



Universidad de Chile

Instituto de la Comunicación e Imagen

Escuela de Periodismo

PARIENDO DIGNIDAD
MILLARAI MORENO OVIEDO

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Categoría: Reportaje

Profesor/a guía: Pascale Bonnefoy Miralles

Santiago de Chile

Junio 2018

Dedicatoria

A todas aquellas valientes mujeres que han dado a luz durante las últimas horas. A todos quienes se aventuran a sembrar dignidad en el desierto.

Para ustedes, con amor y profunda admiración.

Índice

Dedicatoria	1
Introducción	3
Parto humanizado: “Sí, pero...”	8
Humanización sin democracia	30
En la medida de lo imposible	50
Bibliografía	78

Introducción

Chile tiene uno de los modelos de nacimiento más institucionalizados del mundo, pues casi la totalidad de las mujeres dan a luz en hospitales y clínicas. Este es un fenómeno que se contrapone al panorama internacional ya que, por un lado, nuestros países vecinos no poseen una red de salud tan amplia como la nuestra y por otro, en naciones más desarrolladas la opción de parir en grandes recintos de salud se ha impulsado a la par de alternativas como los centros de parto y el parto en casa.

Lo que sucede en el país comenzó a gestarse a mediados del siglo XX, debido a una intensa política sanitaria que tuvo como objetivo reducir la gran tasa de mortalidad materna y perinatal que aquejaba a la sociedad. Cincuenta años más tarde los resultados hablaron por sí solos: en 2012, el estudio llamado “Women’s education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: A natural experiment in Chile from 1957 to 2007”, concibió a Chile como el segundo mejor país del continente americano para nacer, después de Canadá y sobre EE.UU¹.

Uno de sus autores, el fundador y director del Instituto de Epidemiología Molecular MELISA, Elard Koch, sostuvo que tal avance se debe a distintos factores. Entre ellos, es posible destacar el mayor nivel educacional de las mujeres pues aumenta su consciencia respecto del autocuidado, le permite ejercer autonomía en sus decisiones y en el control de la natalidad. Además, amplía su ingreso al campo laboral e incrementa sus conocimientos y habilidades para usar mejor los servicios de salud.

Las bajas tasas de mortalidad son reflejo de una serie de variables que exceden a la sala de parto. Sin embargo, la medicina ha tendido a adjudicarse todo el éxito. Para muchos funcionarios de la salud esto se debe a la serie de procedimientos realizados desde el trabajo de parto para su regulación y control, entre los que se cuentan el suministro de hormonas artificiales, monitoreo fetal continuo, tactos, rotura de membranas, episiotomía y la atención inmediata al recién nacido.

¹Koch, Elard y otros, “Women’s Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007”, PLoS ONE 7(5): e36613, Philippa Middleton, The University of Adelaide, San Francisco, p. 11.

El modelo biomédico dominante ha patologizado procesos reproductivos naturales, llevando a la medicina a un rol determinante cuando en realidad sólo debiese acompañar a la gestante, custodiando su vida y la de su bebé en caso de complicaciones. Estas prácticas están normalizadas a tal nivel, que son ejercidas sin consentimiento. En este sentido, la relación asimétrica entre el personal de salud y la paciente revela una desigualdad colosal que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer, como tener información veraz y participar activamente en su labor de parto.

Muchas veces esta violencia física y simbólica, que desautoriza a las mujeres en sus propios procesos, se vuelve aún más evidente cuando se lleva hasta la vereda del maltrato psicológico. Estas situaciones que afectan a miles de mujeres y generan gran revuelo entre la sociedad civil organizada, hace algunos años fueron conceptualizadas por medio de la llamada “violencia obstétrica”.

A diferencia de Chile, países como Venezuela, Argentina y México ya han reconocido y sancionado jurídicamente este tipo de violencia de género. En 2007, la Ley Orgánica venezolana sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, definió la violencia obstétrica como:

“La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, lo que se expresa en un tratamiento deshumanizado, abuso de medicación, y la transformación de procesos naturales en patológicos, trayendo con esto la pérdida de la autonomía y la habilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la vida de las mujeres.”

