

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro

Quito-Ecuador

Tel.: (593-2) 323 8888

Fax: (593-2) 3237960

www.flacso.org.ec

ISBN:

Cuidado de la edición: Paulina Torres

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: Rispergraf

Quito, Ecuador, 2008

1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Medicalización e industria del nacimiento

Raúl Mideros Morales*

*[N]uestra sociedad quiere a la mujer obediente,
sumisa, por no decir humillada, castigada.*

Frédéric Leboyer (1996: 18)

Introducción

El título de este trabajo fue inspirado por el libro de Michel Odent *El granjero y el obstetra*, una de sus más recientes y lúcidas contribuciones; además este trabajo, de alguna manera, sintetiza mi experiencia de partero, de antropólogo y profesor universitario que ha sido recogida en otras comunicaciones académicas de los últimos años desde la Universidad Andina Simón Bolívar, años en los cuales he tenido la oportunidad de tomar contacto directo con el embarazo, el parto, el nacimiento y la lactancia, a la vez que distanciarme del universo de significado y de la semántica monocultural de la ciencia biomédica.

Hace diez años justamente llevé a cabo la primera indagación sobre el tema, en esa ocasión la pretensión fue establecer la tasa de cesáreas en algunas clínicas privadas de Quito; se trató de una averiguación “clandestina”, ya que esta información no estaba ni está disponible al público, tampoco es objeto de declaración obligatoria, no hay datos sobre los tipos de atenciones obstétricas en el Ecuador, ni en el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) ni en el Ministerio de Salud Pública (MSP), simple-

* Profesor de la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito-Ecuador.

mente no se procesa la información contenida en las actas o certificados de nacimiento que llegan al INEC, tampoco interesa a los funcionarios del MSP los “libros de nacimientos” de las clínicas y maternidades. La constatación de este “secreto” sobre el número de cesáreas que se efectúan en las instituciones privadas me llevó a otras importantes evidencias acerca del fenómeno que Odent denomina “industria del nacimiento” y que adjetivizo con el término medicalización, la punta del iceberg de un fenómeno global auspiciado por el desarrollo científico tecnológico biomédico.

¿Cuál es la evidencia que da cuenta de este acontecimiento, tanto global como local, de medicalización e industrialización del nacimiento?

La referencia empírica, la recojo de los procedimientos de diferente complejidad que se han introducido en el campo obstétrico y que ahora hacen parte de protocolos y rutinas hospitalarias como de los menús (o “combos”) médicos, entre los que se cuenta la operación cesárea, la cual pasó de ser una intervención excepcional, sólo realizada tras la muerte de la madre en el parto en el intento de salvar la vida del feto, a ser la manera de nacer de cuatro de cinco niños en instituciones privadas de las ciudades de Quito y Guayaquil. A esta fecha la cesárea “a la carta” es aceptada por varias sociedades científicas, como la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología (octubre de 2003) y muchos cirujanos obstetras favorecen con entusiasmo la cesárea programada “a pedido”, tanto en clínicas privadas como en hospitales y maternidades públicas.

La primera cesárea que se registra en la historia occidental data del año 1500, en Suiza. “La embarazada, tras varios días de parto, fue intervenida por su esposo, Jacobo Nufer, de oficio carnicero” (Olza y Lebrede, 2005: 31). Sin embargo, la primera cesárea médica fue llevada a cabo por Jeremías Trautman, en el año 1600.

Al cabo de cuatrocientos años, aproximadamente, la cesárea es la intervención quirúrgica más popular entre las mujeres modernas urbanas del Ecuador, quienes le perdieron el miedo a la anestesia y al escarpelo, en buena parte seducidas por la promesa de un “parto sin dolor”, o por evitar el “padecimiento” de horas de una labor de parto, o para obviar “las

molestias del parto”, o simplemente para evitar dañar su silueta; eso sí, con la consabida justificación, siempre a la mano, de prevenir el “sufrimiento fetal”.

La operación cesárea es una “cirugía mayor” con un riesgo, en promedio, cuatro veces superior al de un parto vaginal (en condiciones óptimas...) y está justificada en un 5 a 15 por ciento de los nacimientos según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este procedimiento sustituyó al forceps (invento árabe que fuera rediseñado por Chamberlain en 1720), de uso popular durante los siglos XIX y XX, pero sólo superado por la cesárea a partir del invento de la anestesia, la antisepsia (Lister, 1860), la asepsia, la hemostasia, las suturas con materiales resistentes, el uso de guantes de goma, la técnica de histerotomía en el segmento uterino inferior (Monro Kerr, 1921), el corte exterior horizontal de la piel (Pfannestiel, 1920) y, finalmente, la introducción de la técnica de separación de las fibras musculares uterinas con los dedos (Joel-Cohen, 1987).

