



CESÁREA, ¿UNA OPCIÓN? (II)

Marsden G. Wagner

Otras ventajas para el médico cuando una mujer elige la cesárea

La cesárea electiva conviene mucho a los médicos porque les permite planear, programar y tener más al alcance «la obstetricia diurna». Los estudios efectuados en el Reino Unido y en EE.UU. no sólo demuestran que los partos son mucho más comunes de lunes a viernes en las horas diurnas, sino que lo más sorprendente es que las cesáreas urgentes muestran una distribución sesgada que favorece los días de entre semana y las horas diurnas (8). El médico efectúa una cesárea en veinte minutos; en cambio para un parto vaginal ha de estar en el hospital o de guardia durante doce horas o más por término medio. En los sistemas como los de EE.UU., Canadá, Bélgica y Brasil, en los que los obstetras se ocupan principalmente de la atención de la madre, incluidas las revisiones rutinarias prenatales y la atención de partos normales, la conveniencia de la cesárea es decisiva en el ejercicio de su práctica.

En casi todos los sistemas privados de asistencia maternal, los médicos y hospitales ganan bastante más dinero con las cesáreas que con los partos vaginales. Los estudios realizados en EE.UU. han demostrado que las mujeres que más eligen la cesárea son de raza blanca, están casadas, tienen un seguro médico privado y dan a luz en hospitales privados. Pero estas mujeres son las que menos riesgo corren de sufrir alguna complicación médica durante el parto que pueda requerir una cesárea; un raro ejemplo de mujeres ricas que reciben una atención médica menos segura que las mujeres pobres. La OMS expone: «en los Estados Unidos el afán de lucro explicó que el aumento del índice de cesáreas en los hospitales fuera alto incluso para el nivel de vida de Estados Unidos» (14)

«Los altos índices de cesáreas significan más ganancias para médicos, hospitales, tecnología médica e industria farmacéutica»

Los médicos que practican una cesárea tienen la satisfacción de hacer uso de un manejo quirúrgico que han tardado años en dominar. Una vez que el doctor y la futura madre están de acuerdo en que ésta sea sometida a una cesárea, el médico adquiere todo el control y el elevado estatus de cirujano. En cambio, la mujer y su familia, en lugar de participar en el nacimiento de su hijo, se convierten en espectadores pasivos y lo dejan en manos del médico, por el que pueden tener un gran respeto o incluso ver como un héroe.

Ventajas que la cesárea aporta a los hospitales y a la industria

En la asistencia médica privada, los hospitales se benefician bastante de las cesáreas ya que es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que llenan camas y salas de operaciones y aportan importantes ganancias a los hospitales. Los de carácter privado compiten por tener pacientes e intentan

convencer a las mujeres de que no den a luz en casa. Los elevados índices de cesáreas refuerzan la idea de la necesidad de hospitales. La cesárea electiva conviene mucho tanto a los hospitales públicos como a los privados porque les permite programarlas durante las horas diurnas, cuando la mayoría del personal médico está presente.

Los intereses comerciales necesitan fomentar el parto de «alta tecnología» que utiliza el máximo equipo y tecnología. Los altos índices de cesáreas significan más ganancias para los médicos, los hospitales, la tecnología médica y la industria farmacéutica.

El derecho a elegir

¿Recibe la mujer toda la información necesaria?

Una mujer que acepte o elija cualquier tratamiento médico o quirúrgico debe, en primer lugar, recibir una información completa e imparcial de aquello que se conoce científicamente sobre las probabilidades de que aquel tratamiento mejore la situación (eficacia) o la empeore (riesgos). Mientras que el principio de recibir información está ganando aceptación, hay aún gente que duda de él, como un médico que después de leer el borrador de este artículo comentó: «Me pregunto si algún doctor tiene tiempo para dar información completa e imparcial sobre aquello que se conoce o si alguna paciente tiene la paciencia para escucharla». Por suerte, semejantes actitudes pertenecerán pronto al pasado.

