

Diseño de espacios y objetos para el parto integral

Sistematización de las bases científicas y empíricas que apoyan modalidades de parto integral que fomenten el apego, y diseño de los espacios e implementos necesarios para su ejecución.



GOBIERNO DE CHILE
FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

Diseño de espacios y objetos para el parto integral

Sistematización de las bases científicas y empíricas que apoyan modalidades de parto integral que fomenten el apego, y diseño de los espacios e implementos necesarios para su ejecución.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Diseño. Santiago, 2006.

Jefe de Proyecto

Gonzalo Cáceres

Investigadora asociada

Constanza Miranda

Colaboradores

Carlos Sierralta

Eva Veloso

DISEÑO DE ESPACIOS Y OBJETOS PARA EL PARTO INTEGRAL

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Enfocado en el embarazo, parto y puerperio, el estudio se propuso entender y mejorar las condiciones para que antes y después del expulsivo, madre e hija/o, puedan construir una poderosa y duradera interacción.



MOTIVACIÓN

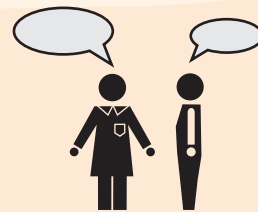
Los primeros años de vida son una etapa decisiva para el desarrollo neuronal, afectivo y social de cualquier individuo.

ETAPAS DE DESARROLLO

1 Investigación cualitativa:



a) Revisión de la literatura biomédica sobre parto integral



b) Consulta a especialistas nacionales



c) Análisis de experiencias innovadoras en parto, tanto en el sector público como en el privado

Especial interés en las experiencias de parto desarrolladas en las maternidades públicas de Villarrica e Iquique

2

Dimensión aplicada:



Promover y financiar

Elaboración de un set de objetos

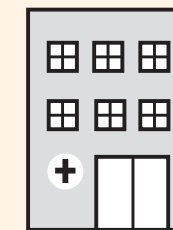


Para favorecer prácticas concretas de humanización del nacimiento

3

Testeo:

Puesta a prueba en dependencias hospitalarias, con el fin de reflexionar sobre la resistencia y/o aceptación que esta línea de objetos provoca.



4

Recomendaciones prácticas:

Favorecer, sobretudo en los nacimientos de bajo riesgo, la conversión de la gestante en una usuaria dotada de derechos.



CONCLUSIONES

Crear las condiciones para elevar la cantidad de partos vaginales ocurridos en el sistema público chileno



La calidad de la atención es la clave a reformar

PROPUESTA

Crear un programa multisectorial, estatal y descentralizado de humanización del parto:

- ~ Modificar los sistemas de atención de las maternidades públicas
- ~ Feminizar y fortalecer los recursos humanos orientados al parto con respeto
- ~ Rediseñar las maternidades existentes (equipamiento y mobiliario)



Índice

Agradecimientos.....	6
1. Introducción.....	8
A) El enfoque perinatólogo.....	10
2. Hacia la superación de prácticas desfavorables.....	12
A) Enema de rutina antes del parto.....	13
B) Rasurado de rutina del vello perivulvar y perineal.....	13
C) Restricción al consumo de sólidos o líquidos.....	13
D) Monitoreo intraparto de rutina.....	14
E) Posición de litotomía de la embarazada sin complicaciones durante la dilatación o primer período de parto.....	15
F) Uso rutinario de episiotomía en parto vaginal.....	15
3. Controlando la “epidemia de cesáreas”.....	17
4. Hacia la integración de prácticas favorables.....	20
A) Intervenciones educativas de acompañamiento al embarazo: dos modalidades con resultados prometedores.....	21
B) Acompañamiento para el apoyo emocional, físico y cuidados básicos.....	21
B.1) Acompañante elegido por la gestante.....	21
B.2) La doula como acompañante.....	22
C) Apego inmediato y lactancia precoz: El círculo virtuoso.....	23
5. Experiencias nacionales.....	24
A) El parto humanizado y natural en el Hospital de Villarrica.....	25
B) Resultados intangibles: Una aproximación etnográfica.....	26
B.1) Aspectos socio–culturales a considerar.....	26
B.2) Desafíos en equipamiento y mobiliario: Oportunidades para el diseño.....	27
6. Aproximaciones desde el diseño: Consideraciones metodológicas y productos elegidos.....	28
7. Conclusiones.....	52
A) Modificación de los sistemas de atención de las maternidades públicas: De un paradigma tecnologizado a uno social.....	53
B) Feminización y fortalecimiento de los recursos humanos orientados al parto con respeto.....	54
C) Rediseño de maternidades existentes: Transformaciones en su equipamiento y mobiliario.....	55

A large, solid orange circle is centered on the page. Inside the circle, the word "Agradecimientos" is written in a white, italicized serif font.

Agradecimientos

El jefe del proyecto agradece la posibilidad de contar con una tan generosa como calificada colaboración de médicos, matronas y enfermeras. En la persona de Enrique Oyarzún, Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la PUC y del facultativo Hernán Santander, Jefe de la Maternidad del Hospital de Villarrica, queremos individualizar tan decisiva colaboración.

Adicionalmente, nos interesa reconocer la activa participación de nuestra contraparte profesional adscrita a MIDEPLAN y FOSIS. En Patricia Nuñez y Ana María Farías queremos individualizar dicho aporte.

Por último, vaya un agradecimiento especial para todos los diseñadores y estudiantes de diseño de nuestra Escuela que participaron en el Taller Experimental sobre Parto Humanizado conducido por el profesor Mario Ubilla durante el segundo semestre del 2005. De modo especial a: Camila Cerda, Amanda Cook, Paz Cox (Profesora), María Inés Dougnac, Catalina Harasic, Douglas Leonard (Profesor), Patricia Manns (Profesora), Valentina Nuñez, Amelia Ortúzar, Jimena Rojas (Profesora), Ignacio Rodríguez (Profesor Ayudante), Paula Santana, Constanza Urzúa y Elisa Vial.

Introducción

1

En septiembre del 2005, FOSIS–MIDEPLAN y la Escuela de Diseño de la PUC formalizaron un convenio para desarrollar un proyecto de investigación aplicada en diseño para la biomedicina. Asociado a la formulación de un sistema de protección a la infancia, el convenio nos remite al interés gubernamental por mejorar las condiciones de protección y promoción que reciben los niños y niñas que nacen y crecen en Chile. Como esas condiciones son tributarias de lo que acontece durante el embarazo, parto y puerperio, la trayectoria longitudinal del niño bajo protección pública, debía incluir al bebino —acrónimo de bebé intrauterino—⁽¹⁾ y a su madre.

Visto desde un punto de vista general, el convenio avanza en torno a dos ideas principales. Por una parte, existe consenso en afirmar que las desigualdades se gestan, desarrollan y cristalizan en los primeros años. De tal modo, concentrar la atención pública en la población infantil sería decisivo si se quiere revertir, desactivar o acortar las brechas de desigualdad. Por otra parte, el convenio reconoce que el momento que se abre cuando el bebino emerge a la vida en sociedad, ha sido identificado como un episodio fundamental en su desarrollo emocional, intelectual y físico.

Si focalizamos la atención en los niños que viven experiencias adversas durante su temprana infancia, es altamente probable que durante la adolescencia y adultez exhiban psicopatologías. Como diversos autores han enfatizado, las experiencias negativas afectan el desarrollo de las cortezas prefrontal y cingulada anterior, involucradas en la regulación del afecto⁽²⁾. Entonces, dado que los primeros años de vida son decisivos para el desarrollo neuronal, afectivo y social de cualquier persona, es tarea del Estado crear las condiciones para que tras el expulsivo, madre e hija(o), pueden construir una poderosa y duradera interacción que el contacto temprano permite. Simbólica pero también funcional, el apego exige que ambos dispongan del tiempo, intimidad y movilidad suficiente como para fortalecer un vínculo tan férreo como recíproco.

Conscientes de la centralidad del apego y de la relevancia que las experiencias vividas durante la infancia temprana tienen para el resto de la existencia, el convenio buscó re–pensar la experiencia de nacer como uno de sus ejes en la creación de un sistema de protección a la infancia⁽³⁾. Al respecto y en consonancia con las recomendaciones que OMS, OPS, CLAP, MINSAL y algunas Sociedades Médicas vienen reiterando desde 1985 sobre las bondades de un nacimiento natural, FOSIS–Mideplán exhibía una sospecha fundada: la existencia de insatisfacción ex post entre las embarazadas atendidas en dependencias públicas⁽⁴⁾ obligaba a integrar al análisis dimensiones que la caída de la mortalidad materna y neonatal no registraban⁽⁵⁾.

Teniendo como telón de fondo la sistemática reducción de las tasas generales de mortalidad materna, fetal tardía, neonatal precoz e infantil, FOSIS–Mideplán nos invitaba a reflexionar sobre las condiciones de los nacimientos que ocurren en los hospitales públicos tanto como sobre la calidad de la misma experiencia. Persuadidos de la importancia de elevar la atención, cuidados y satisfacción de todas las personas que concurren en un nacimiento, el convenio sugería que los nacimientos ocurridos en muchas maternidades públicas diferían negativamente de lo que podríamos entender como una experiencia de calidad.

La respuesta al problema, también anticipada en el convenio, abría espacio para diferentes alternativas. Entre otras, modificar tradicionales prácticas obstétricas, muchas de ellas ahora desaconsejadas⁽⁶⁾, introducir una visión de la gestante que erradique la noción de paciente sin derechos⁽⁷⁾, promover un retorno al parto vaginal etc., etc.

(1) El creador del término, el médico argentino Emilio Franchi, ha presentado la nueva palabra a consideración de la Academia Española en dos oportunidades: una primera en 1993 y una segunda en 1995, ésta por intermedio de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. http://www.austral.edu.ar/ua/newsletter/nov_01/bebino.htm

(2) Pascual, Rodrigo, Catalán, Mitzi y Marta Fuentealba. (2003). “Rasgos de ansiedad y alteraciones neuronales en la corteza prefrontal medial, ocasionadas por experiencias adversas tempranas”. *Rev. chil. neuro–psiquiatr.*, 41(3): 201–211.

(3) “Implantaremos un sistema de protección a la infancia destinado a igualar las oportunidades de desarrollo de los niños chilenos en sus primeros ocho años de vida, independientemente de su origen social, género y conformación de su hogar. Bachelet, Michelle. Programa de gobierno. Santiago, 2006.

(4) Sadler, Michelle. (2003). “Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de antropóloga.

(5) Donoso, Enrique (2005). “Mortalidad perinatal en las Américas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 70(5) 279–280; Donoso, Enrique y Enrique Oyarzún (2004). “Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 69 (1): 14–18 y Donoso, Enrique (2000). “Mortalidad materna, perinatal e infantil en Chile: análisis comparativo entre el año 1990 y 1998”. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 65 (6): 473–477.

(6) En una línea similar: Poupin, Laurenn; Uribe, Claudia y Jorge Rodríguez (2000). “Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto”. *Revista chilena de salud pública*, 4, 2–3: 87–94.

(7) Organización Mundial de la Salud. (1985). “Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto”. *Lancet*, 2: 436–437.

En términos específicos, el acuerdo contempló, en primer lugar, la elaboración de un estudio cualitativo que abordara un abanico muy amplio de preocupaciones que iban desde la revisión de la literatura biomédica sobre parto integral, previa consulta a especialistas nacionales, e incluía el análisis de experiencias innovadoras en parto con respeto, éstas últimas tanto en el sector público como en el privado. Particular interés tenía para el mandante la sistematización de las experiencias de parto humanizado desarrolladas en las maternidades públicas de Villarrica e Iquique⁽⁸⁾.

Paralelamente, —y aquí radica una de sus principales razones para solicitarle a una Escuela de Diseño el desarrollo del proyecto—, se acordó que el estudio debía incluir una dimensión aplicada al promover y financiar la elaboración de un set de objetos que favorecieran prácticas concretas de humanización del nacimiento. Se sobreentendía que el análisis de la literatura biomédica, la consulta a especialistas y el estudio de casos críticos, iluminarían el diseño de los objetos y sus sucesivos rediseños en base a un esquema experimental de avances sucesivos⁽⁹⁾.

En tercer lugar, la puesta a prueba de la línea de objetos en dependencias hospitalarias, permitiría, finalmente, reflexionar sobre la resistencia y/o aceptación que algunas innovaciones materiales provocan en comunidades biomédicas que exhiben diferentes modalidades de atención.

Finalmente, el estudio debía ser capaz de sugerir recomendaciones prácticas que favorecieran, en todos los nacimientos pero en especial en aquellos de bajo riesgo, la conversión de la gestante en una usuaria dotada de derechos.

Las páginas que siguen, organizadas de un modo muy similar a los objetivos de los términos de referencia, profundizan en cada uno de los cuatro puntos ya mencionados. Pero antes de desarrollar cada uno de los aspectos, es necesario enfatizar la perspectiva de análisis que los autores del informe adoptarán.

A) El enfoque perinatólogico

Al igual y como ocurrió en el mundo desarrollado, el parto domiciliario inició su sistemática desaparición en paralelo al avance de las políticas nacionales de salud. Pero su traslado desde el ámbito hogareño hasta instalarse en los recintos médicos no solo implicó caídas substanciales en los índices de mortalidad. La medicalización, sumada al intervencionismo obstétrico, cristalizaron en un paradigma jerarquizado de atención que convirtió, vía prácticas y protocolos, a la gestante en paciente. Devenida en un sujeto pasivo a ser intervenido, las embarazadas dentro de los hospitales se relacionaban tanto con médicos generales como con matronas, pero eran especialmente las últimas las responsables de operar un parto de bajo riesgo. Aunque dicha situación no ha cambiado, la expansión de la noción de riesgo, la judicialización de la práctica obstétrica, la estetización de la vida cotidiana⁽¹⁰⁾, el acortamiento temporal de la cesárea en tanto que intervención quirúrgica y el consiguiente cambio en las preferencias de las embarazadas, fortaleció el papel especializado de los obstetras y consolidó el paradigma tradicional de atención.

Al tiempo que la cesárea multiplicaba su aplicación en el mundo hospitalario privado y también público, un grupo invertebrado de especialistas biomédicos nacionales, comenzó a investigar y publicar estudios que incorporaban la interacción entre los eventos maternos, fetales y neonatales analizados desde diferentes ópticas que van desde la médica (con aportes, preferentemente de la ginecología, obstetricia y neonatología), e incluyendo aproximaciones desde las ciencias sociales y económicas⁽¹¹⁾.

Gracias a la condición esencialmente global de los avances médicos, lo que podríamos llamar una suave ola del revisionismo obstétrico alcanzó las playas nacionales

(8) La humanización de las prácticas médicas ha sido reconocida como un cambio de capital importancia. Ver: Discurso pronunciado por Gonzalo Greebe, el Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile con motivo de la titulación de médico—cirujanos. http://contacto.med.puc.cl/destacados/titulacion_promo05/discurso.html

(9) Dados los límites éticos de la experimentación en ciencias biomédicas, la implementación de diseños de investigación observacionales o pseudoexperimentales se torna inviable en términos puramente metodológicos. El sesgo de autoselección impiden contar con resultados de validez estadística. Se asume que al contar con sujetos experimentales voluntarios la percepción que estos tengan de los prototipos utilizados será contaminada por dicha voluntariedad. Dicho esto, el camino a seguir es preferir un diseño de investigación experimental experiencial basado en la propia vivencia de los sujetos, sin compararse con un grupo control y donde se vaya progresivamente aumentando la satisfacción del usuario y del equipo médico.

(10) Brasil, al igual que Chile, exhiben altas tasas de cesárea y todos los pronósticos suponen un fortalecimiento de la práctica en los próximos años. Una de las razones culturales que explican su masificación está relacionado con lo que podríamos llamar la naturalización de la cesárea. Un rol importante en dicho proceso de “internalización del producto” lo juega la publicidad. El diseño y explosiva venta de una muñeca Barbie que exhibe la incisión tradicional de una cesárea, es un buen ejemplo del intento por normalizar la estetización corporal con el intervencionismo obstétrico. Agradecemos la observación al profesor de la Universidad de Chile y pediatra Hugo Muñoz.

(11) Casanueva, Esther (2001) “La misión de Perinatología y Reproducción Humana a 15 años de existencia”, Perinatología y Reproducción Humana, 15, 3: 168.

a comienzos de la década del 90. Visible desde algunos centros de enseñanza, ciertos programas ministeriales, el colegio de obstetras y el de matronas o la propia práctica privada, lo cierto es que médicos, matronas y enfermeras, ejecutaron proyectos que favorecían el parto integral, con respecto o humanizado en consultorios, hospitales, zonas y clínicas.

Provistos de un renovado lenguaje, un grupo de perinatólogos, ginecólogos, obstetras, matronas y enfermeras—matronas se han interrogado respecto a la necesidad de resignificar la gestación. Aunque la tarea de recalificar narrativamente el nacimiento es un objetivo mayor, la preocupación por hablar de bebino en vez de feto, de nacimiento en vez de parto, o de mujer asistida en vez de paciente, ilustra el intento por avanzar a la desestigmatización del parto en Chile⁽¹²⁾.

Interpretados de un modo general, los principales propósitos del revisionismo obstétrico son:

- a)** Difundir, implantar y evaluar las recomendaciones que la OMS, OPS, CLAP y MINSAL u otras entidades internacionales o de reconocido prestigio sugieren como prácticas pertinentes al proceso gestacional⁽¹³⁾.
- b)** Sensibilizar al mundo obstétrico en las ventajas médicas, psicológicas y económicas de revisar los procedimientos obstétricos rutinarios en favor de prácticas validadas por la evidencia.
- c)** Desarrollar investigaciones que promuevan la adopción de modelos de atención que junto con mantener o mejorar los índices biomédicos nacionales reduzcan las brechas de desigualdad que los índices de salud materno infantil exhiben a nivel local, comunal y provincial.
- d)** Innovar en los procedimientos y prácticas obstétricos a favor de elevar la calidad de la atención proporcionada en los centros hospitalarios públicos y privados.

Tal y como se sugiere en el punto **c)**, al interior de lo que podríamos llamar el enfoque perinatólogo existe consenso en la importancia de, por una parte, optimizar algunos elementos del modelo vigente de atención a los partos de bajo riesgo y, por otra parte, introducir innovaciones. Entre los aspectos a seguir perfeccionando, se destaca:

- i)** mejor manejo de las patologías que complican el embarazo, parto y puerperio,
- ii)** amplia cobertura del control prenatal y
- iii)** atención profesional del parto⁽¹⁴⁾. La atención profesional del parto incluye la posibilidad de contar durante todo el trabajo de parto activo con los recursos profesionales —obstetra y anestesta— para practicar una intervención quirúrgica de urgencia. Entre los aspectos por innovar, la recomendación principal es privilegiar prácticas validadas científicamente y desestimar otras por arraigadas que estén. De un modo más específico, en base a las publicaciones realizadas por CLAP, podemos identificar cinco tipos de prácticas en el nacimiento:

- 1)** Beneficiosas,
- 2)** Que pueden resultar beneficiosas,
- 3)** En las que deben evaluarse beneficios y perjuicios,
- 4)** Probablemente inefectivas y
- 5)** Que pueden ser dañinas o perjudiciales⁽¹⁵⁾.

Si comparamos algunas de las más conocidas prácticas dañinas o perjudiciales con algunas de las recomendadas, se configura un campo de intervención tan amplio como desafiante. En las páginas que siguen compararemos, en base a información validada, las desventajas de algunas de las prácticas rutinarias y las ventajas de las recomendadas.

(12) Castro, René (2005). “Hacia una política nacional de asistencia al proceso reproductivo”. Presentación ppt al Seminario Internacional: Políticas nacionales y desarrollo infantil: un enfoque de resiliencia.