Debido a que casi el 100 por ciento de los nacimientos en Chile ocurren en hospitales y clínicas, este maltrato también es institucional. En muchos países las matronas han sido defensoras de sacar el parto de los grandes recintos pues consideran que al ser un evento natural en la vida de la mujer, diseñado conforme a sus propias capacidades, puede prescindir de intervención médica en la mayoría de los casos. Sin embargo, el Colegio de Matronas y Matrones de Chile ha sido contrario a esta idea, manifestando su apoyo a la permanencia del nacimiento en los hospitales bajo las mismas condiciones y procedimientos innecesarios.

Además, desmitifican que el gremio ejerza violencia obstétrica, culpando de ello al Estado en base a los insuficientes recursos invertidos en los servicios de maternidad.

En octubre de 2017, gracias a la iniciativa de organizaciones civiles, la diputada del Partido por la Democracia, Loreto Carvajal, presentó un proyecto de ley que buscaba condenar entre 51 y 341 días de presidio al personal médico y de salud que fuese procesado y posteriormente sentenciado por ejercer violencia gineco-obstetra. Con ello, sería consagrada como un delito en el Código Penal. Un mes después, diario El Mercurio publicó un artículo en que la presidenta del Colegio de Matronas y Matrones, Ana Román, señalaba que “en Chile no existe violencia obstétrica”, agregando que “probablemente pasaba hace treinta años, pero es algo en lo que hemos avanzado”. Sobre el proyecto de ley, sentenció: “Eso es populismo y demagogia. Estos grupos buscan influenciar respecto de algo que ya no pasa en el país”.²

Un día después de sus declaraciones, la dirigente publicó una carta en el sitio web del gremio, expresando:

“Lo que hemos dicho es que no nos parece acuñar, bajo el concepto de ‘violencia obstétrica’, cualquier situación que parezca irregular o que pueda atentar contra la integridad de la mujer y su hijo/a que está por nacer. (...) Hay un afán en insistir en nuevas leyes al respecto, existiendo ya normas y reglamentos que sancionan la mala praxis, y por eso hemos dicho que anunciar acciones contra la llamada ‘violencia obstétrica’ suele caer muchas veces en el populismo y no en un real interés de mejorar la profesión desde lo gremial y colectivo”.

Lograr que las gestantes en Chile den a luz de forma contenida y conforme a sus propias necesidades ha sido difícil. Las políticas de “humanización” o “personalización” de la atención en maternidad cumplieron diez años en 2017, con la creación del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC) en 2007, el que trabaja junto al Programa de la Mujer del Ministerio de Salud.

Para ello, hasta la fecha el gobierno ha financiado la remodelación de hospitales en todo el territorio nacional, los que a su vez debiesen encargarse de sensibilizar y capacitar a su personal para lograr impulsar el nuevo modelo de atención. Este concibe a la medicina como un acompañante en el proceso reproductivo, interviniendo el cuerpo de la mujer sólo

² Janina Marcano, “Las mujeres rompen el silencio y denuncian la ‘violencia obstétrica’”, *El Mercurio*, 23 de noviembre de 2017, Santiago.

cuando es necesario. Es decir, la dota de poder y autonomía en sus decisiones durante la labor de parto, el parto y el puerperio.

A pesar de los esfuerzos, estudios a nivel nacional demuestran que esto no ha dado resultado pues las tasas de intervención médica y la presencia de una persona significativa para las gestantes aún son insuficientes. Al respecto, Gonzalo Leiva (32), matron del Hospital de la Florida y director del Observatorio en Contra de la Violencia Obstétrica, sostiene:

“El problema que tiene el modelo médico hegemónico es que es muy inconsciente de los derechos de los usuarios. Eso tiene que ver con que la perspectiva de derechos en salud es de la década del 90. El primer texto de la Organización Mundial de la Salud en donde se empieza a hablar de derechos humanos en salud es de esa década. Antes la relación entre derechos humanos y la atención en salud no se había problematizado”.

Es complejo lograr que ginecólogos y matronas comiencen a tener tratos adecuados y pertinentes con las mujeres. De una presentación sobre violencia obstétrica en la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, la antropóloga de la Universidad de Chile y magíster en antropología médica de la Universidad de Oxford, Michelle Sadler (43), recuerda:

“Uno de los comentarios más sutiles de un médico fue que en sus décadas de trabajo nunca había visto una escena de violencia obstétrica en todo el país. Otro médico dijo ‘ay, es ridícula esta propuesta de ley, sería como que a un dentista lo demandaran porque a un paciente le dolió la extracción de muelas”.