El médico que vaya a tratar a la mujer tiene la obligación de informarla, pero para ello necesita estar a su vez informado, lo cual puede ser problemático por varias razones. La tradición en la práctica médica moderna es que los médicos basen sus conocimientos y su práctica en «los modelos de práctica médica» generados por otros médicos, modelos que suelen estar en discordancia con las pruebas científicas (15). Últimamente ha surgido un deseable movimiento para basar los conocimientos y la práctica médica en la evidencia, pero en la actualidad hay todavía muchos médicos que no están familiarizados con la evidencia reciente ni con los medios para obtenerla. En un estudio del año 1998, el 76% de los médicos en ejercicio investigados conocían el concepto de la práctica basada en la evidencia, pero sólo un 40% creía que ésta podía aplicarse en gran medida a su práctica médica, mientras que sólo un 27% estaba familiarizado con los métodos presentados en las publicaciones médicas de fundamental importancia y, ante un problema clínico difícil, la mayoría consultaba a otro médico antes que la propia evidencia (16).

El insuficiente conocimiento de los médicos sobre la evidencia científica se ha agravado aún más desde que la información científica acerca de la eficacia y los riesgos de un tratamiento médico no cesa de avanzar; un blanco móvil que requiere estar al día leyendo la información de las publicaciones médicas. Los cambios en los tratamientos médicos requieren tener una nueva información sobre la eficacia y los riesgos que comportan, y que los médicos lean más.

La información de que dispone el médico puede ser parcial y

estar generada por firmas comerciales interesadas en las ganancias o por organizaciones profesionales interesadas en promover una información sobre los tratamientos más convenientes para los médicos. Por ejemplo, muchas organizaciones de obstetricia fomentan el dar a luz en el hospital, ocultando la evidencia que documenta que hacerlo en casa es seguro si se planea con antelación, porque esta opción no les conviene a los médicos. Ahora, los médicos recurren cada vez más a los servicios de chats médicos de internet que están llenos de información errónea sobre la eficacia y los riesgos sin que haya ningún mecanismo que controle su validez.

El resultado es: muchos médicos mal informados que no están capacitados para dar una información completa e imparcial a la mujer. Hay quien cree que la ignorancia de los médicos es una falta de ética profesional (17). Si los médicos no dan la información correcta, la mujer no puede elegir realmente la asistencia maternal que prefiere. Por ejemplo, una mujer que elija la cesárea para evitar la «sentencia bíblica de un parto doloroso» está muy mal informada. Al escogerla, cambia doce horas de dolores de parto por unos fuertes dolores y debilidad postoperatorios y un período de recuperación más largo, sufriendo durante semanas o incluso meses.

«Si una mujer elige una cesárea pero se la niegan porque no hay ninguna indicación médica para ello, ¿es correcto decir que la están forzando a tener un parto vaginal?»

Una mujer liberada tiene todo el derecho a esforzarse para que los hombres no la controlen, pero si acepta el modelo de obstetricia predominantemente masculino, renuncia a la posibilidad de controlar su propio cuerpo y hacer una verdadera elección. Se han escrito páginas y páginas sobre lo liberador y poderoso que es para una mujer dar a luz cuando controla lo que está ocurriendo. Sin embargo, si no toma una elección estando plenamente informada, renuncia a controlar la situación y acata los deseos de médicos y hospitales. Las mujeres que exigen poder elegir pero sólo reciben la información seleccionada que le conviene al médico, adoptan sin darse cuenta la postura médica. Y a eso lo llaman feminismo.

Questiones éticas

¿Tiene una mujer el inalienable «derecho» a elegir una cesárea? A través del Acuerdo de Helsinki se estableció claramente en las leyes internacionales que un individuo tiene el derecho a rechazar un tratamiento médico aunque esté médicamente indicado (Como ejemplo, en el Reino Unido y en EE.UU. se han sentado precedentes legales contra la cesárea forzada). Pero esto no quiere decir que lo contrario sea también cierto: que un individuo tenga derecho a pedir un tratamiento que no esté médicamente indicado.

Si una mujer elige una cesárea pero se la niegan porque no hay ninguna indicación médica para ello, ¿es correcto decir que la están «forzando a tener un parto vaginal»? El embarazo no es una enfermedad o una dolencia, ni una afección. Durante el embarazo, el parto y el puerperio, la gran mayoría de las mujeres no necesita recibir ningún tratamiento médico o quirúrgico. El parto vaginal no es un tratamiento médico, sino la consecuencia inevitable de estar embarazada. Nadie fuerza a una mujer a tener un parto vaginal; es su propio estado de embarazada el que la obliga a ello. No es la profesión médica, sino ella y su pareja sexual los que han de hacerse responsables de ese estado.