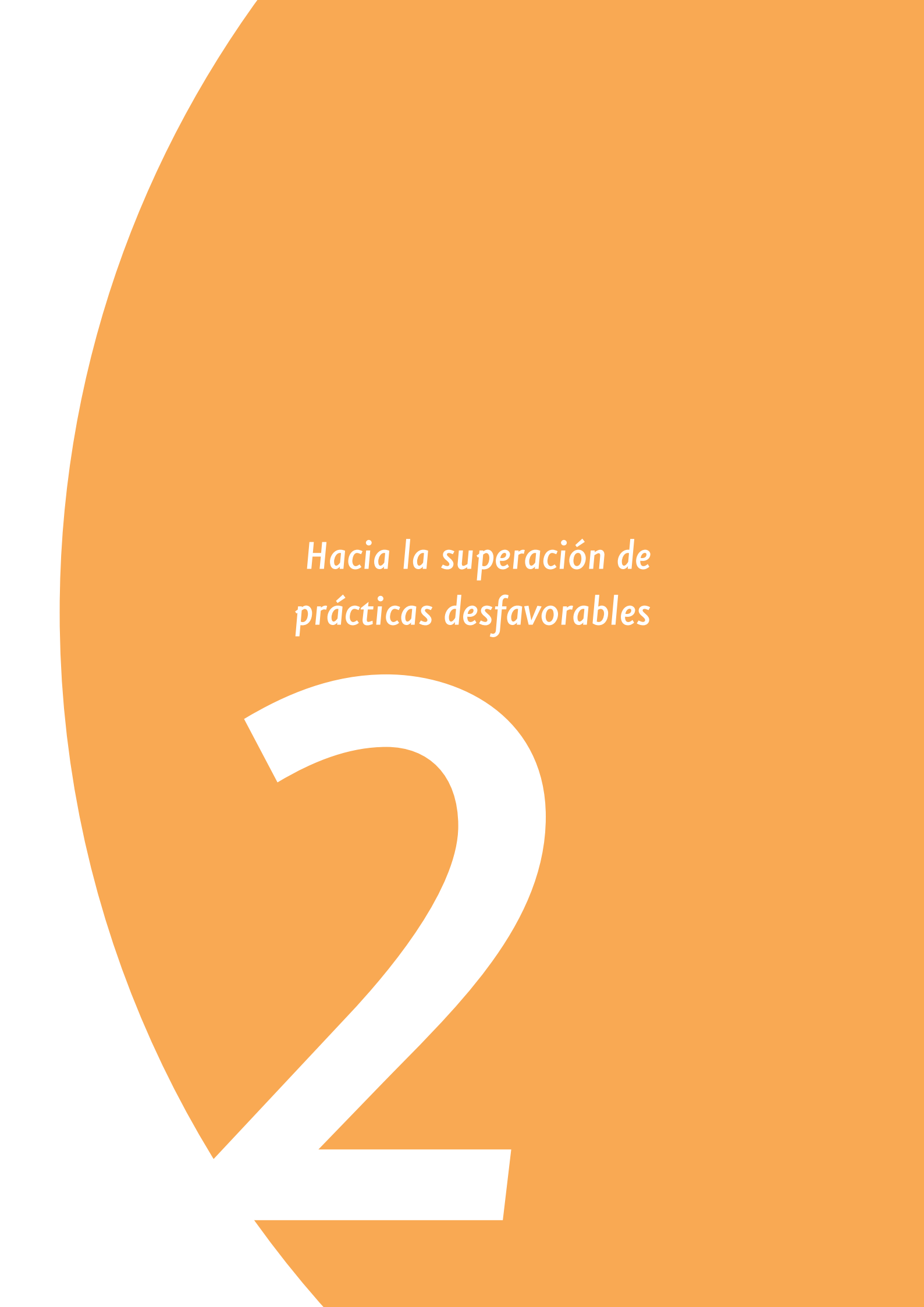
(13) Entre otros ítems, la Declaración de Fortaleza incluye las siguientes recomendaciones. **3.** El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. **4.** Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos. **6.** No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia. **7.** La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica. **8.** No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos. **9.** Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

10. No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar una enema antes del parto. **12.** Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. **13.** La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones. **14.** Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación). **15.** No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Organización Mundial de la Salud. (1985). “Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto”. Lancet, 2: 436–437. Aunque se trata de un texto conocido, la traducción de los acuerdos de 1985 ha experimentado un paulatino proceso de simplificación de sus contenidos. <http://www.matronas-cv.org/documents/oms-fortaleza.PDF>.

(14) Donoso, Enrique. (2002).

“Mortalidad materna en Chile: tras el cumplimiento de una meta”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 67 (1): 44–46.

(15) <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

A large, stylized white number '2' is positioned on the left side of the page, partially overlapping the text. The background is a solid orange color.

*Hacia la superación de
prácticas desfavorables*

A) Enema de rutina antes del parto

Esta medida, resistida por la mayoría de las mujeres, por ser incómoda, todavía es utilizada de rutina en muchas instituciones nacionales. Existe la creencia que el vaciado previo de la ampolla rectal podría reducir la salida de materia fecal durante el parto, disipar las dudas sobre falsas contracciones del parto, estimular las contracciones uterinas de trabajo del parto real, facilitar el descenso de la cabeza fetal y evitar infecciones en el recién nacido y en las heridas perineales.

En relación a la práctica, en estudios clínicos controlados se observó, en el grupo de enema de rutina, una reducción significativa en la emisión de material fecal durante el período expulsivo (segundo período del parto), pero no se demostró ninguno de los otros efectos arriba señalados, aumentando innecesariamente el tiempo del personal y el costo operacional. Por ello, siguiendo la evidencia, la medida solamente debe aplicarse a pedido de la madre o con su aprobación en caso de no haberse evacuado el intestino espontáneamente el día previo del parto⁽¹⁶⁾.

(16) Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo y Carlos Duverges (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo y <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

B) Rasurado de rutina del vello perivulvar y perineal

La creencia es que facilita y hace más segura la sutura de posibles desgarros y episiotomías y que reduce la frecuencia de infección de sus heridas. Sin embargo, desde principios del siglo pasado estas ventajas no pudieron ser demostradas. Por el contrario, hoy se teme que el rasurado de rutina pueda aumentar el riesgo de transmisión de infección de hepatitis y del VIH en la madre o en el personal que lo practica⁽¹⁷⁾.

(17) Basevi V, Lavendeer T (2001). "Routine perineal shaving on admission in labour". (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.

C) Restricción al consumo de sólidos o líquidos

Al igual que otras prácticas actualmente no recomendadas, la restricción de ingesta oral a las mujeres en el trabajo de parto se estableció a partir de publicaciones obstétricas divulgadas en la década del cuarenta del siglo XX. La prohibición se justificaba en el remoto riesgo de regurgitación e inhalación de contenido gástrico, que puede llegar a tener consecuencias serias cuando la gestante tiene un pH muy bajo. Según diversos estudios, entre los que se destaca el realizado por equipo de enfermeras y enfermeros de la Pontificia Universidad Católica de Chile⁽¹⁸⁾, se temía, principalmente, la posible complicación que la mujer pudiera tener al comer y necesitar, más tarde, anestesia general.

Vigente en muchos recintos hospitalarios, la política de "nada por la boca" no se ajusta al desarrollo actual de la analgesia y anestesia obstétrica. Tras descartar todas las prevenciones que en su momento la justificaron (entre ellos la bajísima prevalencia del síndrome de Mendelshon —en el parto este accidente es muy raro: 7 = 10.000.000—), los estudios se interrogan respecto a la posibilidad que la restricción oral de líquidos y alimentos pueda conducir a deshidratación y cetosis.

Por ello, en algunas instituciones existe la rutina de administrar soluciones glucosas intravenosas continuas en todos los partos con el objetivo de compensar el líquido y calorías de la ingesta oral, además de mantener la vía para administrar fármacos (oxitócicos, antibióticos, etc). Los efectos de esta práctica han sido evaluados por varios ensayos controlados.

El balance entre los elementos de juicio a favor y en contra de las complicaciones mencionadas por la hidratación y alimentación por vía oral o por vía intravenosa dejarían la siguiente conclusión: en el parto de bajo riesgo de inicio normal y espontáneo y con un pronóstico favorable, la deshidratación y la cetosis que pueden presentarse en un trabajo de parto, se previene, ofreciendo a la madre

(18) Urrutia S., María Teresa, Abarca C., Cristian, Astudillo S., Roxana et al. (2005). "Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno?". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (5): 296–302.

moderada cantidad de líquidos azucarados por vía oral y algún alimento ligero. Con ello se evita además un procedimiento invasivo como es la venoclisis, una gran incomodidad para la mujer, la dificultad para movilizarse durante el período de dilatación o primer período del parto y los costos de guías y de soluciones intravenosas⁽¹⁹⁾.

A la hora de diseñar una nueva política para la alimentación de las gestantes en pre-parto y parto, es importante reconocer la regulación natural que las madres tienen respecto al consumo de sólidos y líquidos a medida que el expulsivo se acerca. La autorregulación es fundamental debido a sus benéficos efectos en lo referido a disminución del estrés y mayor sentimiento de autocontrol⁽²⁰⁾.

Al respecto y aunque su alcance es más general, cabe ejemplificar la propuesta de auto-regulación alimenticia de las gestantes en una experiencia inter-étnica⁽²¹⁾. Específicamente nos referimos a un equipo de la maternidad de la ciudad de Iquique utilizó para un proyecto demostrativo realizado entre 2004–2005 con un total de 55 nacimientos⁽²²⁾. En lo que se refiere al consumo de líquidos, práctica mayoritariamente negada en los servicios públicos, todas las gestantes que tomaron infusiones (69%), terminaron en parto normal con un promedio de no más de 5 horas de trabajo de parto activo.

D) Monitoreo intraparto de rutina

Pese a que el uso de monitoreo electrónico fetal es una práctica habitual durante el trabajo de pre-parto y parto, existe contradicción entre el uso masivo del monitoreo intraparto y las nuevas recomendaciones que limitan el uso rutinario.

Una revisión sistemática que incluye trece investigaciones clínicas aleatorizadas, compara la eficacia de monitoreo intraparto de rutina con la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo.

Se concluye que el único beneficio para el uso de monitoreo intraparto de rutina fue la reducción de convulsiones neonatales, cuando se acompaña de la determinación de pH en sangre de cuero cabelludo. Este efecto deberá ser evaluado ya que no se conoce el impacto que esto tendría a largo plazo. El monitoreo intraparto sin la determinación del pH no genera reducción en la morbilidad perinatal. Debido a que se observó un aumento del número de cesáreas y de partos vaginales operatorios en el grupo de monitoreo, el uso de esta práctica en forma rutinaria deberá ser evaluada antes de convertirla en una práctica rutinaria.

Según diversos autores el uso de monitoreo intraparto de rutina sin la determinación del pH en sangre de cuero cabelludo no tiene impacto en la morbilidad perinatal, y no se justifica su uso en forma rutinaria⁽²³⁾.

La comparación entre auscultación intermitente y monitoreo electrónico continuo ha sido desarrollada en numerosos estudios. La tasa de operación cesárea fue más alta en todos los grupos de monitoreo electrónico continuo (O.R. 1.41 I.C. 99% 1.23–1.61). Lo mismo ocurrió con los partos instrumentales (O.R. 1.20 I.C. 99% 1.11–1.30). Una revisión Cochrane evaluó nueve ensayos clínicos en los cuales se enrolaron 18.000 embarazadas. Los resultados indican que el monitoreo electrónico continuo de la FCF no disminuyó la mortalidad perinatal y se asoció con un aumento significativo en la tasa de operación cesárea y de partos vaginales asistidos. En uno de estos ensayos, el grupo con monitoreo continuo tuvo un menor número de convulsiones neonatales⁽²⁴⁾.

El monitoreo electrónico continuo cuenta con una aceptación muy grande por parte de los equipos de salud y de las mujeres embarazadas. Los primeros creen que es el método más conveniente para la valoración fetal y que puede ser más

(19) Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo y Carlos Duverges (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo y <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

(20) Urrutia S., María Teresa, Abarca C., Cristian, Astudillo S., Roxana et al. (2005). "Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno?". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (5): 296–302.

(21) Lo realizado en la maternidad de Iquique constituye, hasta donde nuestros conocimientos llegan, en la única experiencia nacional de parto intercultural. Por tal entendemos una práctica del nacimiento que reconoce los valores culturales de las gestantes e incorpora, en el caso de atenciones de bajo riesgo, sus tradiciones y costumbres. En el caso del parto intercultural de Iquique, las gestantes consiguieron que una partera aymara y un acompañante a su elección, participaran del proceso. Del mismo modo, ellas pueden adoptar posturas para el expulsivo diferentes a las tradicionales, en un recinto ad-hoc que acoge sus preferencias estéticas al tiempo que todo el proceso incluye el consumo de líquidos. De acuerdo a los videos que registran la experiencia, los acompañantes, generalmente los padres biológicos de los bebés, son quienes cortan el cordón umbilical de los nacidos vivos.

(22) Miranda, Patricio (2005). "Informe final. Proyecto de Salud Intercultural desde una Maternidad". Iquique.

(23) <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

(24) Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo y Carlos Duverges (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo y <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

útil en caso de problemas médico legales. Las embarazadas creen erróneamente que el uso de tecnología más sofisticada produce mejores resultados neonatales.

De acuerdo a la evidencia se debería privilegiar la auscultación intermitente como método para vigilar la salud fetal durante un trabajo de parto normal. Sólo cuando existe un mayor riesgo, el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales. En la mayoría de los partos sin riesgo elevado, el monitoreo electrónico produce un mayor número de intervenciones innecesarias, sin beneficios para el niño, con el adicional de ser poco favorable para la madre, impidiendo además la libre elección de la posición a adoptar durante el período de dilatación, aumentando, además, innecesariamente los costos de la atención⁽²⁵⁾.

(25) Uranga, Alfredo et al. (2004) "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia". Coordinación Editorial Área de Capacitación y Comunicación Social. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud, Argentina.

E) Posición de litotomía de la embarazada sin complicaciones durante la dilatación o primer período de parto

Como se sabe, la posición materna tiene un efecto muy manifiesto sobre las contracciones uterinas. Cuando la madre se halla en decúbito dorsal, la frecuencia de las contracciones es mayor y su intensidad menor que cuando está en decúbito lateral. Cuando se halla en posición vertical (sentada, de pie o deambulando), la intensidad de las contracciones uterinas es mayor que cuando está en decúbito dorsal. En posición vertical las contracciones uterinas tienen mayor eficiencia para dilatar el cuello, y la duración del período de dilatación es dicha posición se abrevia un 25%.

La conducta recomendada es permitir, según los deseos y la comodidad de la madre, alternativamente caminar, estar parada o sentada durante el período de dilatación, siempre que la bolsa de las aguas esté íntegra. En los casos con bolsa rota se aconseja la permanencia en cama, permitiéndose la posición de pie y la deambulación después que la presentación se ha fijado. Si la madre no desea estar sentada, de pie o caminar, la mejor posición en cama es decúbito lateral izquierdo⁽²⁶⁾.

(26) Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo y Carlos Duverges (2005). Obstetricia. Buenos Aires: Editorial El Ateneo y <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

F) Uso rutinario de episiotomía en parto vaginal

La episiotomía es el agrandamiento del orificio vaginal mediante una incisión del periné durante la última parte del período expulsivo. Este procedimiento se realiza con tijeras o con bisturí y requiere sutura posterior. Aunque se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en el mundo, no hay fuerte evidencia de su efectividad. La incidencia de esta práctica en algunos países de Latinoamérica es mayor del 80%⁽²⁷⁾.

Algunos de los efectos beneficiosos maternos que se sugieren de la episiotomía son la reducción de desgarro perineal severo y la conservación de la relajación del músculo de la pared pelviana y del periné, lo que mejoraría la función sexual y reduciría el riesgo de incontinencia fecal y/o urinaria.

Para el recién nacido se piensa que un período expulsivo prolongado puede producir asfixia fetal, trauma craneal, hemorragia cerebral y retardo mental. También se cree que la episiotomía reduce la probabilidad de distocia fetal de hombro.

Por otro lado los hipotéticos efectos adversos de la práctica rutinaria de la episiotomía son:

- a) resultados anatómicos insatisfactorios como asimetría o excesivo estrechamiento del introito, prolapso vaginal, fístula recto-vaginal y fístula anal;
- b) extensión de la episiotomía seccionando el esfínter anal o el recto;
- c) aumento de pérdida sanguínea y hematoma;

(27) <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>. Althabe F, Belizán JM y E. Bergel "Episiotomy rates in primiparous women in Latin. America: hospital based descriptive study. BMJ 2002; 324: 945-946"

e) infección y dehiscencia; y

f) disfunción sexual.

Una revisión sistemática realizada en 1997 analiza los posibles efectos beneficiosos y perjudiciales del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario. Se analizaron seis investigaciones clínicas aleatorizadas que fueron evaluadas por su calidad metodológica. Se concluye de esta revisión que el uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3° y 4° grado y que el uso restrictivo de la misma muestra una menor morbilidad materna dada por menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura del trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. No hay diferencias en lo que respecta a trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es un aumento del riesgo de trauma perineal anterior. Existe por tanto una clara evidencia para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía⁽²⁸⁾.

(28) Carroli G., Belizán J, Stamp G. (2001). "Episiotomy policies in vaginal birth". (Cochrane Review). In :The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software.

Controlando la
“epidemia de cesáreas”⁽²⁹⁾

3

A fines de la década de los noventa, la actividad médica nacional alcanzó repercusión mundial tras la obtención de un polémico record. Según un estudio que analizaba diferentes países latinoamericanos, para el quinquenio 1993 y 1997, Chile había registrado una tasa de cesáreas promedio del 40%⁽³⁰⁾. Tras revisar los guarismos, era evidente advertir como desde mediados de la década del noventa se habían alcanzado cifras muy similares a las conseguidas un lustro más adelante (26,7% en 1986 a 37,2% en 1994)⁽³¹⁾.

Si bien aún existe controversia acerca de los potenciales efectos adversos de la cesárea, un artículo recién publicado en la revista *Lancet* afirma que altas tasas de cesárea pueden suponer un riesgo mayor de enfermedades, e incluso, de morir tanto que la mayoría de los estudios apuntan a un efecto real en las siguientes gestaciones, especialmente cuando los nacimientos se resuelven por la vía vaginal. Por lo tanto, sin perjuicio de importantes consideraciones económicas, la reducción de las cesáreas debiera hacer parte de un objetivo estatal⁽³²⁾.

Portadora de controvertidas consecuencias médicas⁽³³⁾, psicológicas⁽³⁴⁾ y económicas⁽³⁵⁾, la proliferación de lo que se ha dado en llamar la epidemia de cesáreas, no ha concitado un impacto comunicacional sistemático más allá de reacciones puntuales. La ausencia de acciones públicas encaminadas a revertir la tendencia, admite un tipo de explicación, entre otras disponibles, en el grado de funcionalidad que su masificación ha adquirido para especialistas, instituciones de enseñanza y segmentos de la demanda⁽³⁶⁾. No obstante lo anterior, el avance de las cesáreas se convirtió en una de las causas a la hora de establecer el desarrollo de una reflexión crítica sobre el futuro del parto en nuestro país⁽³⁷⁾. De manera adicional, el desencuentro existente entre las recomendaciones que la OMS viene promoviendo y las prácticas médicas, constituye una segunda línea de causalidad al momento de reflexionar sobre los debates que informan en el futuro del nacimiento en Chile.

Comparativamente, y mientras la OMS recomienda que ningún país pueda exhibir una tasa de cesáreas superior al 15%⁽³⁸⁾, la realidad chilena se mueve en un rango que en el sector privado oscila entre los 57–83% mientras en el mundo hospitalario público se desplaza entre los 27–28%⁽³⁹⁾.

Según Althabe y otros, una política hospitalaria de segunda opinión obligatoria, podría llegar a reducir la tasa de operación cesárea en un 25%, sin incrementar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal⁽⁴⁰⁾. En paralelo a la discusión de dicha hipótesis para la realidad latinoamericana, un grupo de especialistas de la Universidad de Chile, con base a estadísticas obtenidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico de la misma universidad, evaluó el efecto de la introducción de un sistema de auditoría en la reducción de la tasa de cesáreas, según propuesta de Robson y colaboradores. El porcentaje global de cesáreas disminuyó de 44,9% a 37,1%, en nulíparas de 39,0% a 29,5% y en multíparas de 48,1% a 42,2%, diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos por los especialistas de la Universidad de Chile, concuerdan con la crítica que ha suscitado el trabajo de Althabe y otros⁽⁴¹⁾. Se advierte una reducción de las cesáreas pero es menor a las expectativas iniciales. Respecto a las ventajas de la segunda opinión forzosa, Vargas y otros reflexionan sobre las bondades de las auditorías de cesáreas antes que en la existencia de una pulsión obligatoria. El simple hecho de que un médico sepa que una vez indicada la cesárea su decisión será evaluada por un "observador externo", puede ser la clave explicativa a la hora de evaluar reducciones en el procedimiento.

(29) El término fue difundido el 2003 por el diputado RN Nicolás Monckeberg. <http://www.rn.cl/news/vernoti.asp?idnoticia=557>

(30) Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. (1999). "Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study". *BMJ*, 319: 1397–402.

(31) Murray SF. (1997). "Caesarean birth trends in Chile 1986–1994". *Birth: Issues in Perinatal Care* 24(4): 258–263 y Rondini, Carlos. (2003). "Cesáreas de Chile, o el parto vaginal está pasado de moda". Presentación pdf. CEDIP–PUC. www.cedip.cl/documentos/archivos/17.pdf

(32) <http://www.quepasa.com/espanol/news/salud/America.Latina.riesgos.cesareas/472264.html>

(33) Pese a la multiplicidad de estudios, los riesgos de la cesárea son objeto de debate y no existe completo consenso biomédico. Para algunos autores, las posibles complicaciones de la intervención para la madre incluyen las hemorragias, traumatismos vesicales, lesiones intestinales, neuritis por compresión instrumental, anemia, trombosis, embolia pulmonar o cerebral, peritonitis, etc. Igualmente la intervención también conlleva una serie de riesgos para el bebé, los principales el síndrome de distress respiratorio del recién nacido, la taquipnea transitoria, y la prematuridad yatrogénica, así como el riesgo de laceraciones durante la intervención que se sitúa en torno al 2%. González González, NL. (1999). Complicaciones de la cesárea. En *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO*. Zaragoza; Pérez P, Fuente Batiene L. (1999). "Problemática de la cesárea" En *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO*. Zaragoza; Hook, B et al. (1997). "Neonatal Morbidity after Elective

Repeat Cesarean Section and Trial of Labor", *Pediatrics*, 100,3:348-53 y Wiener JJ, Westwood J. (2002).

