, sin embargo no se puede generalizar a todos los Departamentos del país como se muestra en la Tabla 1 (60).

Tabla 1. Nacimientos por tipo de parto en los departamentos

TOTAL		TIPO DE PARTO				
		Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	667.017	350.569	308.663	7.535	86	164
Antioquia	76.072	46.596	26.795	2.673	5	3
Atlántico	40.982	10.434	30.532	15	1	0
Bogotá	103.903	57.900	43.038	2.962	3	0
Bolívar	36.376	14.594	21.720	60	2	0
Boyacá	15.831	10.085	5.526	215	4	1
Caldas	10.032	7.000	2.947	85	0	0
Caquetá	7.511	4.451	3.051	5	4	0
Cauca	18.316	12.218	6.063	19	16	0
Cesar	21.474	8.563	12.899	11	1	0
Córdoba	27.155	9.697	17.440	15	3	0
Cundinamarca	34.866	20.737	13.535	594	0	0
Chocó	6.992	4.885	2.082	19	1	5
Huila	20.169	12.601	7.484	80	4	0
La Guajira	14.192	6.567	7.621	2	2	0
Magdalena	22.752	8.146	14.593	5	0	8
Meta	15.671	10.175	5.316	178	2	0
Nariño	18.437	9.469	8.903	57	8	0
Norte de Santander	20.281	8.357	11.877	46	1	0
Quindío	5.862	3.955	1.817	89	1	0
Risaralda	11.124	8.065	3.009	46	4	0
Santander	30.951	14.706	16.166	79	0	0
Sucre	15.020	4.120	10.885	14	1	0
Tolima	18.303	10.628	7.390	165	1	119
Valle del Cauca	53.405	32.836	20.497	63	6	3
Arauca	3.987	2.206	1.773	6	2	0
Casanare	6.990	4.567	2.407	13	3	0
Putumayo	4.341	2.776	1.546	6	3	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	868	271	595	2	0	0
Amazonas	1.518	1.244	270	4	0	0

TOTAL		TIPO DE PARTO				
		Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	667.017	350.569	308.663	7.535	86	164
Vaupés	429	381	46	1	1	0
Vichada	1.126	938	180	2	4	2

Fuente: DANE - Estadísticas Vitales. Cifras con corte a 31 de diciembre de 2015 (publicadas en marzo 30 de 2016)

Un problema desde los esquemas de la medicalización radica en considerar el poder económico por encima de la dignidad de las personas, ya que en Colombia como en otros países el modelo reinante de la economía neoliberal del desarrollo, medía el progreso de un país reflejado en el PIB, lo que no deja ver la dirección correcta que hay que seguir para considerar a la mujer como un ente activo en decisiones políticas de orden económico con una visión diferente pero complementaria para considerar otros elementos de desarrollo donde su dignidad se respete en cuestiones de sanidad, educación y el acceso al empleo; es decir, de orden una libertad política, desde este contexto de análisis normativo como lo propone Martha Nussbaum (10).

Colombia tiene una población de 48.23 millones al 2015, con un PIB de \$377.7 mil millones en el 2014 y un crecimiento del PIB 4,6 % en el 2014 (61); sin embargo, según los mismos datos del Banco Mundial estos no redundan en un mayor porcentaje de población que culmina los estudios en todos los niveles, y aunque existe una mayor cantidad de personal de salud cualificado no disminuye significativamente la muerte de niños menores de 5 años (62). Nussbaum lo describiría como un concepto normativo de aquello que debería ser, pero no lo es ya que no se está mejorando (10).

Aproximadamente el 30 % de los 700.000 nacimientos/año que ocurren actualmente en Colombia (unos 210.000), se atienden por cesárea.

Mientras la atención de un parto vaginal le cuesta al sistema de salud alrededor de \$ 600.000 (US\$ 300), el de una cesárea, le cuesta alrededor de \$ 1.500.000 (US\$ 750). Un cálculo aproximado para dar idea sobre cuánto le representa al sistema de salud el costo de 100.000 cesáreas, posiblemente innecesarias, es decir, por encima del 15 % que recomienda la OMS, arroja una cifra considerable (unos 75 millones de dólares), y obliga a pensar en el impacto que tiene la incidencia de este problema sobre los costos en salud.

A pesar de los avances médicos en el campo ginecológico existen actualmente dos fenómenos que impactan directamente la salud de la mujer durante las etapas del embarazo, parto y puerperio: la alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal y el preocupante aumento de la cesárea (63). Estos datos evidencian el poder de la medicalización desde el punto de vista económico y cultural a nivel de los profesionales de salud que tienden a desplazar las preferencias de la mujer por intereses particulares, colocando en riesgo incluso la vida de la paciente y del feto, convirtiéndose en un problema de salud pública aquello que debe ser la solución, es promulgado y casi aceptado desde el utilitarismo como una política neoliberal con un componente económico, el cual no comprende emociones donde la compasión y el respeto por la mujer se dejan de lado, incrementado la inequidad social al momento de enfrentar la brecha existente entre la atención del parto por cesárea que recibe la mujer educada y de altos ingresos frente a aquella perteneciente a sectores de bajos ingresos, residente en zona rural y con pocos años de educación a su haber (64), lo cual conlleva a promover el miedo por el abuso de autoridad y por ende al resentimiento e indignación sometidas a estos abusos de vulneración de autonomía y naturaleza como mujer. Se disfraza el hecho desde la necesidad de acortar el trabajo del parto y reducción del estrés materno y/o del sufrimiento fetal; la posible reducción de otras complicaciones en la madre y riesgo para el feto durante y después del parto natural; el temor del obstetra a demandas legales en caso de futuras secuelas del producto de

la gestación, derivadas de complicaciones de un trabajo de parto prolongado o instrumentado y los diagnósticos obstétricos sin fundamentación clínica para justificar la indicación quirúrgica (55,65).