Tanto los médicos como los pacientes tienen derecho a decidir el tratamiento que desean seguir. Por ejemplo, si un tratamiento en particular va en contra de los principios religiosos de un médico, éste tiene derecho a negarse a hacerlo. Por tanto, un médico no puede usar la excusa de que como una mujer elige una cesárea, él está obligado a practicarla. Un médico tiene ante todo la obligación de proteger el bienestar de su paciente, y si una mujer le pide una cesárea para la que el médico no ve que haya ninguna indicación médica y si cree, según sus conocimientos, que acarrea un riesgo para ella y su hijo mayor que cualquier posible beneficio, el médico tiene el derecho, quizás incluso el deber, de negarse a practicarla. Nadie le está apuntando con una pistola en la cabeza.

El médico no sólo tiene la obligación de proteger el bienestar de sus pacientes, sino el de su comunidad. Si un paciente presenta los síntomas de una gripe de origen vírico y le pide antibióticos, éste tiene derecho a negárselos por dos razones: la primera, porque sabe que los antibióticos no ayudarán a su paciente, y la segunda, porque abusar de ellos en su comunidad produciría microorganismos resistentes a los antibióticos que supondrían una amenaza para sus pacientes y para la más amplia comunidad.



El abusar de la cesárea electiva supone también una amenaza para la comunidad. Ni siquiera los países más ricos del mundo tienen recursos económicos suficientes para trasplantar todos los corazones, dializar todos los riñones ni dar nuevas caderas a todos los que se beneficiarían con este tratamiento. Hay que

elegir qué clase de tratamientos médicos y quirúrgicos deben ser financiados, y estas elecciones determinarán quién debe vivir. Una cesárea practicada porque una mujer la elija requiere un cirujano, posiblemente un segundo médico que le ayude, un anesthesiólogo, varias enfermeras de quirófano, un equipo, una sala de operaciones, sangre para una transfusión por si se necesita, permanecer más tiempo en el hospital después de la intervención, etc. Algo que cuesta una gran cantidad de dinero y, lo que es igualmente importante, un largo período de preparación para el personal médico, la mayor parte del cual lo ha pagado el gobierno, aunque la cesárea la practique un médico privado en un hospital privado. Si una mujer tiene un parto por cesárea sólo porque ella lo prefiere, habrá menos recursos humanos y económicos para el resto de la asistencia médica.

Por ejemplo, el índice de cesáreas en algunos hospitales brasileños es de un 100%; el de los distritos sanitarios, de un 85%, y el de todo el estado, de un 47,7%. Es evidente que las cesáreas constituyen una gran sangría para los limitados recursos médicos de ese país. Y las mujeres de Brasil también están pagando otro precio. La información del Reino Unido que demuestra que la mortalidad materna se eleva con la cesárea opcional, se ve corroborada con la información de que el índice de mortalidad materna ha subido en las zonas de Brasil con aquel índice tan increíblemente alto de cesáreas (19). Pedir una cesárea es un caro y peligroso lujo.

Otra cuestión ética con relación al tema de las mujeres que optan por la cesárea es el derecho a un equitativo acceso a la



asistencia médica. Casi todo el mundo coincidirá en que no está bien que en muchos países no todas las mujeres puedan recibir una asistencia materna básica y esencial, como una cesárea urgente debida a serias complicaciones médicas. Pero otra cuestión ética muy distinta sería: si las mujeres acomodadas pueden elegir una cesárea, ¿no deberían tener todas las mujeres el mismo derecho?

Las discusiones sobre la igualdad de derechos a recibir asistencia médica deben iniciarse con esta pregunta: ¿derecho a qué? Unos pocos insistirían en que todo el mundo tiene derecho a una extracción de sangre como forma de tratamiento médico. ¿Pero insistirían algunos en que como las mujeres acomodadas pueden permitirse aumentar sus senos quirúrgicamente cuando sienten que son demasiado pequeños, deberíamos usar los fondos públicos destinados a la asistencia médica, aunque estén limitados en cada país, para que todas las mujeres tuvieran el derecho a aumentar sus senos quirúrgicamente?

En vista de estas cuestiones éticas, el Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer de la FIGO (organización internacional que aúna a las organizaciones de obstetricia nacionales) expone en un informe del año 1999: «Practicar la cesárea por un motivo que no sea médico no es éticamente justificable» (20)

¿Por qué se anima a las mujeres a elegir la cesárea?