"Fetal lacerations at caesarean section.", *J Obstet Gynaecol Jan*; 22, 1:23-4. Otros autores, afirman que la cesárea, aunque marginalmente, puede reducir la morbilidad materna. Del mismo modo, también marginalmente, la cesárea sería un factor protector del trauma del piso pelviano. Desde el ángulo del recién nacido, y respecto al distres respiratorio, se sostiene que los errores radicarían en el cálculo de la edad gestacional más que a un efecto de la cesárea per se. Rondini, Carlos. (2003). "Cesáreas de Chile, o el parto vaginal está pasado de moda". Presentación pdf. CEDIP-PUC. www.cedip.cl/documentos/archivos/17.pdf

(34) Estudios sugieren que los efectos psico-sociales negativos de las cesáreas pueden ser significativos y profundos para algunas mujeres. Numerosos reportes indican que la cesárea, especialmente cuando no ha sido programada, puede aumentar en algunas mujeres el riesgo de depresión y estrés postraumático. Mutryn, C. (1993) "Psychosocial Impact OF Cesarean section on The Family: a literature review". *Soc. Sci. Med.*, 37, 1271-1281.

(35) Aunque las cifras son variables, se estima que una cesárea costaba unos 270.000 pesos más que un parto vaginal en la ciudad de Santiago al año P\$2003. Para el año 2005, la cifra se había reducido a unos P\$200.000 pesos. Otra perspectiva sensible a la variable económica en: Salinas, Hugo; Albornoz, Jaime; Veloz Patricio; Escobar F. Cinthia Benavente N. Ricardo y Luis Martínez (2002). "Programa de intervención clínica y económica de la operación cesárea en el hospital clínico de la Universidad de Chile", *Rev. chil. obstet. ginecol.* 67, 6: 451-455.

(36) Al calor del debate parlamentario sobre la formación profesional de matronas y matrócn, un testimonio técnico apunta a un dato formativo fundamental. Según la opinión de Gastón Lobos: "en los cursos de especialización que realiza el ginecólogo obstetra solo pasa por obstetricia 6 meses el resto

del tiempo esta en ginecología, el periodo de tiempo que esta en obstetricia se dedica principalmente a hacer cesáreas". http://www.senadorvirtual.cl/ele_aportesclasific.php?ideleg=574&idclasi=359&nombre=Requisito%20para%20%C3%A4tulo%20de%20Matrona&que=1&origen=

(37) Sauman, Alfredo y otros. (1999). "La cesárea: ¿una panacea universal?", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 64 (2): 85-104.

(38) Salinas, Hugo; Albornoz, Jaime; Reyes, Alvaro y Sergio Campos (2004). "Factores predictores de la cesárea", *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 69, 5: 357-360.

(39) Murray SF. (2000). "Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study". *BMJ*; 321: 1501-5.

(40) Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero, M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E. (2004). "Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial". *The Lancet*, 363: 1934-1940.

(41) Vargas C, David, Vera P-G, Claudio and Carvajal C, Jorge. (2004). "Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo". *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 69, (4): 336-338.

*Hacia la integración de
prácticas favorables*

4

A) Intervenciones educativas de acompañamiento al embarazo: dos modalidades con resultados prometedores

Las experiencias educativas con gestantes y padres, pueden dividirse de acuerdo al momento en que las gestantes las reciben. De este modo tenemos:

- a) preparación durante el embarazo y
- b) preparación intraparto o también llamada antenatal.

En cualquiera de los dos casos, la preparación opera sobre la obligación que el equipo de salud disponga de un trato amigable con la embarazada, que se establezca una buena relación y que se genere confianza de la madre en la institución que la va a asistir. Esto es más importante aún en aquellas mujeres que no han podido conocer previamente el lugar donde se asistirá al parto.

A modo indicativo, respecto al potencial de la primera opción, un equipo de especialistas de la Universidad de Concepción desarrolló un proyecto de intervención educativa en una comuna desprovista de maternidades, con fuerte concentración de pobreza y aglomeración de sectores populares. Volcado a la transmisión de apoyo educativo en primíparas sin patologías, el trabajo pivotó en una idea fuerza: la intervención educativo-psicológica motivaría un descenso en las tasas de cesárea y un aumento en el grado de satisfacción en la población seleccionada. Sus resultados fueron muy prometedores en diversos aspectos del parto integral y también en lo relativo a la contención de cesáreas. En el ítem más significativo, la tasa de cesárea en el grupo de estudio fue 4 veces menor (7.5%) que en el grupo referencia 27.3% ($p < 0.0074$)⁽⁴²⁾.

(42) Soto, Carmen; Cabrera, Clemencia; Teuber, Hilda y Jorge Cabrera (2005). "Intervención educativa en el embarazo y su efecto en el parto". Ponencia presentada en el Seminario Políticas sociales y desarrollo infantil en un enfoque de resiliencia. MINSAL–Unicef, Santiago.

Desde fines de los '90, el hospital Clínico de la Universidad de Chile viene desarrollando un programa de "Parto sin Temor". A través de la educación a la gestante y preparación psicofísica, los profesionales del programa transmiten la información y preparación necesaria como para reducir el grado de incertidumbre que las embarazadas usualmente exhiben. Dicho programa, que para cada gestante se extiende por varios meses, cuenta con instalaciones ad-hoc para desarrollar instrucción teórico-práctica y gimnasia. Fiel a su predicamento, el proyecto cuenta con una sala integrada para parto humanizado.

En lo que se refiere a la segunda modalidad, es decir aquella que se imparte a las madres que no cuentan con ninguna instrucción previa, algunos estudios sostienen que se obtienen resultados muy favorables y comparables a los observados en las madres que recibieron durante la gestación esta preparación psicofísica.

Un estudio realizado por Poupin, Uribe y Rodríguez sobre una experiencia desarrollada en el Hospital Sótero del Río a fines de la década del '90 con 200 embarazadas distribuidas en un grupo control y en otro experimental en una proporción 2:1, concluyó que la preparación antenatal a las embarazadas no es un requisito indispensable a la hora de introducir procedimientos de autocuidado. El estudio fue desarrollado en embarazadas con control prenatal convencional y no se observaron diferencias en los resultados entre ambos grupos respecto a la morbilidad materno fetal. Sin embargo, hubo diferencias significativas en la evolución del trabajo de parto; participación de las embarazadas, duración de esta etapa del primer período y postergación de los procedimientos invasivos a etapas finales del trabajo de parto⁽⁴³⁾.

(43) Poupin, Laurenn; Uribe, Claudia y Jorge Rodríguez (2000). "Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto. Efecto sobre los resultados materno perinatales". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 65 (5): 371–377.

B) Acompañamiento para el apoyo emocional, físico y cuidados básicos

B.1) Acompañante elegido por la gestante

Mientras la OMS declara que para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo

postnatal, en Chile, de acuerdo a información proporcionada por MINSAL solo un 40% de los partos incluyen acompañamiento del padre/familiar.

La literatura recomienda que siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella. Este acompañamiento, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos. Durante todo el proceso de parto la persona está presente, escucha, da consuelo, brinda confianza, tranquiliza y toma medidas para mejorar el confort de la parturienta. También puede asistirle masajeando su zona sacrolumbar, sosteniéndole las manos, explicándole los progresos del parto, las etapas siguientes y maniobras que realizan. Este tipo de apoyo produce una serie de beneficios. Se demostró por ensayos clínicos controlados que el mismo está asociado con una reducción de la utilización de oxitocina, de anestesia peridural o de cualquier otra anestesia o analgesia, de los partos operatorios (cesárea, fórceps-ventosa), del monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca fetal y de recién nacidos con puntajes de Apgar menor a 7 al quinto minuto de vida.

Este apoyo a la gestante, que también reduciría levemente la duración del parto, produciría en la madre otra serie de beneficios subjetivos. En seis estudios controlados se evaluaron los efectos del acompañamiento desde el punto de vista de la madre, acerca de sus experiencias sobre el parto. Para ello se utilizaron criterios de evaluación tales como: satisfacción general o grado de autocontrol durante el parto. En todos los estudios los resultados fueron significativamente más favorables en el grupo que recibió acompañamiento continuo.

B.2) La doula como acompañante

Según las doctoras Valdés y Morlans, desde hace 25 años, Klaus y colaboradores han observado e investigando que ocurre con la presencia de una mujer que ofrezca “apoyo emocional continuo” durante el trabajo de parto y parto⁽⁴⁴⁾. Identificadas con la palabra Doulas, se las define como una mujer experimentada en el nacimiento que acompaña a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional sistemático⁽⁴⁵⁾.

En un trabajo realizado en Chile donde el mismo Klaus participó como uno de sus coautores⁽⁴⁶⁾, se concluyó que con una voluntaria mínimamente capacitada, situación que contrasta con la de otros países, que acompaña exclusivamente a primíparas se constaba una reducción en el número de cesáreas una mejor y más positiva recordación de la experiencia.

Ya se han observado más de 5000 mujeres en 16 estudios randomizados controlados (ERC) que muestran reducción de la duración del trabajo de parto, de la necesidad de anestesia o analgesia, y de la incidencia de cesáreas, presentando más partos naturales.

Finalmente, experiencias internacionales han demostrado la efectividad y eficiencia de atenciones obstétricas humanizadas en contextos de pobreza. Sobre la base de capacitaciones anteriores, es posible reducir costos y obtener mejores resultados biomédicos. Dichas experiencias se basan en la integración de procedimientos y técnicas obstétricas tradicionales de apoyo al parto y a la madre. Es el caso de Gambia, que exhibe tasas nacionales de morbilidad y cesáreas más bajas que países en situaciones económicas comparables que han seguido la vía medicalizada, como en África Sub-Sahariana y Asia, sin mencionar la mejor calidad humana del trato⁽⁴⁷⁾.

(44) Klaus MH, Kennel JH, Klaus, PH. (2002). *The Doula Book*. Perseus Publishing.

(45) Valdés, Verónica y Ximena Morlans, Ximena (2005) “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (2): 108–112.

(46) Torres Pereyra, Jorge; Kopplin I., Erika; Peña, Verónica; Klaus, Marshall; Salinas, Ricardo y Mario Herrera. (1999). “Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso”, *Rev. chil. obstet. ginecología*, 64 (5): 405–12.

(47) Van Roosmalen, Jos; Walraven, Gij; Stekelenburg, Jelle y Sirel Massawe (2005). “Integrating continuous support of the traditional birth attendant into obstetric care by skilled midwives and doctors: a cost-effective strategy to reduce perinatal mortality and unnecessary obstetric interventions”. *Tropical Medicine and International Health*, 10, 5: 393–394.

C) Apego inmediato y lactancia precoz: El círculo virtuoso

Como se anticipó en la introducción, en la trayectoria longitudinal de todo ser humano, el inicio de la vida en sociedad ha sido identificado por la comunidad científica como un episodio fundamental en el desarrollo saludable de niños, adolescentes y adultos. Especialmente decisivo para continuar un crecimiento vigoroso, la conexión entre madre e hija(o) se construye desde la interacción, proximidad y afecto que el apego proporciona.

Dependiente del apego que se produzca, es sabido que la lactancia materna juega un rol fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros meses de vida, efecto que en la relación del binomio madre-hijo puede ser de largo alcance. En Chile a fines de la década del 70 la lactancia exclusiva no superaba el 5%, lo cual significó un impulso para adherir al Programa de Fomento Mundial de la Lactancia Materna de UNICEF, denominado “Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre” (IHANM) a partir del año 1992.

Según un estudio realizado en el Hospital Barros Luco Trudeau hace un lustro, que utiliza el apego como variable independiente de Lactancia, la variable independiente se correlacionó significativamente con la disminución del uso de fórmulas lácteas ($r = -0,94$), disminución de hospitalizaciones por fototerapia ($r = -0,91$)⁽⁴⁸⁾. Los autores, al igual que en muchos otros trabajos internacionales, observaron un aumento significativo de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, de 47% en el año 1994 a 65% en el año 1997 ($p < 0,011$). Estos resultados permiten concluir que este programa de fomento de lactancia, que facilita el encuentro madre-hijo precoz, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención del RN y facilita una mejor prevalencia de lactancia exclusiva al sexto mes de vida.

Aunque la evidencia acumulada es contundente, todavía sobrevive la creencia en muchos médicos de que el niño que recibe lactancia materna debe ser alimentado cada estrictos intervalos de tiempo (que según distintas “modas” varía entre 2 y 4 horas). Incluso algunos profesionales de la salud, a nivel cotidiano, sostienen que el niño no debe ser alimentado de noche. Como consecuencia de esta práctica muchas madres deciden abandonar la lactancia y alimentar a sus hijos con fórmulas⁽⁴⁹⁾.

Como es posible imaginar, muchos niños alimentados bajo este régimen de horario estricto permanecen subalimentados dado que requieren comer cada intervalos de tiempo menores. Cuando ocurre esto, se les informa a las madres que si sus hijos requieren alimentarse más seguido es debido a que ellas tienen leche en cantidad insuficiente.

Otra práctica habitual es fijar el tiempo necesario para alimentarse. Hay médicos que aconsejan limitar el tiempo de succión y fijar el intervalo entre mamada y mamada para evitar la formación de grietas del pezón y disminuir la turgencia mamaria.

Una revisión que incluye dos estudios donde se comparan niños alimentados con régimen estricto versus con alimentación a libre demanda, concluye que la lactancia con restricciones produce un aumento en el abandono de la lactancia a las 4–6 semanas postparto, un aumento de grietas en el pezón y de la turgencia mamaria, y un aumento en la suplementación de la lactancia con fórmulas. Finalmente, a la luz de este aumento de problemas no hay nada que justifique una lactancia con restricciones⁽⁵⁰⁾.

(48) Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L. (2000). “Fomento de lactancia materna, programa Iniciativa Hospital amigo del Niño y de la Madre, en el Hospital Barros Luco Trudeau”. *Rev Chil Pediatr*; 71(2): 98–106 y, entre otros, Atalah S, Eduardo, Castillo L, Cecilia y Cecilia Reyes (2004). “Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993–2002”. *ALAN*, 54, (4) 374–379.

(49) <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

(50) <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>

Experiencias nacionales

5

A) El parto humanizado y natural en el Hospital de Villarrica

El Programa de Parto Natural de la Maternidad del Hospital de Villarrica, iniciado en Julio de 2004, ha obtenido excelentes resultados, no sólo a nivel biomédico, sino además en la satisfacción de las usuarias y sus familiares. Posee un equipo de salud altamente comprometido, que después de años de experiencia laboral atendiendo partos medicalizados y tecnologizados, decidió modificar sus prácticas de atención del parto, basándose en las evidencias que otorgan experiencias internacionales, motivados principalmente por mejorar la calidad de la atención y el trato que se les otorgaba a las gestantes y a los recién nacidos.

Este centro de salud tiene una media de 800 partos al año, con un promedio de dos a tres partos diarios. El Equipo Médico está compuesto por dos médicos gineco-obstetras, un matrn supervisor, cuatro matronas y ocho técnicos paramédicos. Conforman también el equipo de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Villarrica, dos matronas y dos técnicos paramédicos que atienden en el Policlínico del Hospital realizando atención ambulatoria en un área distinta de la Maternidad. Motivado por el médico director de la maternidad, Dr. Hernán Santander, el equipo fue incorporando los conceptos de “humanización” y “naturalización” en la relación y la asistencia a las gestantes y recién nacidos incluso desde antes de la fecha de inicio del programa, partiendo por autorizar el ingreso de un acompañante en el parto. Si bien podía entrar sólo al momento del expulsivo, eso ya significaba un cambio importante, llegando hoy a ingresar durante el pre-parto activo.

En esta misma línea, se intentó “humanizar” la atención, trabajando para dar “un trato digno, humano y buena acogida a la gestante y acompañante”⁽⁵¹⁾, lo que se tradujo en promover un trato más afectivo, paciente y dedicado.

Basándose en las recomendaciones de la OMS y en diferentes publicaciones europeas, se dejó de rasurar, de poner vías venosas innecesarias, de aplicar enemas y de realizar episiotomías de rutina. En cuanto al recién nacido, se priorizó el apego inmediato, se dejó de aspirar sus secreciones, de estimular el llanto y se restringió la profilaxis ocular sólo a los casos en que pudo haber infección durante el parto por deposiciones maternas.

La plataforma ideológica de este tipo de experiencias está basada principalmente en la concepción del ser humano —y por tanto de su nacimiento— como algo integral y no exclusivamente fisiológico. Cada una de estas experiencias posee también distintas aristas, que sin duda pueden entenderse al analizar la manera en que el equipo que lleva adelante ese programa concibe el nacimiento, el papel de la gestante, el rol de la pareja, los caracteres que atribuyen a los distintos géneros, la influencia de los estímulos, etc. Son éstos los lineamientos que van a condicionar la práctica que se lleva a cabo en cada uno de estos casos.

Fundados en concepciones filosófico-éticas, así como en buenas prácticas médicas cada vez más difundidas se adoptan procedimientos distintos a los habituales, desde el trabajo de pre-parto en adelante.

Los resultados biomédicos más destacables del programa y sus nuevos procedimientos, son:

- (a) menor intervención e instrumentalización,
- (b) reducción de la duración del período de dilatación, con medios naturales (duchas o baños calientes, masajes, deambulaci3n, posiciones adecuadas de la par- turientas),
- (c) el parto vertical provoca menor traumatismo y desgarros vaginoperineales,
- (d) reducci3n del n3mero de episiotomías,



(51) Maternidad Hospital de Villarrica. “Un a3o de Parto humanizado” Presentaci3n ppt, Mayo 2005.

- (e) La posición sentada provoca un ensanche del canal de parto,
- (f) se aprovecha gravedad,
- (g) se observan ventajas psicológicas: la compañía minimiza sensaciones de temor, tensión y/o dolor, además de promover la participación del padre,
- (h) el parto vertical da comodidad y participación a la madre,
- (i) se crea un ambiente óptimo para fortalecer el vínculo madre-hijo,
- (j) se observaron Tests Apgars óptimos y
- (k) Existen menores problemas de lactancia (60% logra succión durante apego).

En lo que concierne a los aspectos económicos resalta lo ventajoso que resultan este tipo de partos para el sistema de salud, considerando su enorme reducción de costos, debido a la menor intervención que supone un parto natural también implica una utilización menor de insumos. Para ser más elocuentes, un parto natural implica un costo de insumos de P\$2.564 versus P\$115.000 en la cesárea y P\$15.010 del parto normal anestesiado vía epidural (2,29% y 17% respectivamente), según datos entregados por la Maternidad del Hospital de Villarrica

B) Resultados intangibles: Una aproximación etnográfica⁽⁵²⁾

Sobre la emotividad de los partos de la nueva modalidad, tanto las madres como sus acompañantes y el equipo médico, reconocen que este tipo de partos es notoriamente más emotivo que un parto tradicional. Un número significativo de matronas y los técnicos paramédicos del Hospital reconocen haber vivido durante este año un reencantamiento con su profesión, al revivir la sensibilidad de lo que significa un nacimiento.

Otro aspecto que se reconoce como fundamental en este tipo de partos, es la presencia del acompañante. El equipo de salud reconoce que una gestante acompañada desde su pre-parto activo tiene por lo general mayor tolerancia al dolor y un mejor resultado durante su parto. Además, consideran que es un aporte fundamental para la creación de un vínculo más potente con el/la recién nacido/a y su núcleo familiar.

Todo lo anterior se refleja en un alto grado de satisfacción con el parto vertical. Además de considerar los aspectos emotivos descritos anteriormente que se viven en este tipo de parto, consideraron que les había resultado cómodo y fácil pujar. Especialmente las multíparas, que al comparar sus partos consideraron que realizar fuerza en posición vertical es más fácil.

En cuanto a la “humanización” del trato, las madres reconocen y aprecian el cambio de actitud del personal biomédico.

B.1) Aspectos socio-culturales a considerar

Mayor preparación de las madres y acompañantes: Según los testimonios recogidos, falta avanzar mucho en la preparación para el parto. Algunas mujeres llegan al Hospital sin conocer la metodología de asistencia que éste otorga, lo que genera bastante inseguridad.

En términos generales, tanto el cuerpo médico entrevistado como las gestantes consultadas reconocen que falta conocer las ventajas de este tipo de parto y asumir una postura más protagónica por parte de la gestante.

Para esto sería necesario un trabajo más coordinador con la atención del Policlínico del Hospital y especialmente con el Consultorio de Villarrica —el cual por su lejanía se encuentra aún más desvinculado del trabajo que se realiza en el Hospital— y cuyas matronas atienden los controles prenatales de las gestantes.