Los involucrados han descontextualizado el problema. Según la experta, el nacimiento es concebido como cualquier otra prestación médica, llevando a la reducción del cuerpo femenino y a su evidente mecanización: no hay un ser humano detrás, no hay emociones.

Meses después, en un seminario sobre el mismo tema, una matrona le dijo:

“Oye, pero si el problema acá es que nosotras ya evolucionamos, las que no han evolucionado son las mujeres. No es problema nuestro”.

La llamada “transferencia de la culpa” manifestada por los agentes de salud, les permite, desde su visión, eximirse de responsabilidad frente a la alta tasa de intervencionismo, que per se recae en el ejercicio de la violencia. Sostienen que son las

mujeres quienes llegan solicitando anestesia y son ellas quienes tienen vidas poco saludables, lo que repercute en una labor de parto necesariamente inducida y controlada.

Al parecer, aún no se entiende que la “humanización” del nacimiento no implica que el parto esté libre de inducción y monitoreo, sobre todo porque siempre habrá un margen de gestantes que lo requieran; esta filosofía de atención está lejos de promover el parto natural. Más bien, implica una atención médica conforme a las verdaderas necesidades de todas las gestantes. Al mismo tiempo, debe ser contenedora y gentil, e impulsar la participación de la mujer en su proceso a través de la enseñanza y entrega de información acerca de sus alternativas de analgesia, procedimientos y real estado de salud.

“Es necesario aclarar que la humanización total del parto está sólo pensada para aquellas mujeres que no tienen patologías agregadas, pero la mujer que tiene otra patología debe tener una vigilancia mayor del equipo médico. En Chile, hoy, sólo tenemos un 30 o 40 por ciento de mujeres sanas, sin patologías”, sostuvo Ana Román en una entrevista a Radio Universidad de Chile³.

Bajo esta visión, menos de la mitad de las gestantes en Chile podrían acceder a una atención “humanizada”. Sin embargo, ni siquiera ese porcentaje se acerca a tenerla. La realidad es que mujeres en todo el país siguen alzando la voz frente a la violencia psicológica y física sufrida en hospitales.

En teoría, desde la creación de Chile Crece Contigo y posteriormente, del Programa de la Mujer, las gestantes y sus bebés son considerados sujetos de derecho. Por esta razón, a la fecha son 25 los establecimientos en el país que han impulsado un modelo “humanizado” de atención en sus servicios de maternidad. Algunos de ellos, iniciaron su camino al cambio de paradigma incluso antes de que la autoridad política acogiera esta problemática, siendo posteriormente apoyados y financiados con presupuesto público.

¿Los recintos decidieron transitar a un nuevo modelo de atención por iniciativa propia o intervinieron terceros? El arranque de la humanización del nacimiento en la salud pública se dio de distintas maneras, y en muchos casos, ha dejado entrever fallas inauditas en la red de salud que atiende al 80 por ciento de las gestantes en Chile.⁴

³ Paula Campos, “Colegio de Matronas: “La violencia obstétrica existe pero la ejerce el Estado””, *Radio Universidad de Chile*, 12 de octubre de 2014, Santiago.

⁴ Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2015.

PARTO HUMANIZADO: “SÍ, PERO...”

Desde el momento en que supo que estaba embarazada, tuvo claro dónde y qué tipo de parto quería. La sombra de su dolorosa experiencia en una clínica privada, donde culminó una pérdida espontánea, aún estaba presente.

“Estaba sola. No alcancé a procesar lo que me estaba pasando y ellos no me ayudaron a hacerlo. Fue todo muy rápido, me hicieron un raspaje, yo estaba ahí y me decían ‘tranquilícese, ¿por qué está llorando? ¿por qué hace tanto escándalo?’”, cuenta Dominique Donoso (28), quien naturalmente, se enfrentaba con temor a una segunda experiencia de maternidad. Tenía claro que no tendría a su bebé en un recinto particular, pero tampoco estaba dispuesta a vivir un trabajo de parto intervenido ni medicalizado, como los que solía escuchar.

Una tarde sintió fuertes dolores lumbares. Buscando ayuda, llamó a la esposa de su primo, Karina Reyes (31), matrona del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y coordinadora de sus Salas de Atención Integral del Parto (Saip). Hasta ese momento, Donoso no sabía de aquellas instalaciones, sin embargo, cuando su familiar la invitó a conocerlas, un agradable escalofrío motivado por la curiosidad se apoderó de ella.