Después de que el índice de cesáreas haya subido en las dos últimas décadas en muchos países, los esfuerzos para hacerlo descender han empezado a surtir algún efecto: los índices en EE.UU., Canadá y el resto del mundo han bajado varios puntos en los últimos años. En EE.UU., la meta del Gobierno Federal de reducir el índice de un 25 a un 15% en el año 2000 no tuvo demasiado éxito. Sin embargo, hay quienes luchan contra este esfuerzo de disminuir el índice de cesáreas con medios como cuestionar los índices óptimos recomendados (2, 5, 6), sugerir que bajar el índice podría ser peligroso (5) y usar la excusa de que es lo que las mujeres desean (2-6).

«El índice de cesáreas baja cuando no son los médicos, sino las comadronas, las que se ocupan de los partos»

¿Conocemos cuál debería ser el índice adecuado de cesáreas? No hay ninguna evidencia de que un índice superior al 7% salve vidas (9). El índice más óptimo lo dio la OMS: de un 10 a un 15% de todos los partos (21). Ahora, esta cifra se ha puesto en duda y se ha llamado arbitraria (6). Es importante conocer que se decidió a través de consenso en una conferencia de la OMS en la que participaron sesenta y dos personas procedentes de unos veinte países (8). Los participantes, al haber seguido a fondo las publicaciones médicas, conocían los riesgos que comporta la cesárea para la madre y su hijo, y la necesidad de que el índice óptimo fuera el mínimo. Después, los participantes analizaron las variaciones en los índices de cesáreas practicadas en todos los países (8). Como en varios de ellos que tenían el índice más bajo de mortalidad materna y perinatal se descubrió que había un índice nacional de cesáreas de un 10%, a los participantes les pareció que éste era el mínimo óptimo que

salvaba más vidas. Además, los estudios patrocinados por la OMS en muchos países no encontraron ninguna prueba de que los índices de cesáreas que superaban este nivel disminuyeran el índice de mortalidad. Como los participantes sabían que algunos hospitales y distritos tienen una población de mayor riesgo, la recomendación final consensual se cambió de un 10 a un 15%: un 10% para la población en general y un 15% para la población con mayor riesgo. Esta recomendación no fue en absoluto arbitraria, sino que se basó en la mejor evidencia científica, se discutió a fondo con muchos expertos y se llegó a consenso.

Factores médicos que conducen a fomentar la cesárea

Hay quien cree en una mayor necesidad de cesáreas porque los bebés cada vez son de mayor tamaño y la abertura pélvica de la mujer no ha cambiado. Sin embargo, la investigación no ha encontrado nada que demuestre que sean más grandes. Pero esto no debería importar. En Suecia, Dinamarca y los Países Bajos, con un índice nacional de cesáreas de aproximadamente un 10%, y el índice de mortalidad maternal y perinatal más bajo del mundo, no se conoce nada que demuestre que sus bebés sean más pequeños o que sus mujeres tengan las caderas más anchas que las mujeres de EE.UU., Canadá o Brasil. El hecho de fomentar la subida del índice de cesáreas guarda también relación con las numerosas afirmaciones que aseguran que los avances tecnológicos son la razón de que «El parto se ha vuelto más seguro tanto para la madre como para el hijo» (5). Científicamente hay dos problemas con esta idea: ¿dónde está la información que demuestra la mejora en los resultados?; ¿y dónde está la prueba de la relación causal entre los resultados y el uso de la tecnología o el aumento de cesáreas?

«Los médicos se centran en el potencial patológico del embarazo y parto, mientras que las comadronas se centran en su normalidad y potencial de salud»

En las dos últimas décadas en las que el índice de cesáreas ha aumentado rápidamente, ¿se ha visto que los partos hayan mejorado? En los últimos veinte años, en los países sumamente industrializados no ha habido ninguna importante mejora en los índices de parálisis cerebral, peso de los recién nacidos más bajo de lo normal, mortalidad maternal (en EE.UU. el índice podría estar subiendo) o componente fetal de mortalidad perinatal. Los intentos por demostrar que el índice de mortalidad perinatal haya bajado al ascender el índice de cesáreas han fracasado (8). Un estudio realizado en EE.UU. por el National Center for Health Statistics comenta: «Al comparar la proporción entre la mortalidad perinatal y el índice de cesáreas y de partos vaginales operativos, no se ha podido descubrir ninguna correlación en ningún país» (22) Un estudio realizado por la Unidad Epidemiológica Perinatal Nacional de Oxford sobre las



publicaciones científicas que han tratado este tema expone: «Una serie de estudios no ha podido detectar que exista relación alguna entre los índices de cruda mortalidad perinatal y el nivel de partos operativos» (23)