(52) En base al estudio etnográfico, realizado por Daniela Rubio entre Septiembre y Octubre del año 2005, mediante observación directa y entrevistas.



B.2) Desafíos en equipamiento y mobiliario: Oportunidades para el diseño

Una de las mayores carencias que posee hoy en día la Maternidad tiene relación con el mejoramiento de su implementación física, la que hasta cierto punto condiciona los avances que puedan seguir realizándose. En este aspecto, las principales falencias son:

Tinas más adecuadas: Influenciada por la metodología Leboyer, la experiencia de Villarrica incorpora el uso de agua caliente para relajar a la gestante en el pre-parto. Pese a su introducción, los equipos biomédicos consultados insisten en mejorar la que existe actualmente que es de dimensiones muy pequeñas. En su visión, sus beneficios están asegurados en lo que se refiere a mejorar la tolerancia al dolor e inclusive asistir un parto. Lo anterior requeriría, necesariamente, la utilización de tinas más grandes, dispuestas en un recinto de proporciones suficientes, dotado de las medidas de seguridad necesarias para una mujer embarazada.



Elementos que faciliten el parto en cuclillas: si bien el médico y las matronas reconocen que la mejor posición para el parto es en cuclillas, no se poseen los elementos adecuados para otorgarle a esta modalidad de asistencia un espacio y un carácter adecuado. Apoyarse en el escabel para descansar, dando a luz directamente sobre el suelo, sin tener de dónde afirmarse, etc. hacen que esta modalidad de asistencia sea muchísimo menos utilizada que la silla (relación 10 a 1).

Mobiliario adecuado para el desarrollo y asistencia del parto: Así como la silla de trabajo para las matronas y la mesa para el material de asistencia del parto, requieren un nuevo diseño, se requiere reformular el mobiliario que acoja la necesaria familiaridad que la psicología del usuario necesita.

Eliminar el complejo traslado de la silla a la camilla: luego de dar a luz, las madres deben trasladarse a la camilla para que sean revisados y suturados sus genitales. Si el parto presenta ciertas complicaciones, el traslado a la camilla también es necesario para la realización de ciertas maniobras. De este modo, la parturienta debe pasar de una posición de muy baja altura, a la camilla, que se encuentra notoriamente más alta y la que debe acceder subiendo un par de escalones. Con el agotamiento propio de un parto, este traslado resulta muy incómodo y en ciertas ocasiones, las madres llegan a desvanecerse.



Un ambiente más acogedor y menos hospitalizado: uno de los aspectos más importantes del parto humanizado en la experiencia de Villarrica, tiene relación con un cambio en la concepción del embarazo y del parto, no considerándolo como una enfermedad, si no como un proceso natural de la vida sana. Esto se contrapone diametralmente con la imagen de los Hospitales, siendo importante modificar el aspecto del área de atención y transformándolo en algo que no le otorgue carácter de enfermedad y haga sentir a la mujer que está en un espacio familiar que ella puede dominar.

*Aproximaciones desde el diseño:
Consideraciones metodológicas
y productos elegidos*

6

El diseño para la biomedicina constituye uno de los frentes proyectuales donde la preocupación por elevar la calidad del servicio hospitalario ha promovido avances en la fisonomía y funcionalidad de recintos y dispositivos. De factura principalmente extranjera y al igual que en otros campos, los objetos del entorno médico registran una evolución que incluye la incorporación de soluciones cada vez más ergonómicas y sensibles a cada uno de sus usuarios.

En el caso chileno, el diseño local en el ámbito obstétrico es limitado y se restringe a colaboraciones puntuales que no han devenido en una oferta sistemática de proyectos por parte de empresas, oficinas o instituciones de enseñanza. Salvo excepciones, los productos nacionales que han sido introducidos durante las últimas décadas, no cuentan con un reconocimiento internacional ni tampoco certificaciones. La ausencia de marcas locales prestigiadas e innovadoras sumada a una larga dependencia hacia productos de factura internacional y de precios elevados, suele influir decisivamente en las comunidades biomédicas a la hora de expresar prejuicios o dudas sobre los diseños locales. Existe una falencia de diseño en el equipamiento de importación, y es que son hechos bajo variables antropométricas de países que nada tienen que ver con las medidas nacionales (ejemplo de las sillas de examen ginecológico importadas desde Alemania), por lo cual los objetos quedan desajustados a las usuarias chilenas.

En vista a las limitaciones del entorno, la metodología proyectual elegida pivotó sobre una consideración básica: los productos en su fase de diseño debían avanzar a través de aproximaciones sucesivas. Subsidiarios de las recomendaciones formuladas por expertos tempranamente consultados y de la revisión de referentes, lo primero que profesores y estudiantes de la Escuela de Diseño debieron afrontar, fue el análisis del proceso longitudinal que un parto normal representa. Sucesivamente, la observación del pre-parto y parto latente en diversos hospitales, permitió definir algunas oportunidades de diseño. Apoyados en la opinión de profesionales provenientes del campo biomédico que concurren al taller⁽⁵³⁾, se identificaron las siguientes prestaciones a desarrollar:

- a) mejorar el descanso de la madre durante el embarazo,
- b) dignificar la vestimenta de la gestante, especialmente en el pre-parto,
- c) perfeccionar los ejercicios dilatatorios de una embarazada de bajo riesgo sobre objetos ya existentes, y
- d) mejorar la elegibilidad de posturas para enfrentar el parto más allá de la tradicional posición de litotomía.

A medida que los prototipos comenzaban a estar terminados, su prueba fue realizada en diferentes centros médicos. Su elección correspondió al interés por seleccionar centros públicos tanto como universitarios. Del mismo modo, se prefirió enviar los productos a recintos provistos de un paradigma tradicional de atención como a otros que disponen de un nuevo enfoque⁽⁵⁴⁾.

En paralelo a la prueba de los prototipos, se inició la fase de rediseño. Se eligió para dicho momento un modelo metodológico que se alimentaba tanto de la información recogida en situaciones de uso real como de las opiniones generadas por paneles de expertos⁽⁵⁵⁾. Evaluativo tanto como propositivo, el rediseño empleó intensivamente la observación, seguimiento y análisis de las conductas de uso al modo. Para operativizar el “mapeo de uso”, se emplearon diversas herramientas de recolección de la información. Específicamente, las utilizadas abarcaron: el registro audiovisual (fotografía y video), la entrevista semi estructurada, el focus group, y la investigación in situ. En esta última se logra comprender en detalle la visión particular de cada uno de los usuarios, compartiendo a nivel empírico su experiencia.

(53) En su modalidad original, los diseños fueron elaborados en el marco de un Taller semestral con activa participación de estudiantes, profesores y más de una docena de especialistas del mundo perinatal entre los cuales se contaban obstetras, pediatras, matronas, enfermeras matronas, enfermeras, antropólogas y diseñadores.

(54) La Bata fue probada en el Hospital de La Ligua y en el Hospital Clínico de la PUC, el cojín-tuto fue empleado por gestantes en diversos puntos del país y con distintos tipos de embarazo, el soporte para la bata fue utilizado en el Hospital Clínico de la PUC, el taburete fue probado en el Hospital de Villarrica y la camilla ginecológica, por su parte, en el Hospital San Borja Arriarán.

(55) En el mes de enero se desarrolló un primer panel de expertos con diseñadores y científicos sociales. Durante el mes de mayo se realizaron tres paneles. Dos de ellos fueron realizados con matronas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la más antigua experiencia de parto humanizado en Chile, y uno con médicos, principalmente obstetras y pediatras, donde también concurren científicos sociales.

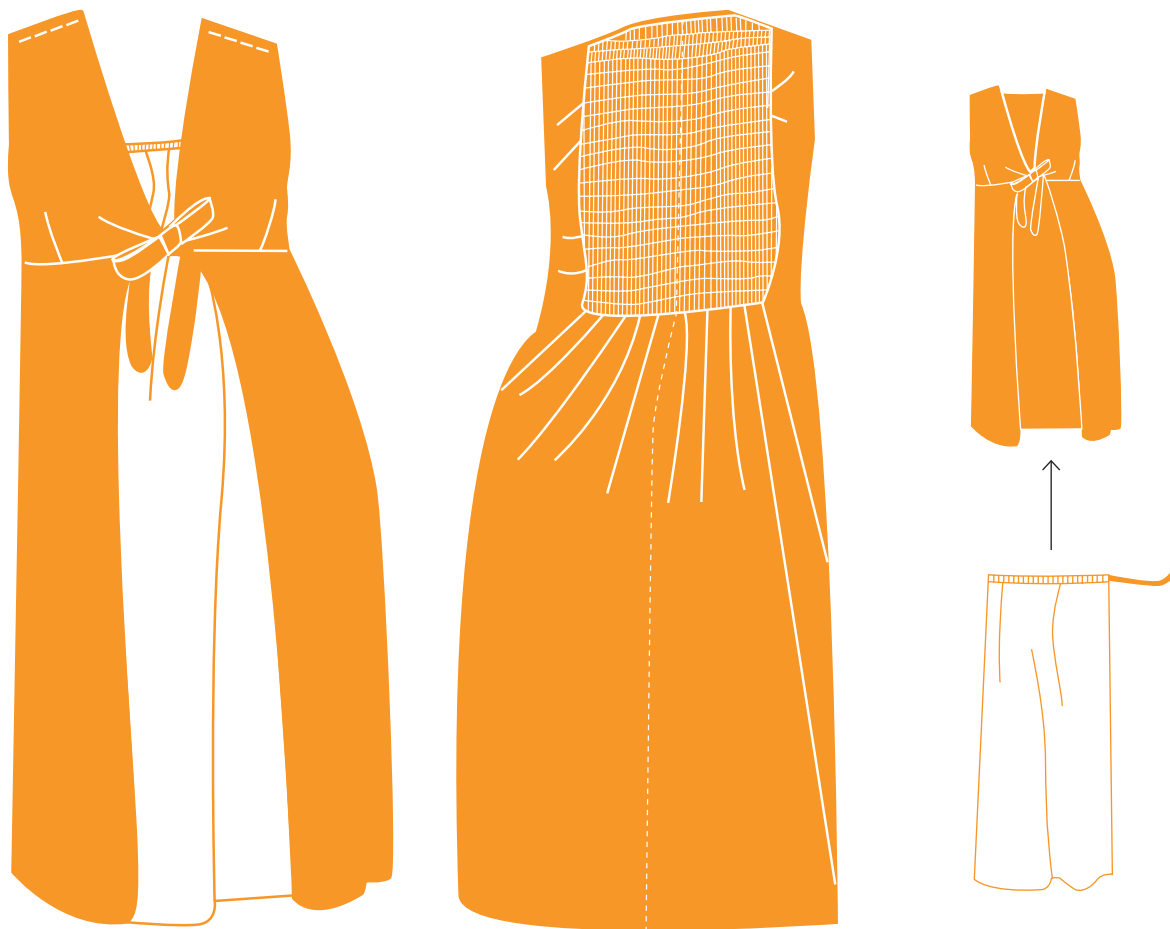
Menos centrado en los referentes y más en la crítica a los prototipos, el rediseño nos arroja un panorama diverso respecto al grado de validación de los productos ante sus futuras comunidades de usuarios. Mientras las Batas Maternales han tenido una amplísima acogida y bajo número de observaciones, las críticas y reparos sobre los demás productos de la línea, es proporcional a su grado de complejidad. Precisamente, mientras el soporte para la pelota kinésica y el cojín, deben modificar su materialidad y forma, la camilla y el taburete deben transformar no solo su materialidad y forma, sino que además resolver exigencias estructurales que con seguridad modificarán sus dimensiones, estructura y presentación.

Adicionalmente, con exclusión de la Bata–Maternal, los cuatro productos deben mejorar substancialmente la comunicación de su uso hasta el punto de convertirse en legibles. La experiencia internacional indica que los usuarios utilizan intuitivamente los objetos y los utilizados en el campo obstétrico no son una excepción a dicha regla. Adicionalmente, dadas las normas de asepsia vigentes, resulta del todo esencial elaborar normas de uso, ad–hoc para cada uno de ellos.

Con todo, y pese a su permanente modificación material, los objetos nunca se alejaron de lo que mandante y ejecutor entendieron como el propósito principal del convenio: desarrollar proyectos de diseño en base a evidencia de uso que se propongan elevar la calidad de los nacimientos en Chile.

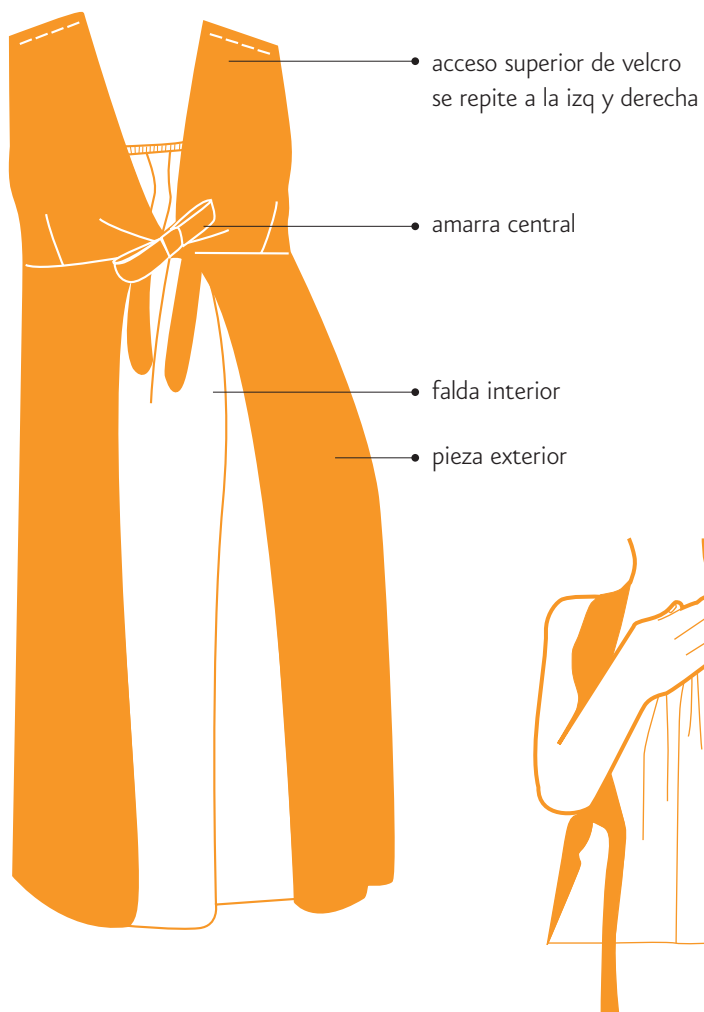


1
Bata maternal

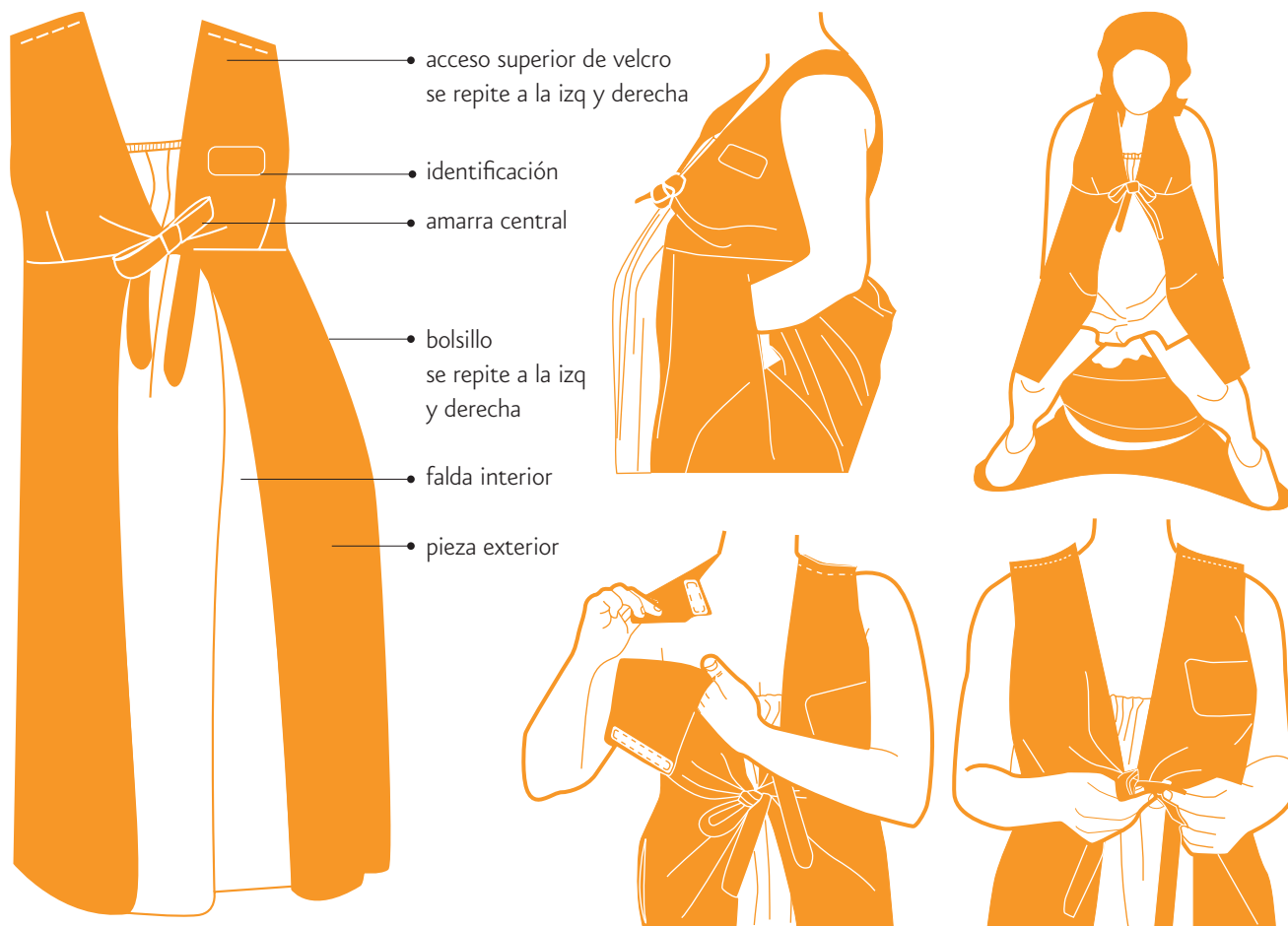


Es una indumentaria de dos piezas superpuestas que reúne en una prenda las prestaciones de la bata y del camisón que actualmente se utilizan en los centros médicos.

1
Bata maternal

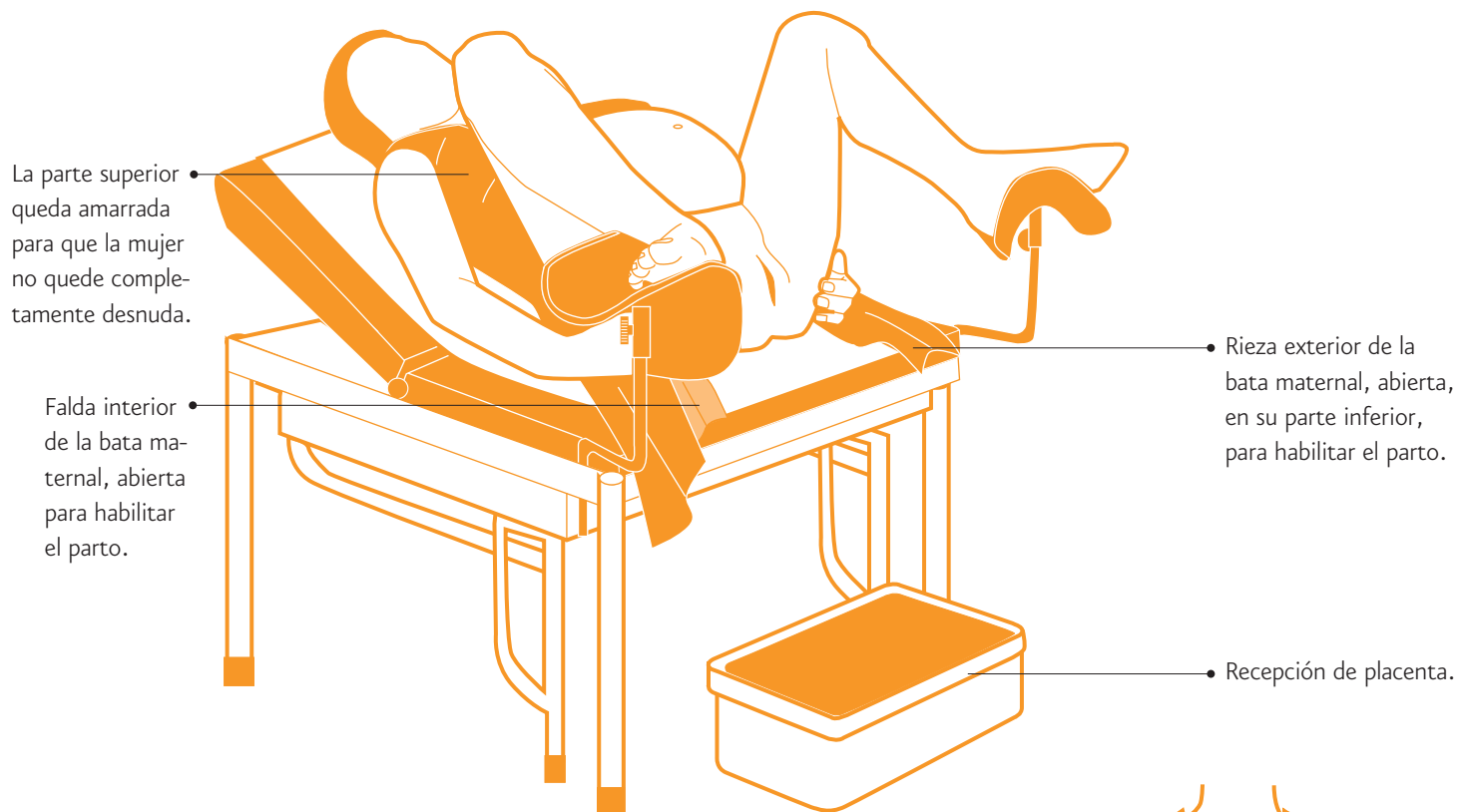


Entrega accesos visibles para que el equipo médico le proporcione a la gestante los debidos cuidados hospitalarios, como por ejemplo, auscultaciones e inyecciones.