En casi cien años de experimentación y adaptación tecnológica se logró un nivel en la destreza quirúrgica con una afectación significativa en la mortalidad materna y un incremento considerable en la cifra de partos por cesárea.

“En 1986, en Estados Unidos, las cesáreas habían aumentado al 24 por ciento [y] en España, la tasa de cesáreas pasó del 9,7 por ciento en 1984 al 18,2 por ciento en 1998, pero en el 2001, la tasa ya rondaba el 23, [m]ientras en Estados Unidos alcanzó el 27,6 por ciento en el año 2003. En menos de 150 años, la sociedad occidental ha pasado de celebrar el uso de una técnica médico-quirúrgica, que puede salvar la vida de algunos niños con dificultades en su nacimiento, a convertir la cesárea en otra manera de nacer” (Olza y Lebrede 2005: 35).

De los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) realizada en los años 1994, 1999 y 2004 obtenemos valiosas evidencias que presento a continuación:

En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 por ciento (período 1989 a 1994), del 19,9 por ciento (período 1994 a 1999) y se eleva al 25.8 por ciento (en el período 1999 a 2004).

Las cesáreas son más frecuentes en el área urbana (34,0 por ciento), el caso de la Maternidad Isidro Ayora (Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora) es representativo de los servicios públicos, ahí la tasa de cesáreas actualmente es del 33 por ciento, mientras en las zonas rurales es del 16,1 por ciento. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro (38,3 por ciento, 35,6 por ciento, 34,4 por ciento y 38,4 por ciento, respectivamente), mientras que las más bajas están en las provincias de Bolívar y Esmeraldas.

Las mujeres con instrucción superior tienen la tasa más alta de cesáreas (49,1 por ciento), casi cinco veces más alta que la de mujeres sin educación formal (10,1 por ciento). El nivel económico muestra un comportamiento parecido al anterior en el sentido que las mujeres de nivel bajo presentan la tasa de cesáreas más baja, aumentando sustancialmente hacia el nivel alto (del 14,7 por ciento al 48,9 por ciento).

“La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 por ciento, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 por ciento). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (50,0 por ciento), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49,8 por ciento), en el Patronato San José (40,2 por ciento) y en la Junta de Beneficencia (35,5 por ciento) (ENDEMAIN: 2004: 175).

La hegemonía biomédica y su impacto en la medicalización del nacimiento puede ser rastreada también a través de otras fuentes estadísticas, los anuarios de estadísticas vitales, que informan de la tendencia en el comportamiento de atención del parto, entre “partos institucionales”, así denominados los hospitalarios, y los “no institucionales”, así como entre partos con “asistencia profesional” (médico especialista, médica general, obstetrix o enfermera) y aquellos “sin asistencia profesional” (partero, comadrona, familiar o autoasistida).

El supuesto del que parte la biomedicina y el sanitarismo hegemónico es el de considerar sólo a ciertas profesiones universitarias con la capacidad (formación) para ser prestadores exclusivos de los servicios obstétricos y dejar fuera a todo el resto, a quienes se les etiqueta de “empíricos”.

En el período comprendido entre 1989 a 1994 sólo 6 de cada 10 partos fueron atendidos por profesional (60 por ciento), mientras que en el período de 1994 a 1999 la cobertura de parto institucional llegó al 69,2 por ciento, sensiblemente más alta en el área urbana (86,2 por ciento), para el período de 1999 a 2004 fueron atendidos por “personal capacitado”, a nivel nacional, el 74,2 por ciento, pero existe una amplia brecha de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, ya que la cifra cambia del 88,6 por ciento para las que residen en el área urbana al 57,1 por ciento para las del área rural.

Los partos clasificados como “en casa” fueron 34 por ciento (en el período 1989 a 1994), 29 por ciento (en el período 1994 a 1999) y 23,8 por ciento (en el período 1999 a 2004), de estos sólo el 14,3 por ciento (en el período 1994 a 1999) y 12,7 por ciento (en el período 1999 a 2004) fue atendido por una partera. Del total de partos de mujeres indígenas, sólo el 30,1 por ciento tuvo atención profesional.

En el Ecuador, de los partos en establecimientos de salud, durante el período julio de 1999 a junio de 2004, la gran mayoría fueron atendidos por médicos (85,2 por ciento) y el 12 por ciento por obstetrices, para un total de 97,2 por ciento. Sólo el 1,5 por ciento fue atendido por personal de enfermería (ENDEMAIN, 2004: 179). Esta estadística es reveladora de la exclusión que sufren tanto obstetrices como enfermeras en las instituciones de salud.