En resumen, no existe ninguna evidencia de que el aumento del índice de cesáreas de las dos últimas décadas haya mejorado el resultado de los partos. Pero, si es cierto que las cesáreas salvan la vida de recién nacidos, ¿por qué no han mejorado los resultados? A medida que las indicaciones para practicar la cesárea se amplían y el índice asciende, cada vez se van salvando menos vidas en todos los casos de cesáreas. Los riesgos que comporta esta importante intervención quirúrgica no disminuyen con la subida del índice. No es de extrañar que al final se llegue a un punto en el que las cesáreas maten a casi tantos bebés como salvan. Pero la mayoría de obstetras no ven esta posibilidad porque viven los casos en los que salvan la vida de un recién nacido, pero en cambio no suelen ver que un bebé ha muerto, por ejemplo, por dificultades respiratorias en una unidad de cuidado intensivo neonatal, horas o días después de la cesárea.

Factores no médicos que conducen a fomentar la cesárea

Las denuncias, el dinero y la conveniencia son los tres factores no médicos que mueven a los médicos a animar a las mujeres a elegir la cesárea, como ya dijimos con anterioridad [ver OB STARE nº2, pág. 16]. Detrás de la promoción de mantener un elevado índice de cesáreas hay otro factor del que rara vez, por

no decir nunca, se ha hablado. Cuando los sistemas de obstetricia se caracterizan por la hegemonía médica y las comadronas se marginan o desaparecen, se descubre un índice más elevado de cesáreas. No es una casualidad que en EE.UU., Canadá y el Brasil urbano, donde los obstetras se ocupan de la mayoría de los partos normales y sólo unas pocas comadronas se encargan de una pequeña cantidad de ellos, sea donde haya los índices más altos de cesáreas. Que un cirujano experto en ginecología sumamente preparado se ocupe de un parto normal es análogo a que un cirujano experto en pediatría haga de canguro de un



niño normal de dos años. Este cirujano estaría desperdiciando su tiempo y su preparación y, cuando el niño se cansara y alborotara, podría sentirse tentado a usar fármacos de un modo inapropiado; en cambio, un buen canguro sabría tranquilizarlo con una variedad de técnicas no médicas durante muchas horas: la medicalización de una infancia normal es similar a la medicalización de un parto normal.

Mientras que los médicos usan el modelo médico del parto, las comadronas abordan el parto con un paradigma distinto. La medicina se centra en el potencial patológico del embarazo y del parto; en cambio, las comadronas se centran en su normalidad y potencial de salud: para las comadronas el parto de nalgas es una variación del parto normal, mientras que para los médicos, es un estado patológico. En un artículo reciente se examinan muchos estudios que demuestran que el índice de cesáreas baja cuando no son los médicos sino más bien las comadronas las que se ocupan de los partos (24). Promover más cesáreas animando a las mujeres a elegirlos forma parte de una campaña para que la profesión de obstetricia controle la asistencia maternal, campaña que también incluye marginar a las comadronas mediante la caza de brujas (25).

Un factor no médico más sutil pero omnipresente que promueve la cesárea es el sistema de creencias subyacente en el enfoque médico de los partos. En general, los doctores en medicina

confían en la tecnología y no en la naturaleza. Un obstetra puntero de Canadá lo dijo claramente: «La naturaleza es una mala obstétrica».

Una ciega confianza en la tecnología conduce a malentendidos. Lo más común es creer que tecnología equivale a ciencia, y que ciencia equivale a progreso. Ya sea en Londres o en una aldea rural de China, una visita a un hospital siempre empieza mostrando el nuevo equipo adquirido.

Unas pocas verdades científicas cuestan de aceptar en el escenario médico: puede que la ciencia se use para desarrollar

la tecnología, pero la tecnología no es una ciencia; el uso de la tecnología no significa la práctica de la medicina científica, ya que ésta consiste en la práctica basada en la evidencia; los avances tecnológicos pueden o no significar progreso; la tecnología no es buena ni mala, y su uso puede aportar resultados tanto buenos como malos. Detrás de estos malentendidos se

encuentra la realidad de que la mayoría de los médicos en ejercicio tiene muy poca preparación o ninguna en materia de ciencia. Además, existe 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; en cambio, los médicos en ejercicio, para tener confianza al tomar decisiones de vida o muerte, deben creer que saben.