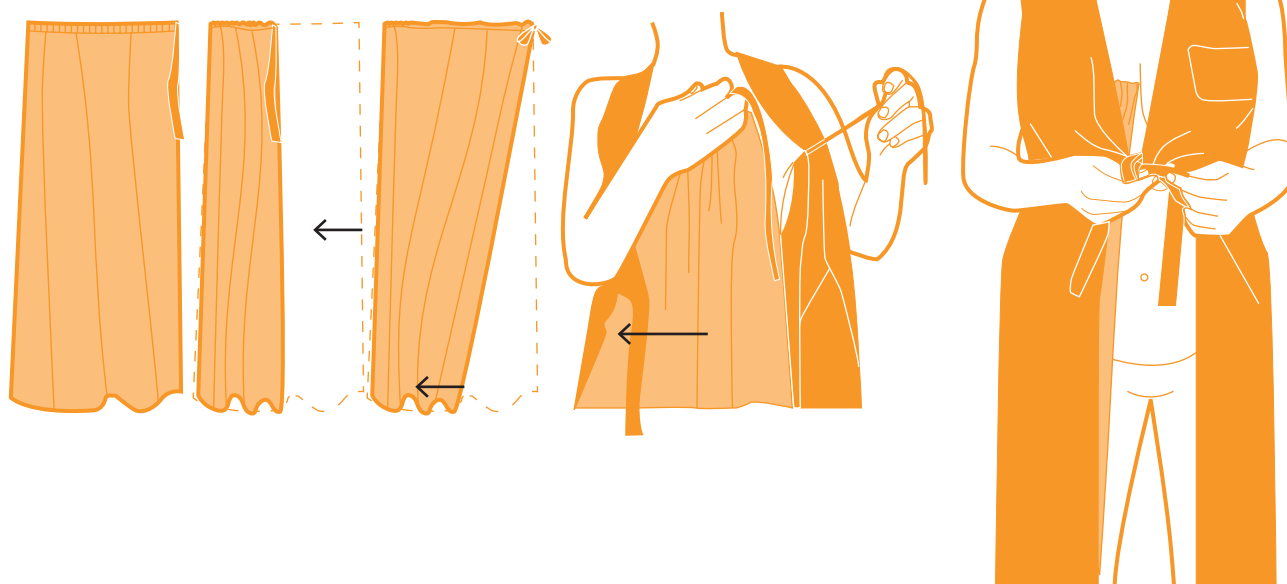


Durante el parto, permite que la gestante se identifique visualmente, deambule, desarrolle ejercicios e interactúe con su propio cuerpo (ej. vientre).

Durante el parto, gracias al repliegue de la falda interior, la madre puede participar tanto del expulsivo como del alumbramiento. La superposición de piezas permite dejar libre la zona del vientre, el pubis y las piernas, facilitando el manejo del equipo biomédico. Después del alumbramiento, es muy fácil volver a vestir a la parturienta y entregar los cuidados debidos.



Detalle manipulación



La falda interior se desamarra y se repliega hacia un lado donde se encuentra adherida a la pieza exterior por el costado. La parte superior de la pieza externa queda atada para que la gestante no quede completamente desnuda. También se puede repliegue sin necesidad de desamarrarla.

1
Bata maternal

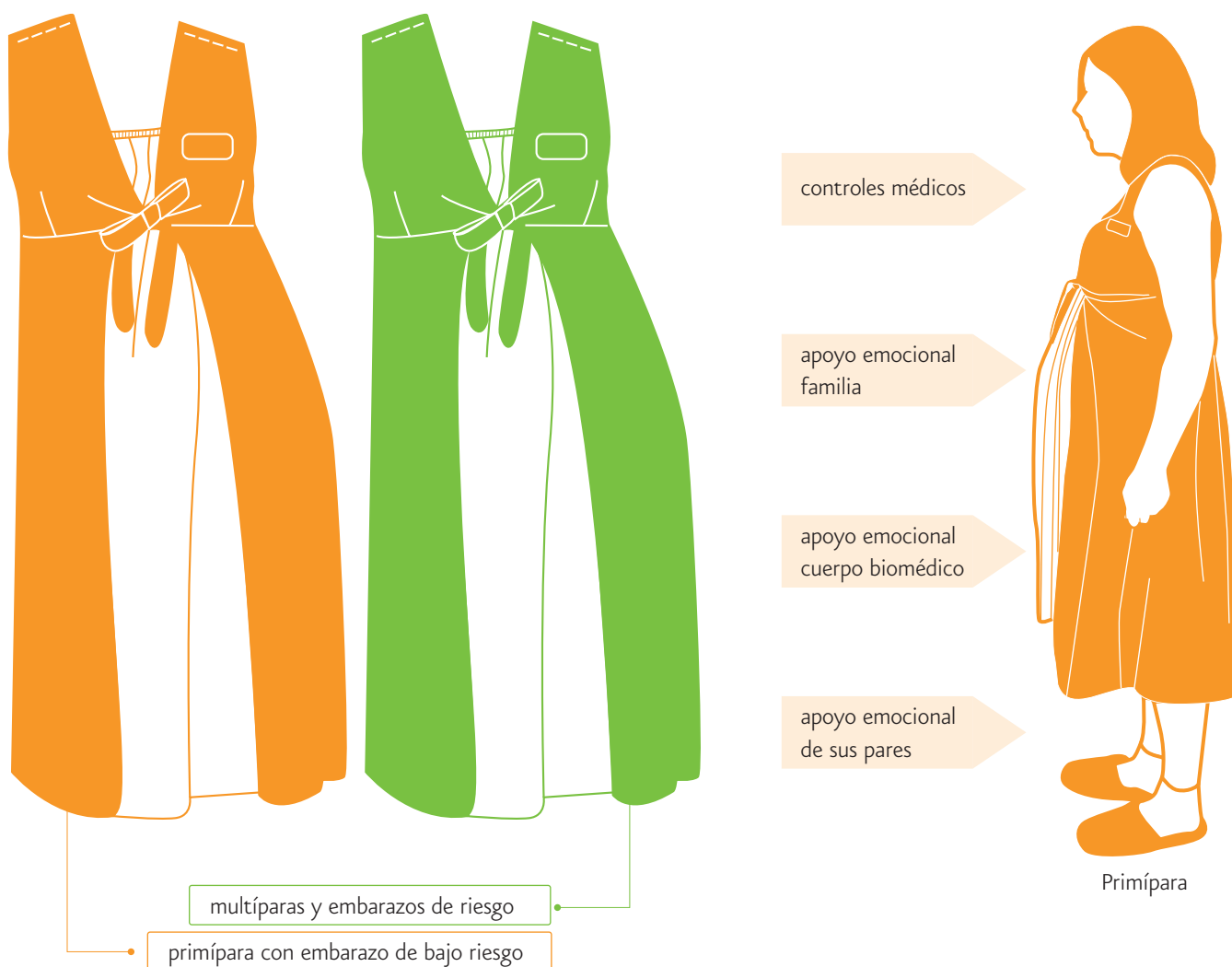


- acceso superior de velcro se repite a la izq y derecha



Durante el postparto, permite que la madre establezca contacto piel a piel con su hijo-o y pueda intentar lactancia precoz.

1
Bata maternal



Recomendaciones

Implementación: Funcionalidad de los colores

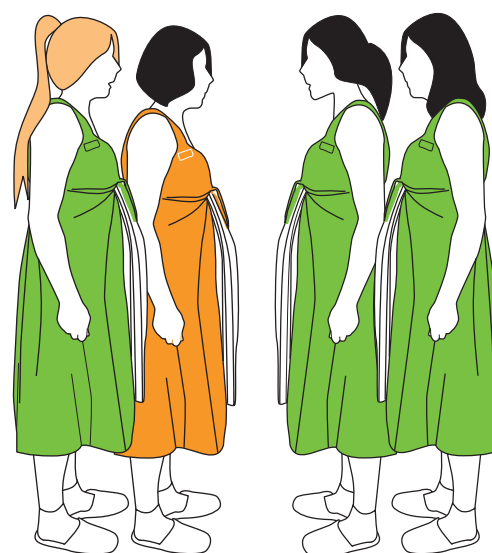
Como medio de implementación de un nuevo modelo de atención se propone confeccionar la Bata Maternal en dos colores:

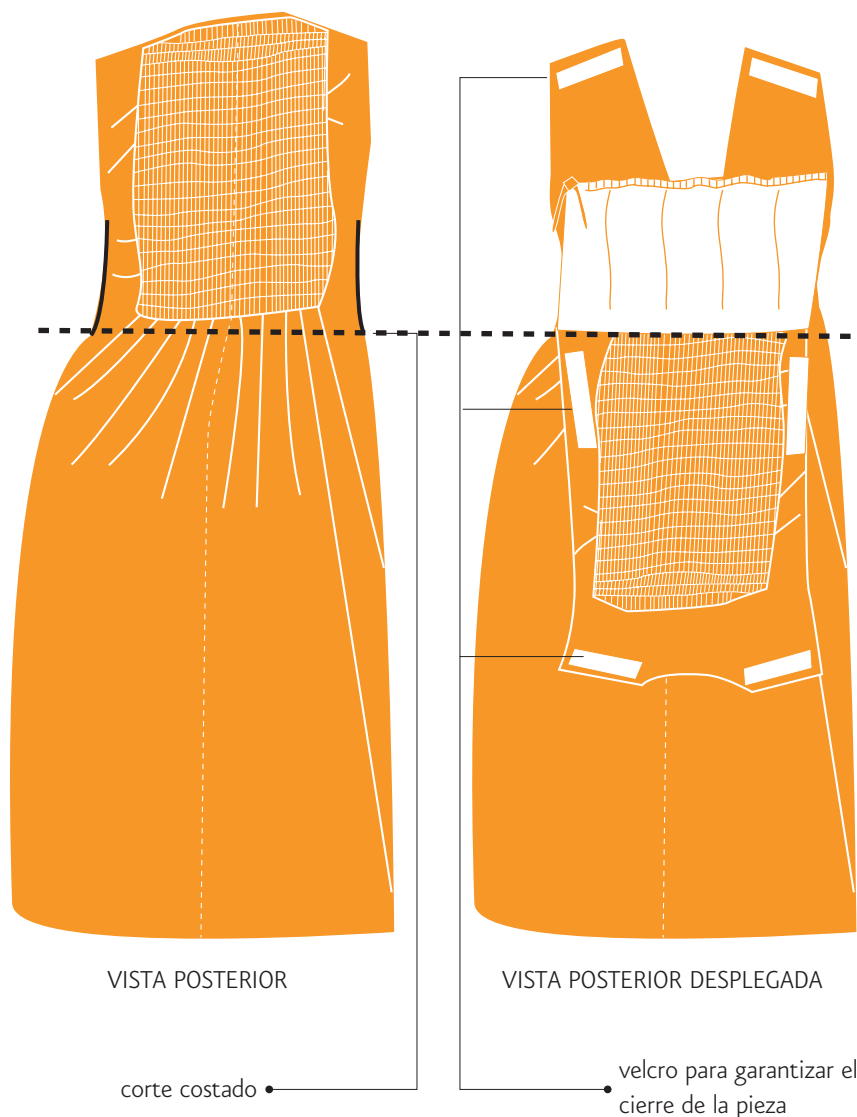
1. Para Primíparas con embarazo de bajo riesgo
2. Para Múltiparas y embarazos de alto riesgo.

El color permite identificar a las primíparas de las demás gestantes. Junto con destacarlas, se pretende que el equipo biomédico en el centro médico colabore para que la primípara esté de buen ánimo, con poco stress, y que continúe con un embarazo controlado y de bajo riesgo. De esta manera, se fija un objetivo común, lograr que el embarazo de la primípara culmine en un parto normal vaginal.

Con esta medida, se busca reducir el número de cesáreas en aquellas gestantes que tienen mayor potencial para finalizar su embarazo con un parto normal vaginal.

Se debe hacer un estudio acabado sobre los colores a ocupar, teniendo en cuenta los requerimientos de los centros hospitalarios (lavado, asepsia, resistencia material) y de las gestantes (psicológicos y de percepción).





Recomendaciones

Implementación: Acceso Epidural

En un próximo modelo de bata, se debe contemplar un acceso para la Epidural (anestesia). Este espacio debe ser bastante amplio, puesto que la instalación del catéter flexible, por donde se aumentará la dosis según el requerimiento de la paciente durante el parto, requiere un espacio equivalente a una hoja tamaño carta.

Para no perder la estructura dada por las costuras de la Bata Maternal, se sugiere hacer un corte por el costado, agregando un velcro para mantener la forma cerrada.

Gracias al velcro ubicado en la parte superior de los hombros, sumado a los nuevos cortes en los costados, se lograría mantener la espalda completamente descubierta. Se debe considerar, al hacer los cortes, que estos deben coincidir con los cortes propios de la estructura de la pieza. Esto significa que los cortes deben estar alineados con: las pinzas, líneas de unión de dos piezas, etc.

Implementación: Parte Posterior Pieza Externa

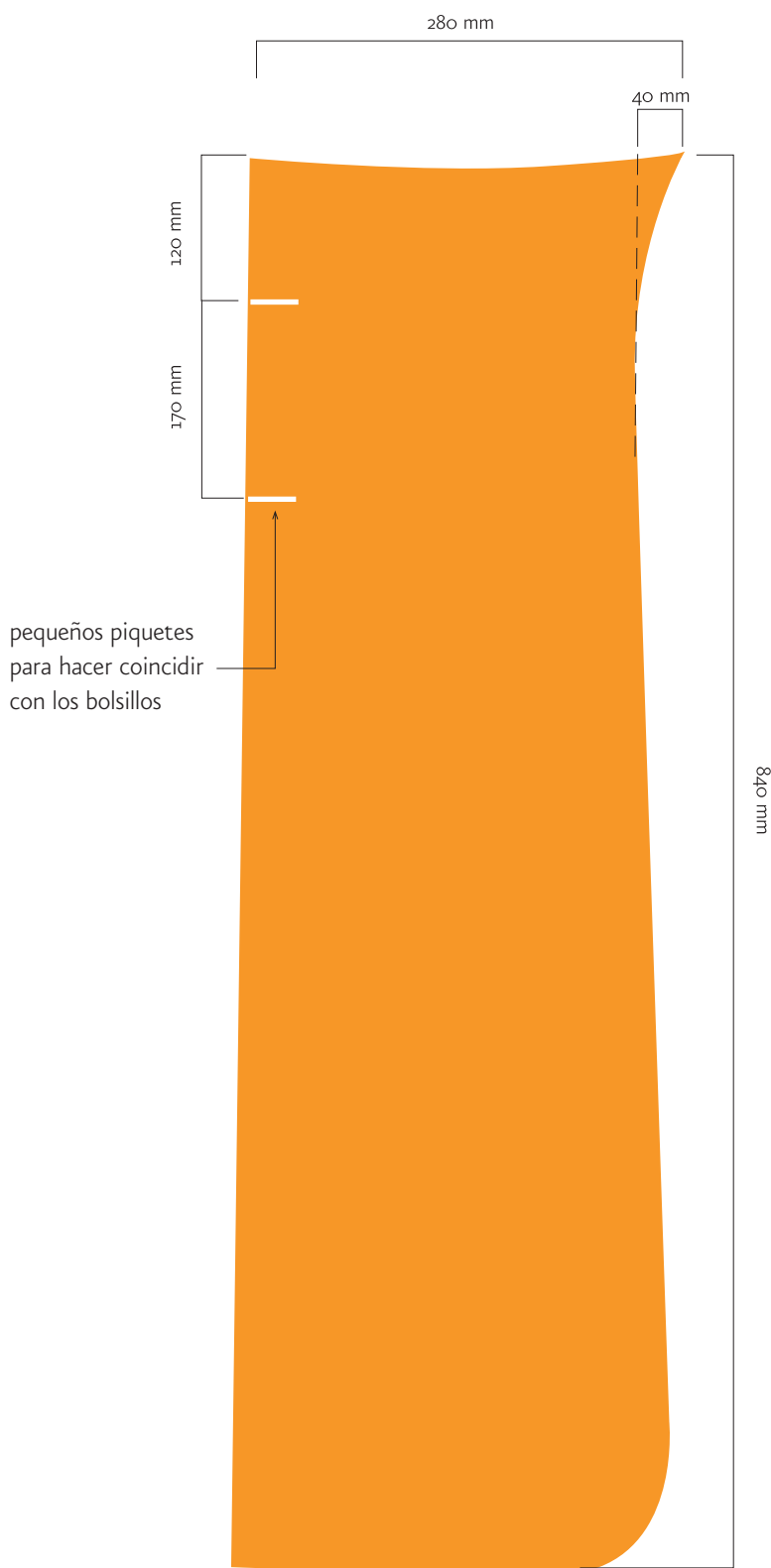
Se sugiere también simplificar el tramado elástico de la parte posterior. Hay varias razones que nos llevan a poner esta trama en cuestión. La primera, es su alto costo monetario en el contexto de un centro hospitalario nacional público. Otra razón, es que complica la factura del acceso posterior para la instalación de la Epidural.



1

Bata maternal

Esquema constructivo



PARTE DELANTERA INFERIOR (2 veces)

Especificaciones técnicas

Telas utilizadas:

1) Tela plana (parte de afuera)

Trevira

50% algodón—50% poliéster.

120 cm. de ancho 220 cm.

4 colores: lila, calipso, verde manzana, fucsia.

2) Tela de punto (parte de adentro)

Algodón gamuza

50% algodón—50% poliéster

100 cm. de ancho de 90 cm.