Sin embargo, los datos y la evidencia contemporánea revelan que las parteras son más seguras que los médicos en partos de bajo riesgo. Un amplio estudio que toma en cuenta cuatro millones de nacimientos de bajo riesgo, atendidos por parteras o por médicos, puso en evidencia que las parteras tuvieron un 33 por ciento menos de muertes en neonatos y 31 por ciento menos bebés con bajo peso al nacer (MacDorman; Singh, 1998: 310-317).

Johnson y Daviss informan de otro estudio de parteras que atendieron más de 5000 partos planeados en casa, en donde se estableció que estos nacimientos son tan seguros como los partos hospitalarios de bajo riesgo atendidos por médicos (2005: 1416-1419).

Otra faceta del mismo fenómeno son las intervenciones médicas en la salud reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos, según lo revela la

última encuesta ENDEMAIN 2004, la misma que informa que la esterilización femenina es el método más usado en el país (24,2 por ciento), le sigue muy por detrás el uso de anticonceptivos orales (13,3 por ciento) y el DIU (10,1 por ciento).

“La esterilización femenina se mantiene como el método de mayor prevalencia en el área urbana y rural, en todas las regiones y en la mayoría de las provincias, a excepción de Tungurahua, Bolívar y Esmeraldas, destacando su uso en Manabí (41 por ciento), Carchi (29 por ciento) y El Oro (27 por ciento). Se nota que el uso de métodos tradicionales (ritmo/Billings y retiro) es mayor del 20 por ciento en las provincias de Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo y Loja” (UCE-INEC, 2006: 49).

Como se puede apreciar, los comportamientos de las mujeres en la esfera de la salud sexual y reproductiva han sido fuertemente afectados por la “cruzada” civilizatoria biomédica, al punto de que la primera opción para parir o para dejar de concebir es quirúrgica. El camino privilegiado actualmente para evitar la concepción y para nacer nos conduce inexorablemente al quirófano, nos remite a acciones mecanizadas realizadas en serie y a “un trabajo en cadena” (Odent, 2002:32).

Pero, las cosas no quedan sólo ahí, la introducción del “monitoreo fetal” (registro gráfico de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y de la frecuencia cardíaca fetal) en los cuartos y salas de labor, a pretexto de llevar a cabo un “control obstétrico” más eficiente y en la perspectiva de una “obstetricia profiláctica” o preventivista, se convirtió en la norma y en la forma “normal” de establecer el siempre probable “sufrimiento fetal” que justifique una intervención quirúrgica salvadora de la vida.

En conclusión, la medicalización de la maternidad durante el siglo XX fue uno de los efectos de la revolución científico tecnológica, producto de la cual el cuerpo de la mujer y del bebé por nacer fueron objetos de control por un saber especializado, la moderna obstetricia biomédica, una ciencia que se perfeccionó en tanto práctica quirúrgica y discurso de control e intimidación, al producir las amenazas y miedos más eficaces para

el sometimiento de la voluntad, del instinto maternal y del cuerpo femenino, basta constatar cómo son atendidas muchas mujeres en los servicios públicos y privados. Ellas permanecen acostadas e inmovilizadas, sujetas de ambos brazos y con prohibición de levantarse, así transcurren largos minutos u horas de dolor e indefensión.

El otro aspecto que revela la magnitud de ese proceso de industrialización es el grado de hacinamiento y el incremento de los estándares de productividad profesional en enormes maternidades, como es el caso del Hospital Isidro Ayora, no importa si hay o no cama, si hay o no capacidad de atención, no importa si el cansancio desborda, simplemente hay que llegar ahí, porque hay doctores; sin embargo estos doctores son insuficientes, están formados en las técnicas quirúrgicas y de urgencia y, por supuesto, más predispuestos a proporcionar una atención rápida, aunque despersonalizada, de esas en serie y sin consideraciones mayores, como si se tratara de una “línea de montaje” en una fábrica, ya que a la cuenta están ahí “para salvar vidas” y no para ofrecer confort y peor calor humano.

Pero, el Ecuador se encuentra en una transición política abierta por la Asamblea Nacional Constituyente, la misma que formulará en el 2008 la nueva Carta Política del Estado ecuatoriano y algunos cuerpos legales; esta coyuntura abre posibilidades de expresión ciudadana y movilización social alrededor de temas represados o limitadamente atendidos como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y jóvenes, los derechos colectivos de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, así como el tema de la calidad de la atención en los servicios de salud, por eso es posible imaginar que la tendencia medicalizadora del nacimiento no es absoluta, que enfrenta fuerzas contra-hegemónicas, como la corriente del parto natural y la no violencia en el nacimiento, aspectos centrales de otra comunicación.

Este Libro se terminó de
imprimir en junio de 2008
en la imprenta Rispergraf
Quito, Ecuador