«La cuestión ética clave (...) es el derecho a recibir y a discutir una información completa e imparcial antes de escoger cualquier tratamiento médico o quirúrgico»

El enfoque médico, con su diagnóstico y tratamiento, asume que el doctor «hará algo». El enfoque quirúrgico, un subconjunto del enfoque médico, asume, además, que amputar o arreglar algo es la mejor solución, y que un corte es mejor que un desgarro. Que un estudio realizado con médicas en ejercicio descubriera que algunas optarían por la cesárea si esperaran un hijo, sólo demuestra que esas mujeres, después de años de preparación en el enfoque médico y quirúrgico, han acabado creyendo en la tecnología en lugar de hacerlo en la naturaleza.

Los enfoques médicos y quirúrgicos funcionan bien para las enfermedades y las lesiones, pero pueden ser inapropiados

para los partos, ya que en este caso a menudo lo más importante es no hacer nada. Las comadronas tienen buenas manos y saben cuándo cruzarse de brazos.

Conclusiones

La actual manera de fomentar que las mujeres puedan elegir la cesárea no se debe a que la profesión médica haya reconocido de pronto los derechos de la mujer, sino más bien a que el parto quirúrgico aporta muchos beneficios y pocos riesgos a médicos y hospitales. Los médicos están usando la retórica de los derechos del paciente y los derechos de la mujer, y se están aprovechando de que algunas mujeres acomodadas «elijan» la cesárea: la última noticia de primera plana de un periódico del Reino Unido anunciaba «Demasiado pija para empujar», refiriéndose a una cantante del grupo de música pop de las «Spice Girls» que había optado por la cesárea. También en el pasado ocurrió lo mismo cuando se fomentó el dar a luz en el hospital, algo que tampoco se justificaba científicamente pero que era conveniente para los médicos.

Cuando una mujer elige una cesárea en lugar de un parto vaginal significa grandes y pequeños riesgos, y ningún beneficio para su hijo; grandes y pequeños riesgos, y limitados beneficios para la mujer, y grandes beneficios y pocos riesgos o ninguno para los médicos, los hospitales y las industrias médica y farmacéutica. Es muy poco probable que las mujeres eligieran la cesárea si conociesen toda la evidencia científica que demuestra el riesgo que comporta para ellas y sus hijos. La cuestión ética clave no es el derecho a elegir o a pedir un tratamiento quirúrgico importante para el que no hay ninguna indicación médica, sino el derecho a recibir y a discutir una información completa e imparcial antes de escoger cualquier tratamiento médico o quirúrgico.

Tanto las mujeres como sus hijos están actualmente pagando muy caro el fomento de la cesárea. La información científica sobre la mortalidad materna relacionada con la cesárea sugiere que el evidente ascenso del índice de mortalidad materna en EE.UU. y Brasil puede ser fruto, al menos en parte, de su alto índice de cesáreas. La información existente sobre los otros riesgos que corren tanto la mujer como el hijo con la cesárea significa que están pagando muy caro los partos actuales. Y una información adicional sobre los riesgos asociados a la cesárea indica que también lo pagarán muy caro en futuros embarazos. A la salud pública le afecta que las mujeres elijan la cesárea, porque en algunos países se practica una elevada cantidad de cesáreas innecesarias. Y las cesáreas innecesarias constituyen una sangría para el fondo sanitario, aunque se efectúen en el sector privado. Exigir que todo el mundo pueda recibir una

intervención quirúrgica importante significa recibir menos atenciones médicas esenciales. El lujo de las mujeres que optan por la cesárea significa que otras mujeres morirán de cáncer al no haberseles detectado a tiempo por falta de atención médica y de fondos para tan poco seductor pero esencial servicio como son los programas de chequeo para detectar a tiempo un posible cáncer a las mujeres pobres.

¿Quién debe vivir?