Otros materiales:

1) Hilos:

Elástico

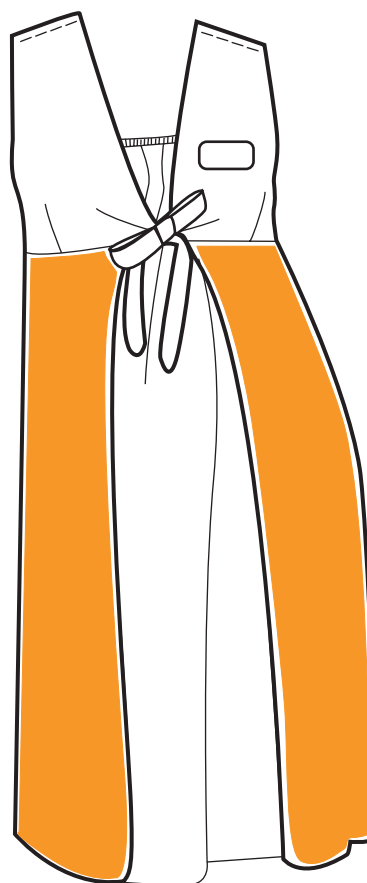
Overlock

Costuras

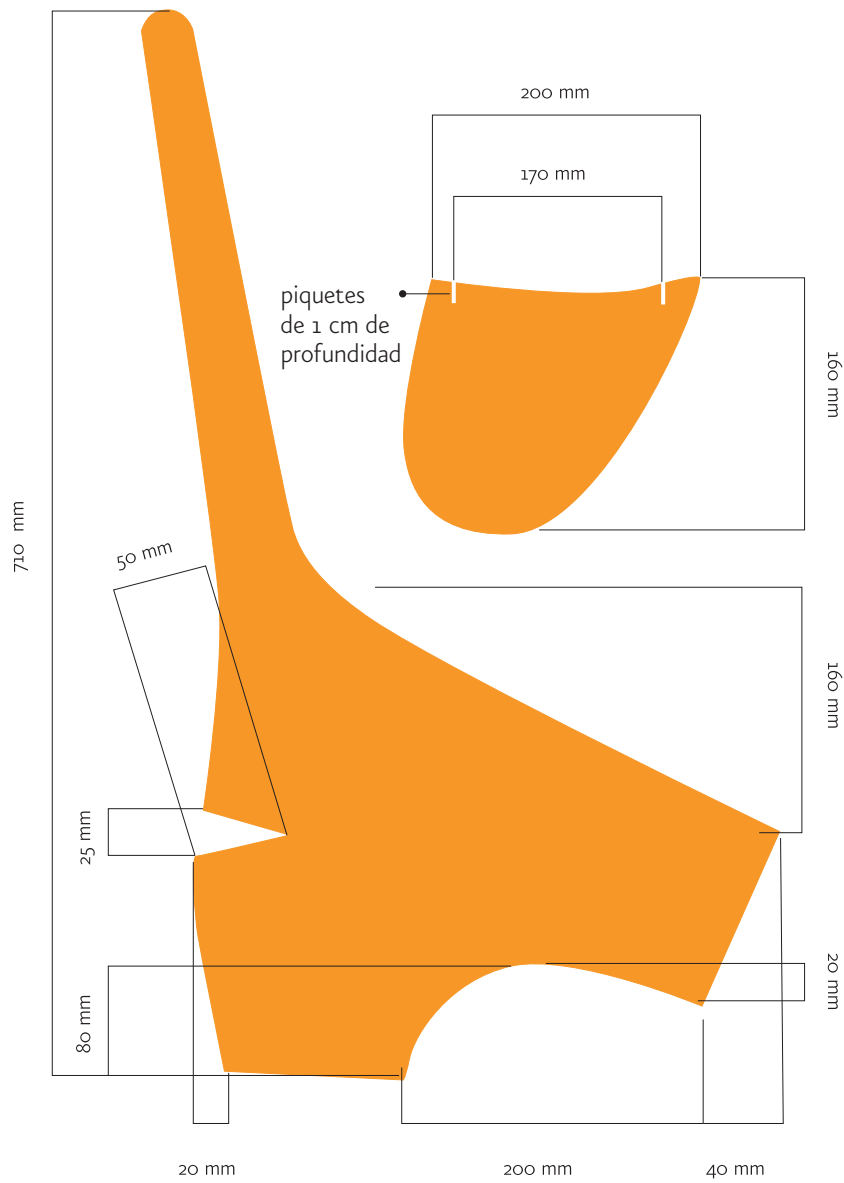
2) Velcro:

Blanco 40 cm. de 2 cm. de ancho

3) Parches identificación.



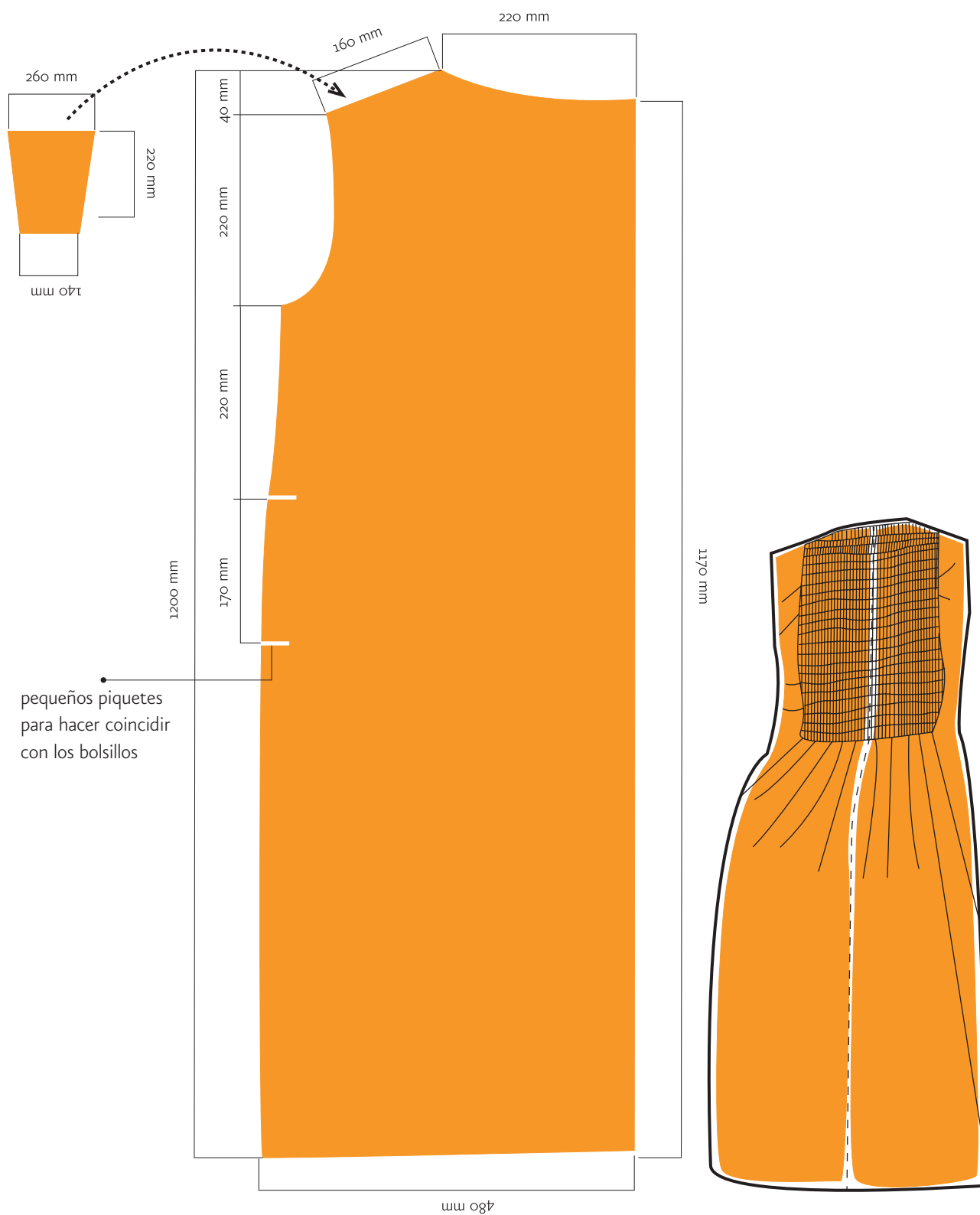
1
Bata maternal

Esquema constructivo

BOLSILLOS Y PARTE SUPERIOR DEL BUSTO
(cada una 4 veces)

**1****Bata maternal**

Esquema constructivo



Espalda y tapeta para el velcro

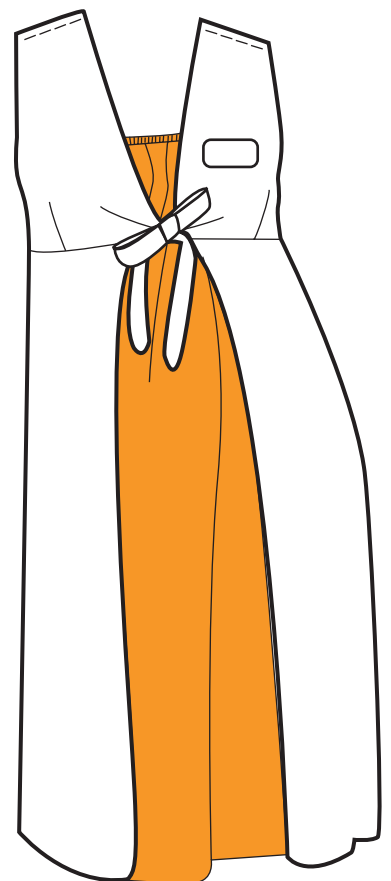
En este esquema, la espalda está dividida por la mitad ya que fue la mejor manera de ocupar la tela en el prototipo hecho a mano. Si se cortara industrialmente, y en serie, lo mejor sería completarla.

1
Bata maternal

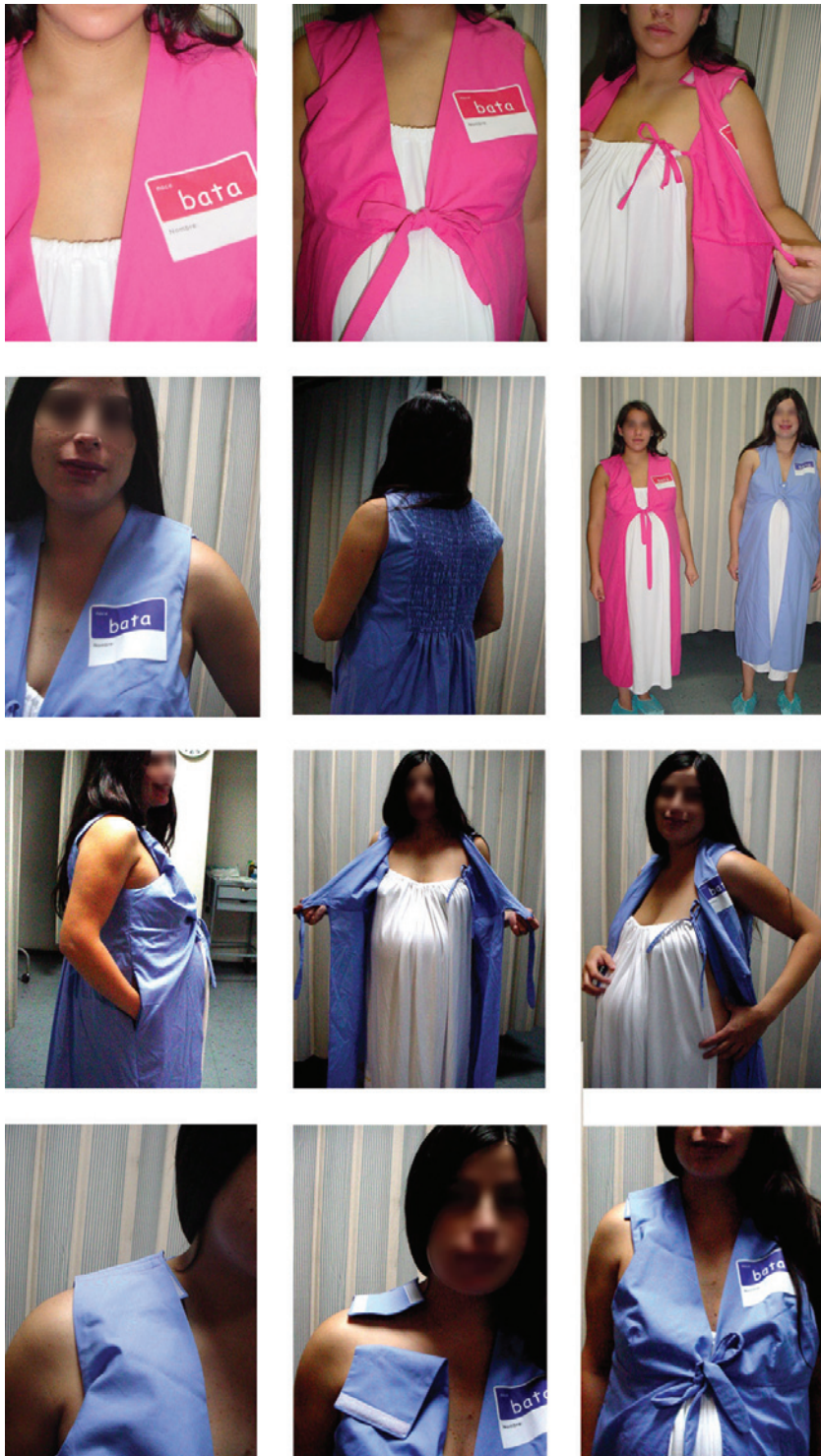
Esquema constructivo

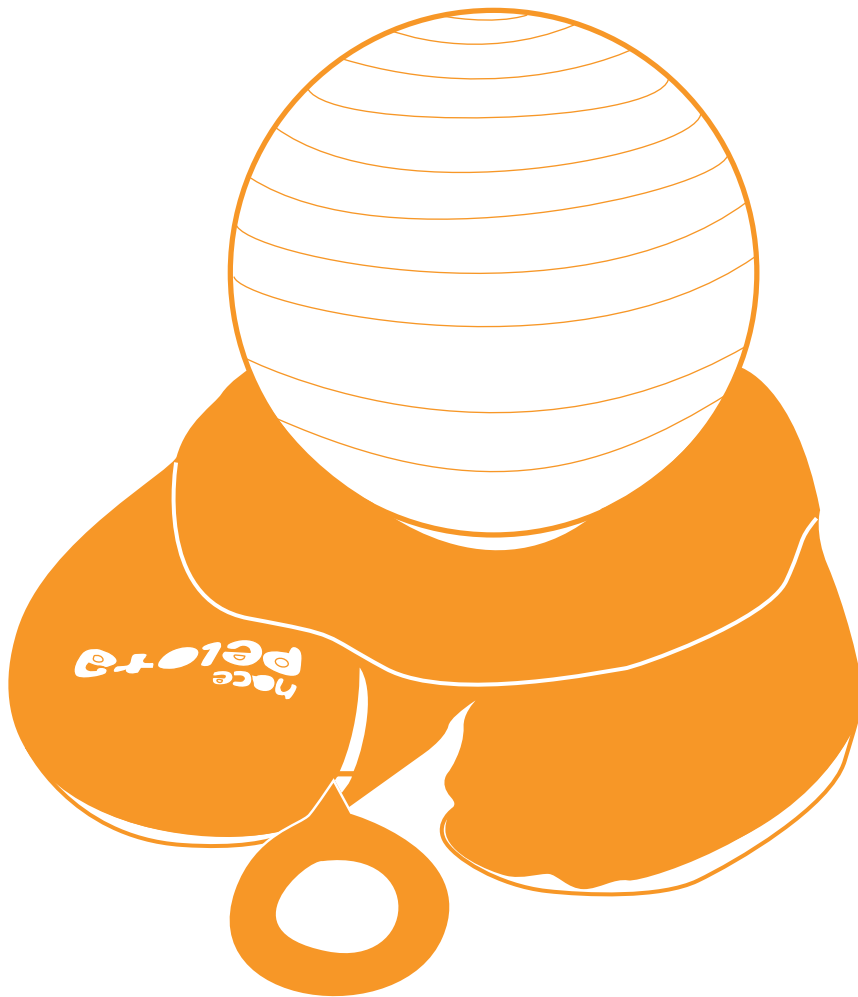


FALDA INTERIOR



Uso en hospital

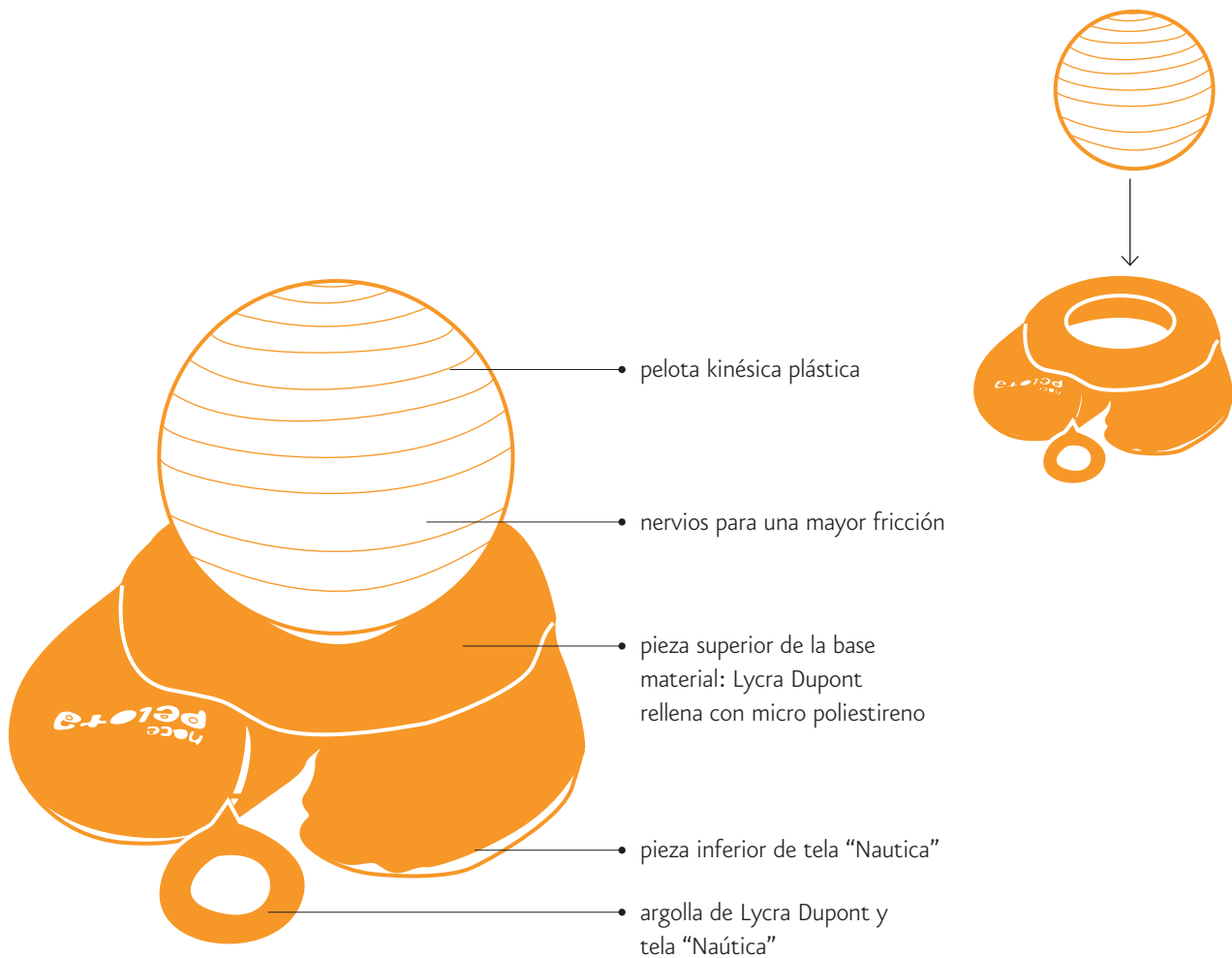




Soporte para una pelota kinésica. El soporte intenta evitar la sensación de falta de estabilidad que pueda tener una gestante para realizar ejercicios durante el parto.