“Cuando las vi me enamoré, eran como un hotel. Totalmente distinto a todo lo que había imaginado. Era imposible asociar este tipo de salas individuales con un hospital público. En su interior había una mujer en trabajo de parto pintando. Se veía tan relajada y todo transmitía tanta felicidad que lo único que se me vino a la mente fue que ahí quería tener a mi hijo. Además, pensaba, si hay algún problema médico los pabellones están aquí mismo. Si pasa algo está todo aquí”, dice la joven.

Inauguradas en 2010 bajo el nombre Masip (Modalidad de Asistencia Integral del Parto), las llamadas salas de parto integral del recinto propician el libre movimiento de la gestante, a diferencia de las salas tradicionales de parto, en donde la mujer se encuentra monitorizada y recostada el 90 por ciento del tiempo. Cuentan con métodos alternativos de analgesia, como tinas de hidroterapia y balones kinésicos, los que evitan su medicalización temprana. En este sentido, se da espera natural y personal del nacimiento que es intervenida sólo en caso de riesgos. Paradas, de cuclillas, cuadrúpedas (en cuatro apoyos), o en posición

francesa (acostadas de lado), allí las matronas olvidan la clásica postura ginecológica y la madre da a luz en base a su comodidad.

Donoso estaba convencida de que había encontrado el lugar perfecto para el nacimiento de su bebé. A pesar de los recuerdos traumáticos y la inseguridad que tenía sobre el potencial de su cuerpo, sintió que esta vez sí podría tener a su hijo. Desechada la posibilidad de tener un parto en su hogar, porque no confiaba que pudiera parir sin riesgos, la Saip se convirtió en su esperanza concreta de ser madre. Una esperanza que le aseguraba el trabajo de parto que siempre había deseado.

No quería intervenciones médicas como rotura de membranas ni medicalización. Al contrario, anhelaba hacer un trabajo de parto en libre movimiento, que le permitiera sobrellevar el dolor para parir sin anestesia. Para informarse, comenzó a asistir a talleres de Positive Birth Movement, asociación europea-inglesa que realiza charlas gratuitas con matronas. Hizo ejercicios para preparar su piso pélvico en casa y caminó la mayor parte de su embarazo. Ella no se resignó a la idea de sólo parir, sino que, pensó en un tipo de parto en el que pudiese tomar decisiones.

Sin embargo, un matrón de su consultorio le informó que en el Hospital San José, recinto donde le correspondía dar a luz, era imposible que pasara su trabajo de parto en libre movimiento ya que el reducido tamaño de sus instalaciones y la separación por cortinas de las camas de parto, limitan la privacidad de las parturientas. Además, una experiencia familiar también la hizo replantearse la idea de parir allí.

“Mi cuñada tuvo a su bebé en el San José y el papá sólo entró en el momento en que estaba el pabellón listo. Fue como ‘aquí va a nacer su bebé’, la foto y afuera, y yo no quería eso. Necesitaba acompañamiento porque había quedado muy traumada, ya que en todo ese proceso de la pérdida me sentí muy sola”, sostiene la joven.

Ante ese panorama, Donoso recurrió a un resquicio para ser atendida en el hospital de Puente Alto, donde gracias a sus novedosas salas de atención integral, estaba segura de que podría vivir el parto que siempre había esperado: llegar con al menos cuatro centímetros de dilatación, en plena fase activa de su labor de parto. Esto se debe a que ya a esas alturas, las gestantes son ingresadas de igual manera a los servicios de maternidad.

El tercer viernes de octubre de 2016, sus contracciones estaban siendo más regulares, pero ella sabía que aún debía esperar, al menos, hasta que hubiesen cinco minutos de diferencia entre una y otra.

“Igual el cuerpo se prepara, en mi mente ya sabía que venía. Sentía que me estaba preparando para viajar, de hecho, la maleta estaba lista hace mucho tiempo y revisaba las cosas que había, si me faltaba algo, como cuando una se va de viaje. Ese fue el sentimiento que tuve todo el fin de semana, que me iba de viaje”, recuerda.

El viernes vio películas, el sábado estuvo con su familia y el domingo fue a misa. El lunes a las 2 de la madrugada sus contracciones indicaron que había llegado el momento de partir. Llegó en auto hasta el Hospital Sótero del Río, donde con frialdad una señora le preguntó “¿por qué está aquí?”. “Es que estaba de visita donde mis tíos y me empecé a sentir mal, quiero saber cómo voy con mi dilatación”, respondió. Frente a esa respuesta, la hicieron pasar enseguida.