Fotografías: Sabrina Cuddy
Traducción: Núria Martí Pérez

BIBLIOGRAFÍA

1. Iovine, V.: *The Girlfriends Guide to Pregnancy*. New York, Pocket Books. 1995
2. Harer, W.: *Patient choice cesarean*. American College of Obstetricians and Gynecologists Clinical Review, 5:2, March/April. 2000
3. Al-Mufti, R., McCarlin, A. y Fisk, M.N.: *Survey of obstetricians, personal preference and discretionary practice*. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol., 73:1, 1. 1997
4. British Medical Journal: *Controversies: Should doctors perform an elective cesarean section on request?*, 317:463. 1998
5. Sachs, B., Castro, M. y Frigoletto, F.: *The risk of lowering the cesarean-delivery rate*. New Eng. J. Med. 340:1, 54-57. 1999
6. Commentaries: Showlater, E. y Griffen, A.: *All women should have a choice*, y Bastian, H.: *Health has become secondary to a sexually attractive body*. BMI 319 (7222), 1397. 1999
7. Hall, M. y Bewley, S.: *Maternal mortality and mode of delivery*. Lancet 354, p. 776. 1999
8. Wagner, M.: *Pursuing the Birth Machine: the search for appropriate birth technology*. Sydney, ACE Graphics. 1994
9. Enkin, M., Keirse, M. Renfrew, M. y Neilson, J.: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Segunda Edición. Oxford University Press, 1995
10. Goer, H.: *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. New York, Penguin Putnam. 1999
11. Plaut, M., Schwartz, M. y Lubarsky, S.: *Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section*. Am. J. Obstet. Gyn. 180: 1535-42. 1999
12. Smith, J., Hernández, C. y Wax, J.: *Fetal laceration injury at cesarean delivery*. Obstet & Gynecol. 90: 344-46. 1997
13. Birchard, K.: *Defence union suggests new approach to handling litigation costs in Ireland*. Lancet 354: 1710. 1999
14. Stephenson, P.: *International differences in the use of obstetrical interventions*. Copenhagen, Oficina Regional Europea de la OMS. 1992
15. Wagner, M.: *The public health versus clinical approach to maternity services: The emperor has no clothes*. J. Public Health Publica 30:1, 19-33. 1996
16. Olatunbosun, O., Edouard, L. y Pierson, R.: *British physician's attitudes to evidence based obstetric practice*. BMI 316: 365. 1998
17. Goodstein, D.: *Conduct and misconduct*. Ann New York Acad. Sci. 775:31-38. 1996
18. Rattner, D.: *Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil*. Rev Saude Publica 30:1, 19-33. 1996
19. Secretariat of Health, Sao Paulo State, Brasil. 1999
20. 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. & Gynaec. 64: 317-22. 1999
21. World Health Organization: *Appropriate technology for birth*. Lancet 2: 436-7. 1985
22. Notzon, F.: *International differences in the use of obstetric interventions*. JAMA 263: 24, 3286-91. 1990
23. Lomas, J. y Enkin, M.: «Variations in operative delivery rates», in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press. 1989
24. Wagner, M.: *Midwifery in the industrialized world*. J. Society Obstet. Gynecol de Canadá 20:13, 1225-34. 1998
25. Wagner, M.: *A global witch-hunt*. Lancet 346: 1020-22. 1995

Marsden Grigg Wagner nació en San Francisco, California. En 1955 se doctoró por la Escuela de Medicina de la Universidad de California, en Los Ángeles, y en 1962 obtuvo el postgrado en Epidemiología perinatal y Reproducción por la misma universidad. Entre su experiencia profesional, destacan seis años como profesor de Pediatría y Salud Pública en la Universidad de California, tres años como co-director de Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud Pública del Estado de California, seis años como director del Centro de Investigación del Servicio de Salud de la Universidad de Copenhague y quince años como Delegado de Salud Materno-Infantil de la OMS para Europa. Actualmente, trabaja como asesor privado. Además, ha pronunciado discursos sobre salud ante el Congreso de EE.UU., el Parlamento británico, la Asamblea Nacional francesa, el Parlamento italiano y el Parlamento danés. Asimismo, ha dado cientos de conferencias en Australia, Canadá, China, Dinamarca, España, Inglaterra, Francia, Italia, Irlanda, Japón, Rusia, Singapur, Suecia, EE.UU., Tailandia... Viaja por todo el mundo hablando de la correcta utilización de la tecnología en el nacimiento y defendiendo el papel de la comadrona para obtener mejores resultados. Tanto sus artículos científicos como libros han sido publicados en inglés, alemán, francés, ruso, italiano, japonés, chino, sueco y danés.