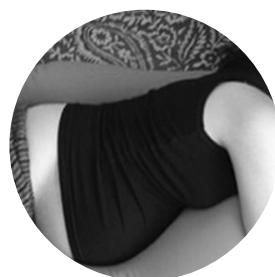
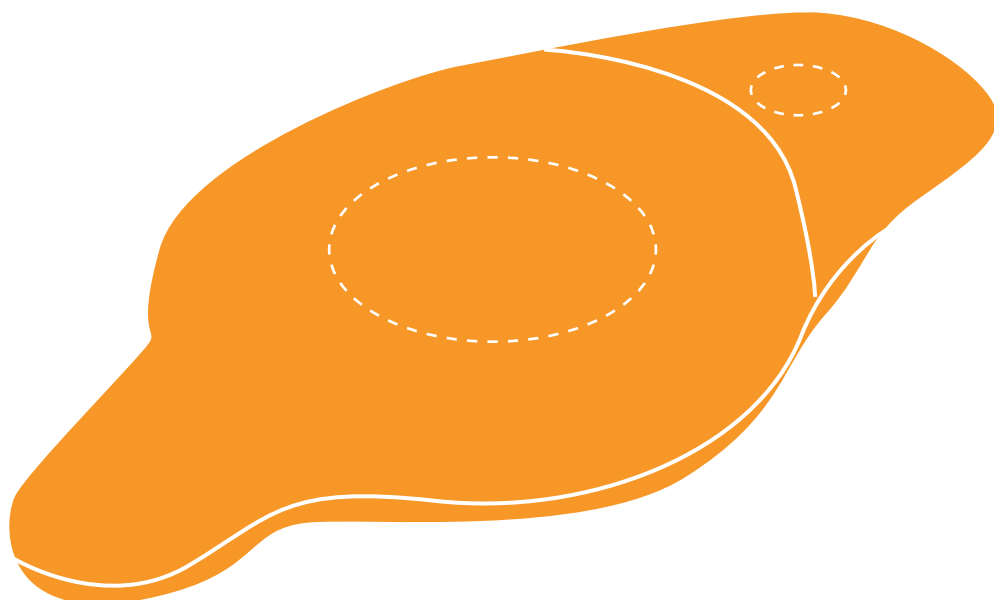


2 Soporte pelota



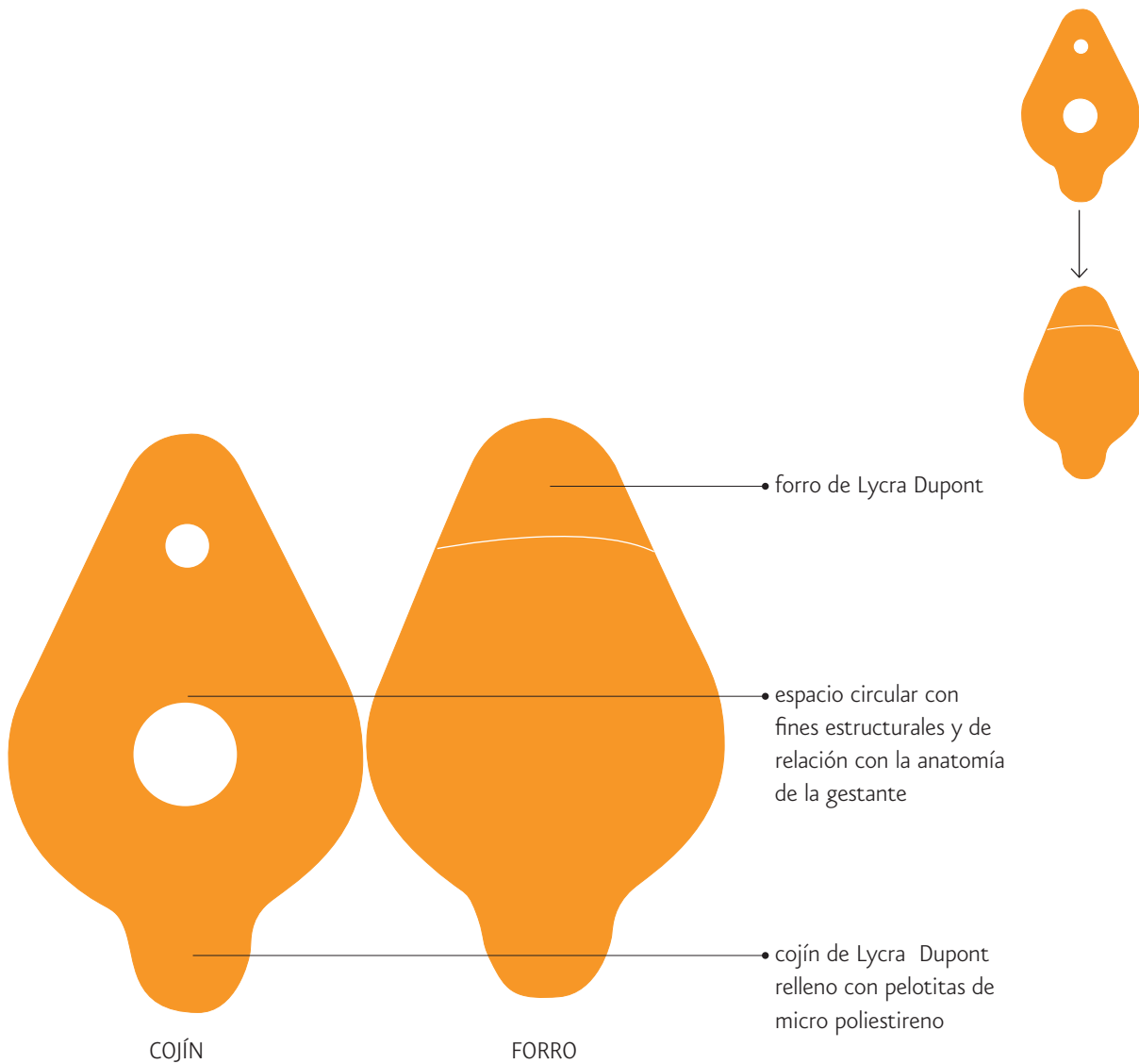
Críticas al objeto—Extracto de los paneles de expertos

Dimensiones	Aumentar el área de la base - Los ejercicios no utilizan tan solo el área frontal de la pelota. Los "apoya pies" debiesen estar posicionados por los costados, ya que es la zona de apoyo más común durante los ejercicios de parto. - Los ejercicios de embarazo contemplan un uso mayor de los "alrededores" de la pelota. Es por ello que se piensa que la base podría ser más amplia, para así cubrir toda el área de utilización. - La dimensión frontal de la base, debiese pensarse como un área continua, ya que impide algunos ejercicios que se llevan a cabo con un acompañante.	Materiales	Que la pieza inferior soporte sea antideslizante Al utilizar la pelota, el soporte tiende a resbalar. El material actual (tela Náutica) se llena de polvo, por lo que hace que se adhiera aun menos al piso y es contraproducente para los ejercicios.
	Aumentar el área del círculo central Existe un ejercicio importante para el parto, donde la paciente está sentada sobre la pelota con las piernas abiertas y hace movimientos rotatorios sobre un mismo eje. Para ello, se debe ampliar la dimensión del círculo central del soporte para lograr un movimiento más holgado.		Relleno del soporte El relleno del soporte es micropoliestireno. El soporte, aguanta el peso humano reiteradas veces y por largos periodos. Esto hace que las pelotitas de poliestireno se aplasten y que el soporte pierda densidad y espesor, reduciendo así una de sus principales prestaciones.
Argolla	Retiro de la argolla frontal La argolla localizada en el frente es tan poco funcional como innecesaria. Al sujetarse de ella, se levanta la base, lo que dificulta el desarrollar los ejercicios.	Legibilidad	Limpieza del soporte El soporte debiese ser aun más fácil de limpiar, ya que el resultado nunca es lo suficientemente perfecto debido a su superficie porosa. Se debiese buscar la limpieza de éste vía contacto para facilitar la higiene y mantener los objetos en un uso continuo.
			Comunicación objeto-usuario Ni el soporte ni el objeto comunican su función o modo de interacción al usuario. El usuario debiese ser capaz de interactuar con él de una manera fácil y espontánea, o por lo menos comprender su uso simplemente al mirarlo.



Cojín ideado para contrarrestar las molestias que puede producir el aumento de peso y nueva anatomía de una embarazada.

3
Cojín o Tuto



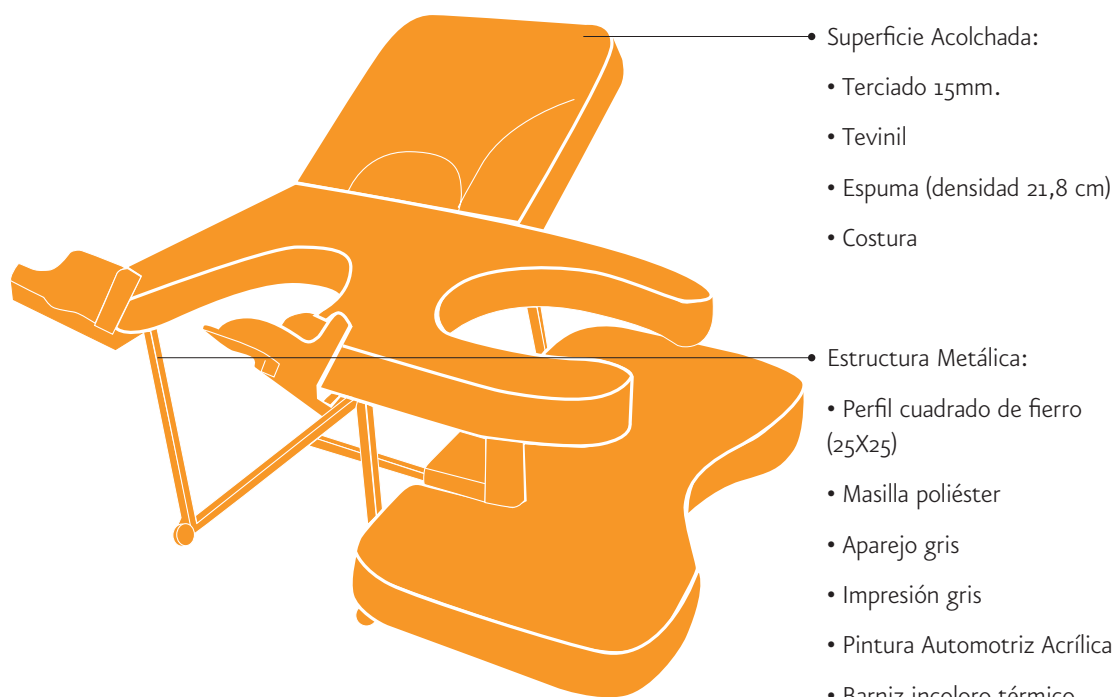
Críticas al objeto—Extracto de los paneles de expertos

Dimensiones	Exceso de tamaño • El tuto pareciera ser demasiado grande para el cumplimiento de su objetivo. Se transforma en poco transportable y poco funcional para el uso en casa.	Materiales	Superficies de contacto • La Lycra Dupont, en su aplicación tanto en el forro como en el interior, produce calor cuando entra en contacto con la gestante. Esto dificulta su uso, ya que la gestante tiene una temperatura corporal alta, y el tuto la hace sudar. Confección • Las costuras simples, con máquina tradicional en la Lycra Dupont, tienden a perder consistencia y firmeza puesto que el material se empieza a romper. Debido a esto se generan orificios por las costuras que hacen que se escurra el material de relleno.
Forma	Forma alargada • Una forma más alargada permite una utilización más efectiva por parte de la gestante (comparar con Flexibag). Le permite lograr variadas posiciones, además entregarle portabilidad al objeto.	Potencialidad	Lactancia • Aunque no se exploró esta posibilidad durante el proyecto “tuto”, el cojín en sí muestra prestaciones similares a los productos con los que compite. Estos competidores también se hacen cargo de la lactancia, siendo un soporte transportable para acoger el cuerpo de la madre durante el acto.

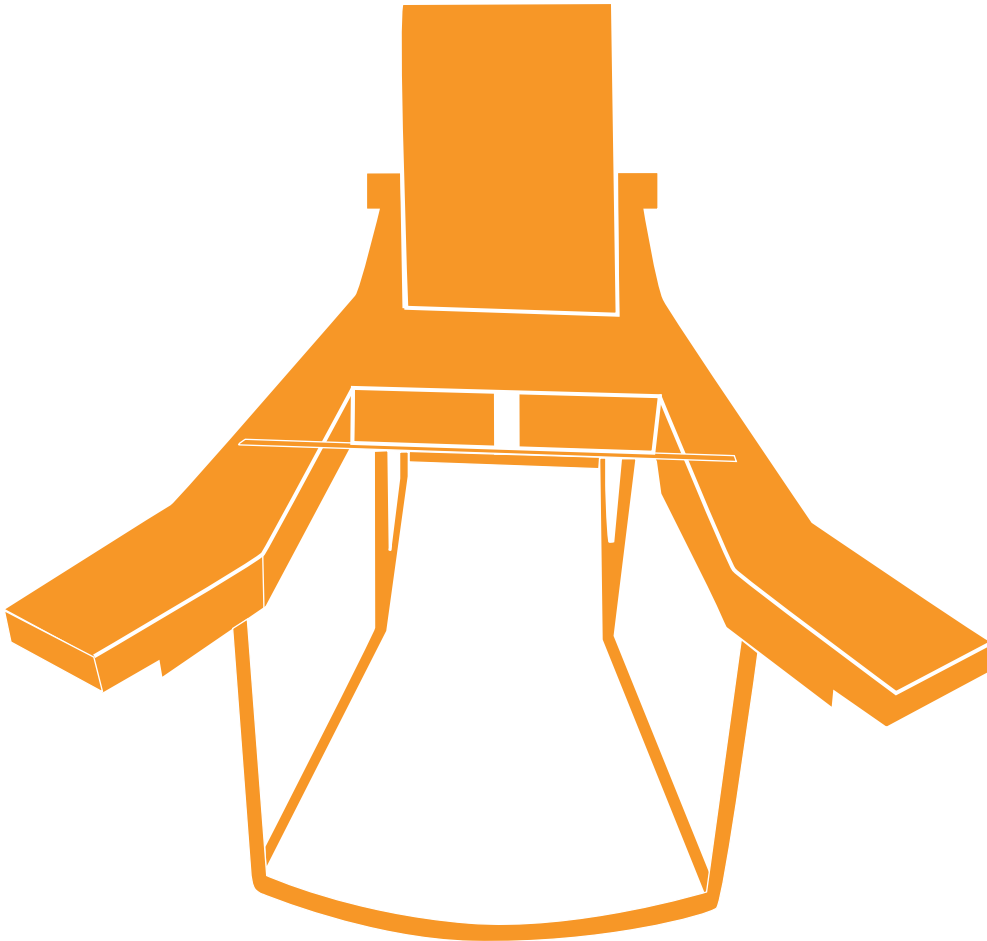


Camilla ginecológica diseñada para parto natural. Gracias a su forma, permite los tres tipos de partos verticales más comunes (litotomía, cuclillas y apoyado en manos y pies). También acoge a un acompañante. Es un mobiliario de bajo costo, en comparación con las camillas de examen ginecológico tradicional.

4
Camilla
parto natural

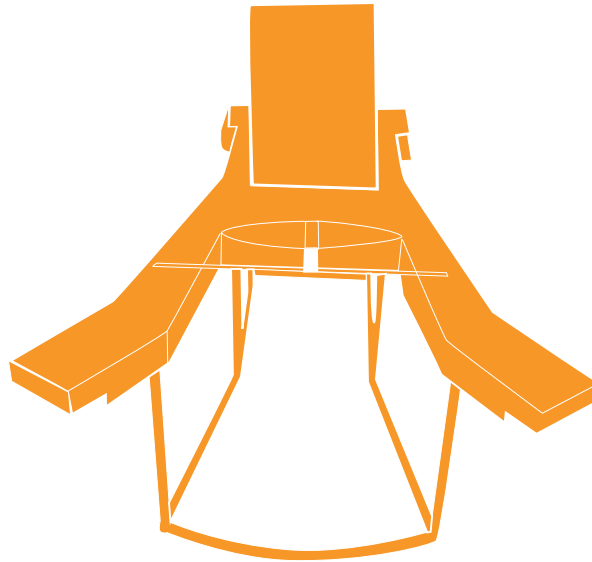


Críticas al objeto—Extracto de los paneles de expertos				
Dimensiones	Altura • Según médicos y matronas, la altura es baja para el desempeño de su trabajo en las posturas más comunes de un parto. Es una altura que les resulta incómoda, ya que dificulta la visibilidad durante el desarrollo de la tarea. • La camilla no contempla los datos antropométricos de Chile, por lo que durante las pruebas, resultó ser demasiado elevada para algunas mujeres. • Se sugiere una altura ajustable.	Materialidad	Material Antiséptico • El Tevinyl no parece ser la mejor solución para una camilla que interactúa con tal cantidad de fluidos. • La camilla debiera ser sin costuras, puesto que, a través de ellas, se absorben fluidos que pudrirán, posteriormente, el interior del acolchado. Se debiera pensar en un material inyectado y de ausente porosidad.	
	Largo de la camilla • El respaldo resulta insuficiente para las gestantes más altas. En una posición de 180° quedaría corto.		Inclinación	Respaldo • Diseñar un respaldo que sea reclinable. • La forma de “esquina” que tiene el respaldo con respecto de la parte del asiento, hace que la gestante quede incómoda. Este traspaso debiera ser de una membrana continua. Las matronas comentan que necesitan que la pelvis “caiga” por medio de la inclinación del respaldo para que favorezca el descenso del bebé.
	Falta de planta física • El tamaño de la camilla, debido a la amplitud dada por la conjunción de las 2 posiciones (vertical /horizontal), consume demasiado espacio para la planta física promedio de un hospital chileno.	Implementos		
Estabilidad y carga	Estabilidad y carga • Se cuestiona la estabilidad de la camilla y su capacidad para soportar a una paciente en condiciones extremas de peso, ya sea por obesidad (factor no poco común en Chile) u otro factor. • La camilla, en su base, pareciera no ser lo suficientemente pesada, y al generar fuertes movimientos sobre ella, tiende a elevarse del suelo. Esto genera graves inconvenientes debido a que se generarán variedad de cambios de posiciones en la camilla, además de un ascenso y descenso a ella que pueden producir un volcamiento de la parturienta.		Recepción de fluidos • Falta un contenedor para los fluidos presentes durante el parto. Uno de estos es la placenta, cuyo volúmen no es menor y debe ser considerado.	
	Fijación de la camilla • Se hace hincapié en que se desarrollan movimientos sobre la camilla, por lo que esta, al ser utilizada, debiera quedar fija o frenada de algún modo.			Color • Hay que hacer un estudio sobre calidades y cualidades perceptivas del color asociadas a este tipo de mobiliario.
Asiento de trabajo	Asiento del operador • Ausencia de un taburete adecuado para el trabajo del equipo profesional de asistencia al parto.			



Taburete construido en base a una estructura metálica de tubo redondo de 20mm y una plataforma y respaldo en MDF. Es de madera lacada y permite el parto vertical.

5 Taburete



Críticas al objeto–Extracto de los paneles de expertos

Observaciones

Altura

- La altura pareciera ser excesiva para la antropometría de las mujeres de la IX región.

Comodidad gestante

- La estructura metálica de la parte anterior, es considerada incómoda ya que complica la movilidad del tratante.

Formalidad y diseño

- El diseño se contempla como formalmente agresivo en su relación con la gestante. Además, la cavidad anterior para el expulsivo es demasiado recta y esquinada, lo que se contrapone con el acogimiento de las formas del cuerpo humano.
- La apertura del apoyo para piernas puede producir calambres o incomodidad en la paciente, puesto que todo el peso de ella descansa en ese lugar puntual, sin tener un área para apoyar los pies.

Respaldo

- Se sugiere que el respaldo adquiriera distintas posiciones, es decir, que sea adaptable durante el proceso del parto.

Colores

- El color fue cuestionado y se hicieron recomendaciones sobre ello. Debe someterse a un estudio de percepción y funcionalidad más profundo.

Recomendaciones

Altura

- Un aumento en 50 cms. podría ser una solución para garantizar la comodidad del cuerpo médico y dar seguridad a la parturienta.

Formalidad y diseño

- Hacer que los contornos del objeto sean redondeados y sin esquinas.
- Generar un diseño menos agresivo basándose en elementos ya existentes y que a cualquier parturienta le parezcan familiares.
- Hacer que el objeto sea móvil y retirable, para dar mayores posibilidades de traslado y de posiciones.

Colores

- Se sugieren colores como el verde, celeste y naranja, con el argumento de ser “familiares y alegres”. El equipo de investigación sugiere hacer un estudio más acabado de colores, correspondientes a las áreas de percepción psicológica y de la funcionalidad del aparato (higiene, materialidad).

Conclusiones



Crear las condiciones para elevar la cantidad de partos vaginales ocurridos en el sistema público chileno, corresponde a la principal conclusión del estudio. Pero descansar en un incremento cuantitativo de los partos vaginales sin considerar la calidad de la experiencia, no constituye un desafío que esté a la altura de los retos de un Estado entre cuyos referentes está Irlanda, Nueva Zelanda o los trigres asiáticos.

Al igual que en otros ámbitos del quehacer público, calidad de la atención es la clave a reformar. Fiel a dicho predicamento, es prioritario crear un programa multisectorial, estatal y descentralizado de humanización del parto. Sus principales objetivos debieran ser:

- a) Modificación de los sistemas de atención de las maternidades públicas
- b) Feminización y fortalecimiento de los recursos humanos orientados al parto con respeto
- c) Rediseño de maternidades existentes: transformaciones en su equipamiento y mobiliario

A) Modificación de los sistemas de atención de las maternidades públicas: De un paradigma tecnologizado a uno social

En línea con los críticos locales de la tecnologización médica del nacimiento y con la literatura internacional de orientación perinatólogica, el estudio sugiere acoger cambios en la orientación de la atención, pasando desde un sello biomédico (centrado en la patología, paternal y medicalizado) a uno de naturaleza biopsicosocial (centrado en la persona)⁽⁵⁶⁾.

Conocidos antes que desconocidos, los sistemas de atención que promueven un retorno al parto vaginal han sido tímidamente impulsados por Minsal en los últimos años. Aunque la formulación de una política que se organice en torno a la promoción del parto vaginal está pendiente, es poco probable que su mera existencia cambie el estado de cosas que cotidianamente se registra en la mayoría de las maternidades públicas. Más allá de la débil introducción del nuevo paradigma, la pregunta por responder es cuáles son los factores que impiden la internalización de un nuevo modelo centrado en el usuario antes que en la paciente.

A partir de la propia experiencia del proyecto, y en especial asociada a las resistencias o aceptaciones provocadas por los objetos en diferentes recintos médicos, podemos concluir que cualquier modelo de atención debe contar con un fuerte beneplácito de las autoridades hospitalarias y no tan solo de las ministeriales. El poder que exhiben los jefes de zona y hospital, los convierte en mediadores fundamentales a la hora de introducir cualquier innovación.

A su vez, dada la existencia de cambios en algunas maternidades, también es importante reconocer la autonomía que exhiben los directores o jefes de maternidad. En la casi totalidad de los casos se trata de obstetras y en la enorme mayoría de las oportunidades son hombres con varias décadas de experiencia profesional tanto en el medio público como privado. Al respecto, existen hospitales, como la maternidad de Iquique o Villarrica, que la instalación de un paradigma centrado en la madre como gestante, ha podido ser consolidado por la mera decisión del jefe de departamento o maternidad. Menos refractario al cambio de lo que inicialmente podría suponerse, la porosidad que dichas jefaturas exhiben al momento de revisar los procedimientos es usualmente apoyada por las principales promotoras de la humanización de la atención. Evidentemente nos referimos a las matronas o, más recientemente, enfermeras matronas.