La mujer en la etapa de la gestación presenta cambios desde el inicio y durante el transcurso de esta, que pueden ser negativos y positivos, por la influencia de cada uno de los factores socioculturales y la medicalización médica que va cambiando la percepción y la autonomía de la mujer en la toma de decisiones en el momento de decidir la forma del parto (66), donde este se caracteriza por ser un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de percepción tales como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad (67).

La intervención de los obstetras es, sin duda, importante a la hora de complicaciones en el embarazo o parto; en los países desarrollados, se evidencia que los obstetras tratan de evitar que las mujeres puedan participar en las decisiones acerca de su maternidad, convenciéndolas del parto con manejo epidural para el dolor (68). Podría pensarse que lo que se pretende a toda costa es conseguir partos rápidos concibiéndose al parto como un evento patológico y de este modo se restringen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozar plena y autónomamente ese proceso, configurando una de las formas de violencia estructural de género con una manifestación de violencia obstétrica (69).

La intervención médica no respeta los ritmos naturales y recurre a prácticas, como la administración de oxitocina, que provoca contracciones uterinas tan dolorosas que hace imprescindible la administración de anestesia epidural, con lo que se inicia una cadena de prácticas médicas “intervencionismo” que muchas veces acaba de manera trágica, pues se quiere convertir al cuerpo de la mujer en una máquina que “expulse” lo antes posible al bebé (70,71).

La medicina, para Foucault, puede ser considerada como un poder-saber << no se critica la profesión médica esencialmente por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce un poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte>> (72), es decir, un saber al servicio del poder, un poder que se vale de saberes concebidos como verdaderos e incuestionables (73).

La medicina como ese conjunto de saberes culturales con transformaciones económicas y hegemónicas que ajusta tecno-democratiza las prácticas y concepciones médicas de acuerdo a una determinada época, llevando a que muchas de esas prácticas provoquen una parálisis del proceso de parto, que necesita, entre otras cosas, un ambiente relajado, el cual no se posee en la mayoría de los casos. De hecho, la vida humana se ha medicalizado de tal modo que incluso antes de nacer nuestra primera identidad será la de pacientes (73).

Los médicos dictan normas que las mujeres deben cumplir para responder al ideal de madre. Así pues, desde que nacemos la medicalización se superpone, claramente en contra de la moral vulnerando la autonomía de la mujer, donde el maltrato se manifiesta de diferentes formas violando sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, que se relacionan con la organización de los servicios de ginecoobstetricia, así como en la forma en como los residentes realizan su formación académica y en la manera cultural en que estos perciben a las propias mujeres (74,75).

La filosofía del parto humanizado se fundamenta en el hecho de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos; se asume que el cuerpo de la mujer está diseñado para parir y el bebé se desarrolla con la habilidad de nacer, además de considerar que las prácticas y técnicas se deben dar consensuadas y deliberadas con el paciente en el marco de relaciones simétricas de poder, donde incluso proponen un modelo intercultural de atención del parto como una forma de invitar a los profesionales a escuchar y desarrollar su empatía para con el sexo contrario (76).

El parto medicalizado, es decir, intervenido a través de tecnologías, medicamentos y procedimientos, tal como los conocemos, en el uso de ultrasonido como herramienta de monitoreo, la inducción y manejo del parto con oxitocina sintética intravenosa, la ruptura artificial de membranas, el monitoreo fetal, la episiotomía, la posición de litotomía, el corte de cordón, la anestesia y analgesia y la cesárea, en el cual la palabra de la paciente o de sus familiares, solo interesan en tanto ofrezcan indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza, para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto, mientras se les toma como “tontas” <<ellas no saben nada, no entienden>> (74), esto es el reflejo de un sistema hegemónico-biomédico despersonalizado, en donde las mujeres son objeto de abusos que afectan su salud mental y física.

Es claro en cualquier sentido que el poder de la medicalización en relación a la asimetría de poder arrebató tanto física como simbólicamente a las mujeres la comprensión de sí mismas como seres humanos plenos y capaces de vivir sus procesos biológicos y sobre todo con habilidades para un desempeño válido durante el parto natural (77), el parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, y convierte a la información en herramienta de toma de decisiones para que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé (78). El interés en una asistencia más humanizada se traduce, muchas veces en la práctica, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada; y equiparando una asistencia respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización y en respeto por la autonomía de la mujer. Los aspectos de calidez y confianza quedan, en ocasiones, en segundo término en la conceptualización de este nuevo modelo biomédico (79), lo que conlleva a un desconocimiento antropológico del cuer-

po femenino como un elemento activo, dinámico, autónomo y eficaz que está naturalmente dotado con todas las herramientas biológicas necesarias para afrontar el parto (80).

El parto normal descansa sobre una imagen de un cuerpo que ya contiene antes del alumbramiento toda la sabiduría necesaria para poder dar a luz; un desconocimiento que conlleva a una forma de violencia de género (80,81) donde la vulnerabilidad por el dolor, la angustia hace que se produzcan formas de disociación entre el cuerpo y la mente de la mujer lo que no la convierte en un espectador de su propia obra sino en protagonista de sus propias formas emocionales de verse, interpretarse y comprenderse y que a su vez exige compasión y solidaridad por parte de los otros, conformando un conjunto interrelacionado de derechos de aquel que cuida y de aquel que tiene una carga sustancial de emociones.