(56) Diversos artículos en: Muñoz, Hugo et. al. (2000). *Nacer en el siglo XXI: de vuelta a lo humano*. Santiago: MINSAL—Universidad de Chile y Poupin, Laurenn; Uribe, Claudia y Jorge Rodríguez (2000). "Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto. Efecto sobre los resultados materno perinatales". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 65 (5): 371–377.

Antes de analizar su situación, cabe indicar dos elementos a considerar a la hora de “bajar” una nueva política pública al contexto de las maternidades. Por una parte, es evidente reconocer una fuerte oposición a cualquier verticalismo que no considere las opiniones locales. La difusión del empoderamiento como estrategia organizacional, aunque su implementación sea más decorativa que sustancial, es un dato instalado que no debiera ser subestimado. Por otra parte, también es importante mencionar que son los obstetras más experimentados, los que más veteranía tienen, los que manifiestan mayor disposición a revisar su tradicional quehacer. Mencionado en la literatura, la precisión etérea se relaciona con la fuerte inhabilidad que los médicos jóvenes tienen respecto al parto vaginal. Carentes de un cabal entrenamiento universitario en toda la casuística en que puede derivar un parto, los jóvenes facultativos tienden a preferir, tanto por auto-inhibición como por conveniencia económica, la conocida “optimización del tiempo de atención”. En otras palabras, muchos médicos están disponibles para convertir en cesáreas partos que no deberían “ser resueltos” bajo dicho expediente⁽⁵⁷⁾.

(57) Un extenso, acucioso y crítico reportaje sobre la epidemia de cesáreas, apareció recientemente en las páginas de El Mercurio, 23 de Mayo de 2006.

B) Feminización y fortalecimiento de los recursos humanos orientados al parto con respeto

La masculinización del parto hospitalario bajo un enfoque intervencionista no debiera ser entendida como una hipótesis definitiva e inmodificable. La casuística local y también internacional, nos indica que obstetras⁽⁵⁸⁾ formados en universidades con programas tradicionalistas pueden liderar procesos de reorganización que desmedicalicen el parto de su usual tecnologicismo. Si bien dicha alternativa es posible, aunque todavía poco probable en América Latina, lo verdaderamente importante es que todas las transformaciones en los modelos de atención tienen como principal colectivo de sustento a matronas y enfermeras-matronas.

(58) En la medicina privada se paga por “acto médico”, y un parto por cesárea no sólo es más corto, sino que está mejor pagado que un parto normal, si bien se han realizado esfuerzos por igualar los pagos, en cifras que van desde los \$400.000 a los \$700.000 para los independientes, el incentivo perverso de este círculo viene siendo claramente el tiempo.

¿Y si fueran matronas la que dirigieran las maternidades? Aunque no tenemos estudios para la realidad chilena, la experiencia internacional indica que lo más probable es que dicha maternidad vea reducir los niveles de intervencionismo y prácticas desaconsejables a cifras muy parecidas a las que OMS recomienda desde 1985. Antes que preguntarnos por los impedimentos políticos y funcionales para dicha transformación, que por lo demás ha comenzado subrepticamente a producirse, cabe recordar que el cambio de paradigma de atención requiere volver a aprender aquello que en la universidad muy probablemente fue entendido como pensamiento único. Una observación somera sobre currículo de estudios y contenidos enseñados en una universidad compleja de la capital, comprueban la pérdida de centralidad que para los estudiantes de medicina, e inclusive especialistas obstétricos, puede llegar a tener el parto vaginal. Insuficientemente enseñado e insuficientemente practicado por los médicos, no es extraño que sean las matronas las más indicadas a la hora de indicar quién debería liderar la necesaria humanización.

El interés por procedimientos de autocuidado que exhiben matronas y enfermeras matronas en muchos centros hospitalarios, hace parte de una perspectiva filosófica menos intervencionista. Tal y como un prestigiado obstetra lo mencionaba: “...si una persona está en un hospital nuestra primera orientación, llamaría gravitacional, es a examinarlo. Si está en un hospital es porque debe estar enfermo y nuestro deber es cuidarlo y sanarlo”⁽⁵⁹⁾.

(59) Transcripción no literal de una conversación con el obstetra y profesor universitario Sergio Valenzuela.

Como cualquier práctica que quiere ser promovida, la favorable predisposición al cambio que suelen exhibir matronas y enfermeras, deber ser promovida y alentada por todas las autoridades que quieren volver su “buena práctica” en una regla general para el servicio. Obviamente, y con arreglo a incentivos, premios y reconocimientos, lo fundamental es mantener actualizados los procedimientos. El

impacto de la medicina basada en evidencia usualmente suele ayudar a la hora de repensar los paradigmas de atención. La experiencia en la maternidad no parece ser una excepción.

Para terminar el siguiente punto bien vale reflexionar sobre un problema que es parte de la solución: los municipios que exhiben mayor concentración de pobreza registran tasas superiores de defunción maternal y perinatal al igual que menor esperanza de vida.

Si bien a nivel país, la atención profesional del parto y de los recién nacidos es esencialmente independiente de la condición de pobreza y desempleo⁽⁶⁰⁾, se advierte una marcada desigualdad comunal en la calidad de las prestaciones hospitalarias públicas. Pese a los bajos porcentajes de nacimientos en ausencia de personal médico (0,3% el 2001 y 0,2 el 2002)⁽⁶¹⁾, la distribución de las tasas de mortalidad perinatal se advierte con mayor fuerza en aquellas comunas exteriores a los centros tradicionales. Es ahí, en la periferia urbana, donde la presencia de recintos hospitalarios que disponen de maternidades disminuye.

Con todo, es en aquellos centros que podríamos llamar periféricos donde la presencia de matronas y enfermeras matronas es dominante como también es mayoritaria la prevalencia de partos naturales versus cesáreas. Complementariamente, y aunque no disponemos de cifras específicas, sospechamos que la proporción de embarazos de bajo riesgo debe ser similar a la realidad nacional (80% de bajo riesgo y 20% de alto riesgo). Por todo lo anterior y pese a que los resultados biomédicos de dichos hospitales periféricos son inferiores a los obtenidos en hospitales de áreas más centrales de las ciudades chilenas, creemos que son el primer destino para una intervención sistemática. Ahí donde las matronas son la fuerza de trabajo prevaleciente (según datos no acreditados de la red RELACAHUPAN, en Chile un 85% de los partos son atendidos por matronas y tan solo un 15% por médicos) debería estar concentrado el esfuerzo por instalar las prácticas recomendadas y desechar aquellas no justificadas.

C) Rediseño de maternidades existentes: Transformaciones en su equipamiento y mobiliario

Si seguimos la secuencia del argumento, convendríamos que la mención a objetos e inclusive recintos, es marginal frente a la prioridad que tienen los sistemas de atención y los recursos humanos. Pensar que nuevos aparatos generan por sí solos prácticas sustentables en el tiempo, es una ingenuidad que la literatura consigna y cualquier especialista biomédico confirmaría.

Pero también es cierto que las condiciones ambientales deben comparecer a la hora de facilitar un cambio paradigmático. Crear las condiciones para cambiar de paradigma es una apuesta que puede ser fuertemente alentada por pequeños innovaciones en el paisaje habitual de una maternidad. Evidentemente, su presencia debe ser funcional a una estrategia mayor y que como hemos visto en las páginas anteriores, descansa en los recursos humanos antes que en los recursos físicos.

Con todo, siguiendo la experiencia del hospital de Dublín, identificar a las primigestas con una cómoda bata, ergonómica y asociada a un color llamativo, puede ser una excelente herramienta si se quiere asegurar una visibilidad que de otro modo sería casi invisible.

Ahora bien, volviendo a punto más descriptivo, si concentramos la atención en los recintos hospitalarios en Chile, las últimas décadas son testigos de trayectorias divergentes. Precisamente, el contraste es pronunciado si comparamos los cambios físicos ocurridos en algunas clínicas del mundo de la salud privada con lo ocurrido en el sector público. Mientras el campo sanitario privado, la renovada

(60) Donoso, Enrique (2004). "Desigualdad en mortalidad perinatal entre las comunas de la provincia de Santiago", Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 69 (2): 112-117.

(61) . Según el PNUD, El año 2000 alcanzó a un 99,7%. <http://www.pnud.cl/boletin/julio%202005/conto1.htm>. y el 2002 un 99,8 <http://64.233.179.104/search?q=cache:jlxFjbuf7LUJ:deis.minsal.cl/Indicadores/ind2004.pdf+atenci%C3%B3n+profesional+d el+parto+%26+2002&hl=es&gl=cl&ct=clnk&cd=5>

fisonomía que clínicas y consultas presentan, se despliega alternando eficacia funcional y sensibilidad formal en el diseño de exteriores e interiores, el sector público exhibe una reproducción ampliada de las formas, tamaños, materialidades y terminaciones del viejo proyecto modernista⁽⁶²⁾.

En vista a su derrotero físico, no es extraño advertir entonces que las clínicas privadas sean las primeras en implementar las Salas Integradas de Parto Humanizado, mientras que los recintos públicos no avancen en tal dirección pese a la disposición de espacio que cuentan⁽⁶³⁾.

Si volvemos a pensar en una agenda de preguntas esenciales. Una de las principales conclusiones preliminares es retomar un punto de extrema simpleza pero de enorme contundencia: volver más hospitalarias las maternidades. Al respecto y si nos preguntamos sobre la posibilidad de modificar la relación médico-enfermo en base a recursos limitados, la respuesta es afirmativa. Como se sabe, los espacios influyen en las conductas pero no determinan las prácticas. La autonomía de las conductas respecto de los recintos, se vuelve ejemplificadora si revisamos la implantación de proyectos de bajo coste orientados a humanizar el parto. Sin grandes modificaciones iniciales, Villarrica o Iquique exhiben una lógica de atención provista de resultados biomédicos que pese a sus limitaciones cuantitativas, permiten imaginar una cadena de multiplicaciones.

(62) En línea con la orientación etnográfica de una parte del texto, las reflexiones siguen se derivan de una visita realizada a la nueva maternidad del Hospital Barros Luco-Trudeau. Cabe destacar que se trataba de una observación marcada por el optimismo y las expectativas que el equipo conjeturó sobre lo que entendíamos era una edificación nueva matriciada en un paradigma también nuevo.

Pronta a ser inaugurada, las nuevas dependencias del Barros Luco-Trudeau sobresalen al trasponer el el zócalo-subsuelo por donde vehículos y personas ingresan. Aunque las terminaciones son de buena calidad y los recintos de una escala aparentemente apropiada, el programa de la maternidad parece estar concebido de acuerdo a una lógica que restringe los movimientos de la gestante en su propia habitación, dificulta la presencia de acompañantes y limita la deambulación por pasillos y vestíbulos. Con exclusión del ítem iluminación, la maternidad se encuentra en una planta baja muy mal dotada de luz natural y la selección de colores en muros, piso y cielo es correcta aunque conservadora.

La paleta cromática cambia cuando nos movemos hacia pabellón. En ese punto, la oscuridad del piso donde se empotra la camilla ginecológica, sobrecoge y atemoriza. Junto al término del recorrido se levanta una afirmación y una reflexión provisoria. La hipótesis es simple: la lógica médica de organización del espacio facilita el etiquetaje de la gestante como enferma. La pregunta, en clave más esperanzadora, obliga a preocuparse por aquellos elementos de diseño que podrían cambiar el entendimiento de la madre embarazada como una enferma. Al respecto, es indudable que el parto provoca dolor pero es un error confundir la combinación de temor, agotamiento, stress y dolor que experimentan las gestantes durante el parto con la realidad que padecen, sistemática y no continuamente, los enfermos. El parto, como dice el Jefe de la Maternidad de Villarrica es doloroso, pero dicho dolor no debe ser homologado ni confundido con sufrimiento.

(63) En lo que concierne a hospitales, consultorios y postas, se puede subrayar que algunos cambios han comenzado a ser particularmente visibles tras el retorno a la democracia y avanzan en una dirección similar a lo que exhibe el mundo hospitalario privado pero con el ritmo que las limitaciones presupuestarias dictan. Pese al diferencial de recursos, el panorama edificativo de los recintos públicos ha estado también marcado por el término de obras postergadas y el avance de nuevos proyectos. Unos y otros atienden a la totalidad de la población, aunque las instalaciones del sistema público son, con mucho, las de mayor intensidad de uso.

*Referencias
Bibliográficas*

- Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero, M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E. (2004). "Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial". *The Lancet*, 363: 1934-1940.
- Althabe F, Belizán JM y E. Bergel "Episiotomy rates in primiparous women in Latin. America: hospital based descriptive study". *BMJ* 2002; 324: 945-946.
- Atalah S, Eduardo, Castillo L, Cecilia y Cecilia Reyes (2004). "Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993-2002". *ALAN*, 54, (4) 374-379.
- Bachelet, Michelle. Programa de gobierno. Santiago, 2006.<http://www.presidencia.cl>
- Basevi V, Lavendeer T (2001). "Routine perineal shaving on admission in labour". (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.
- Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. (1999). "Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study". *BMJ*, 319: 1397-402.
- Casanueva, Esther (2001) "La misión de Perinatología y Reproducción Humana a 15 años de existencia", *Perinatología y Reproducción Humana*, 15, 3: 168.
- Castro, René (2005). "Hacia una política nacional de asistencia al proceso reproductivo". Presentación ppt al Seminario Internacional: Políticas nacionales y desarrollo infantil: un enfoque de resiliencia.
- Carroli G., Belizán J, Stamp G. (2001). "Episiotomy policies in vaginal birth". (Cochrane Review). In :The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software.
- Donoso, Enrique (2005). "Mortalidad perinatal en las Américas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(5) 279-280.
- Donoso, Enrique y Enrique Oyarzún (2004). "Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(1):14-18
- Donoso, Enrique (2000). "Mortalidad materna, perinatal e infantil en Chile: análisis comparativo entre el año 1990 y 1998". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 65(6):473-477.
- Donoso, Enrique. (2002). "Mortalidad materna en Chile: tras el cumplimiento de una meta". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(1):44-46.
- Donoso, Enrique (2004). "Desigualdad en mortalidad perinatal entre las comunas de la provincia de Santiago", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69 (2): 112-117.
- El Mercurio, 23 de Mayo de 2006.
- González González, NL. (1999). Complicaciones de la cesárea. En Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.
- Klaus MH, Kennel JH, Klaus, PH. (2002). *The Doula Book*. Perseus Publishing.
- Maternidad Hospital de Villarrica. "Un año de Parto humanizado" Presentación ppt, Mayo 2005.
- Miranda, Patricio (2005). "Informe final. Proyecto de Salud Intercultural desde una Maternidad". Iquique.
- Muñoz, Hugo et. al. (2000). *Nacer en el siglo XXI: de vuelta a lo humano*. Santiago: MINSAL-Universidad de Chile.
- Murray SF. (1997). "Caesarean birth trends in Chile 1986-1994". *Birth: Issues in Perinatal Care* 24(4): 258-263.
- Murray SF. (2000). "Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study". *BMJ*; 321: 1501-5.
- Mutryn, C. (1993) "Psychosocial Impact OF Cesarean section on The Family: a literature review". *Soc. Sci. Med.*, 37, 1271-1281.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto". *Lancet*, 2:436-437.

- Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L. (2000). "Fomento de lactancia materna, programa Iniciativa Hospital amigo del Niño y de la Madre, en el Hospital Barros Luco Trudeau". *Rev Chil Pediatr*; 71(2): 98–106.
- Pascual, Rodrigo, Catalán, Mitzi y Marta Fuentealba. (2003). "Rasgos de ansiedad y alteraciones neuronales en la corteza prefrontal medial, ocasionadas por experiencias adversas tempranas". *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 41(3): 201-211.
- Poupin, Laurenn; Uribe, Claudia y Jorge Rodríguez (2000). "Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto" *Revista chilena de salud pública*, 4, 2-3: 87-94.
- Poupin, Laurenn; Uribe, Claudia y Jorge Rodríguez (2000). "Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto. Efecto sobre los resultados materno perinatales". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 65 (5): 371-377.
- Rondini, Carlos. (2003). "Cesáreas de Chile, o el parto vaginal está pasado de moda". Presentación pdf. CEDIP-PUC. www.cedip.cl/documentos/archivos/17.pdf
- Rubio, Daniela (2005). "Estudio Etnográfico: Maternidad de Hospital de Villarrica", Septiembre-Octubre.
- Sadler, Michelle. (2003). "Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención bio-médica del parto hospitalario". Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de Antropóloga.
- Salinas, Hugo; Albornoz, Jaime; Veloz Patricio; Escobar F. Cinthia Benavente N. Ricardo y Luis Martínez (2002). "Programa de intervención clínica y económica de la operación cesárea en el hospital clínico de la Universidad de Chile", *Rev. chil. obstet. ginecol.* 67, 6: 451-455.
- Salinas, Hugo; Albornoz, Jaime; Reyes, Alvaro y Sergio Campos (2004). "Factores predictores de la cesárea", *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 69, 5: 357-360.
- Sauman, Alfredo y otros. (1999). "La cesárea: ¿una panacea universal?", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 64 (2): 85-104.
- Schwarcz, Ricardo; Fescina, Ricardo y Carlos Duverges (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Soto, Carmen; Cabrera, Clemencia; Teuber, Hilda y Jorge Cabrera (2005). "Intervención educativa en el embarazo y su efecto en el parto". Ponencia presentada en el Seminario Políticas sociales y desarrollo infantil en un enfoque de resiliencia. MINSAL-Unicef, Santiago.
- Torres Pereyra, Jorge; Kopplin I., Erika; Peña, Verónica; Klaus, Marshall; Salinas, Ricardo y Mario Herrera. (1999). "Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso", *Rev. chil. obstet. ginecología*, 64(5):405-12.
- Uranga, Alfredo et al. (2004) "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia". Coordinación Editorial Área de Capacitación y Comunicación Social. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud, Argentina.
- Urrutia S., María Teresa, Abarca C., Cristian, Astudillo S., Roxana et al. (2005). "Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno?". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (5): 296-302.
- Urrutia S., María Teresa, Abarca C., Cristian, Astudillo S., Roxana et al. (2005). "Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno?". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (5): 296-302.
- Valdés, Verónica y Ximena Morlans, Ximena (2005) "Aportes de las doulas a la obstetricia moderna", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70 (2): 108-112.
- Van Roosmalen, Jos; Walraven, Gij; Stekelenburg, Jelle y Siriel Massawe (2005). "Integrating continuous support of the traditional birth attendant into obstetric care by skilled midwives and doctors: a cost-effective strategy to reduce perinatal mortality and unnecessary obstetric interventions". *Tropical Medicine and International Health*, 10, 5: 393–394.
- Vargas C, David, Vera P-G, Claudio and Carvajal C, Jorge. (2004). "Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo". *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 69, 4: 336-338.

- Wiener JJ, Westwood J. (2002). "Fetal lacerations at caesarean section.", J Obstet Gynaecol Jan; 22, 1:23-4.
- Zaragoza; Pérez P, Fuente Batiene L. (1999). "Problemática de la cesárea" En Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.
- Zaragoza; Hook, B et al." (1997). "Neonatal Morbidity after Elective Repeat Cesarean Section and Trial of Labor", Pediatrics, 100,3:348-53

Direcciones Web

- <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>
- http://contacto.med.puc.cl/destacados/titulacion_promo05/discurso.html
- <http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/practicas/pracdani.htm>
- <http://www.rn.cl/news/vernoti.asp?idnoticia=557>
- http://www.austral.edu.ar/ua/newsletter/nov_01/bebino.htm
- <http://www.quepasa.com/espanol/news/salud/America.Latina.riesgos.cesareas/472264.html>
- http://www.senadorvirtual.cl/ele_aportesclasific.php?ideleg=574&ridclasi=359&nombre=Requisito%20para%20ot%C3%ADtulo%20de%20Matrona&rque=1&origen=
- <http://www.pnud.cl/boletin/julio%202005/conto1.htm> .
- <http://64.233.179.104/search?q=cache:jlxFJbuf7LUJ:deis.minsal.cl/Indicadores/ind2004.pdf+atenci%C3%B3n+profesional+del+parto+%26+2002&hl=es&gl=cl&ct=clnk&cd=5>



En función del diseño de un Sistema de Protección Integral a la Infancia que asuma como tarea principal la generación de condiciones de equidad para todos los niños y niñas, se desarrolló un conjunto de estudios a modo de preinversión. Para ello FOSIS en asociación con MIDEPLAN elaboraron un conjunto de convenios con diversas instituciones tanto del mundo público como privado, para elaborar investigaciones temáticas y sistematizaciones de experiencias en ejecución, abarcando distintas realidades y zonas del país.

La presente publicación es parte de dichos estudios y sistematizaciones que tienen por objetivo el ser puestos a disposición de todas las instituciones, organizaciones o personas a las que la presente información les pueda ser de utilidad, esperando contribuir con este trabajo a la elaboración de políticas, prestaciones e intervenciones que protejan el desarrollo integral de todos los niños y niñas que habitan el país.