Caminó junto a su pareja hasta el box de urgencia, mientras su panza se contraía una y otra vez. Tacto y monitoreo; tenía seis centímetros de dilatación, dos más que el mínimo para ser internada. La joven había logrado entrar, pero aún ninguna matrona de urgencias le hablaba de las habitaciones que había conocido hace un tiempo. Sin problema, las pidió.

“Disculpe, sé que hay unas salas individuales. Podría usar una, por favor”, dijo Donoso.

La matrona no le respondió, no obstante, la sorpresiva presencia de Karina Reyes, matrona del recinto y esposa de su primo, llegó a asegurarle el ingreso a tales instalaciones.

El lunes 24 de octubre de 2016, Dominique Donoso se dirigió a las salas por segunda vez. Ya adentro, la matrona se dispuso a preparar todo.

“Cuando entramos Karina reguló la temperatura, dejó luz tenue, nos puso la música que nosotros llevábamos, porque sabíamos que podíamos llevar música, y nos contó lo que iba a pasar. Me dijo que íbamos a esperar un par de horas, que si esto no avanzaba se monitorea y que dependía del avance del embarazo si terminaba en cesárea”, sostiene la joven madre.

La gestante estuvo una hora sentada en la ducha, dejando caer el agua caliente en su espalda para mermar el dolor de sus contracciones e hizo ejercicios con un balón kinésico propio de la sala. Mientras, sonaba la música de fondo y el difusor de aromaterapia dejaba

una leve fragancia a lavanda. Estaba relajada, dejando que su cuerpo probara, instintivamente, distintas posiciones que la hicieran sentir más cómoda y aplacaran su dolor. En eso, pasó toda la madrugada.

Dominique estaba nerviosa. Era medio día y llevaba horas dilatada por completo, sin embargo, aún no sentía ganas de pujar. Para lograr que su bebé continuara bajando por el canal de parto, la matrona le rompió membranas bajo su consentimiento y enseguida, le suministró oxitocina sintética, hormona que es utilizada por frecuencia para inducir contracciones. En ese momento, su dolor comenzó a ser tan intenso que solicitó una dosis pequeña de anestesia.

A las 14 horas, dos médicos, una ginecóloga y alumnos en práctica entraron abruptamente a la sala donde ambos padres llevaban once horas en trabajo de parto, entre tinas de hidroterapia y masajes perineales. “No voy a operar porque es horario de almuerzo”, dijo el doctor, mientras la parturienta estaba en posición ginecológica a la vista de todos los nuevos presentes, personas que no había visto nunca desde su llegada al servicio de maternidad en Puente Alto.

¿Qué pasa? ¿nuestro hijo está bien?, se pregunta la pareja. En tanto, los doctores se disponen a revisarla una y otra vez sin su consentimiento.

“En mi hoja de trabajo de parto firmé que no hubiera practicantes y me explicaran los procedimientos, sobre todo si terminaba en cesárea”, cuenta ella.

Voces alzadas y retos a la matrona en medio de los padres primerizos. Para los médicos, la gestante requería cesárea, mientras Reyes defiende como de costumbre su quehacer, afirmando que la espera está respaldada por un estricto protocolo de atención que no pone en riesgo la vida de nadie.

La conversación terminó fuera de la sala. Al regreso, la profesional les explicó por qué su trabajo de parto se había demorado: su hijo aún no bajaba lo suficiente por el estrecho superior del canal de parto, la última barrera ósea que el feto debe franquear antes de nacer. De pronto, llanto. Su matrona, Karina, comenzó a llorar, disponiéndose a acompañarlos en la cesárea fijada por los médicos. Ya habían transcurrido doce horas al interior del recinto y el matrimonio se separaba por primera vez: el pabellón estaba listo para realizar la intervención.

“Nunca fueron claros sobre lo que estaba pasando. Ninguno de esos médicos fue capaz de decirnos pasa esto y es normal. Nosotros estábamos asustados, pensamos que el Maxi se estaba muriendo cuando en realidad sus latidos estaban súper bien. Hablaban muy fuerte, retaban a la matrona y a la técnico en enfermería delante de nosotros, me metían la mano. Yo pensaba soy una persona, estoy aquí, mírenme”, recuerda la joven con indignación.

Cesárea necesaria

Sonaba la misma canción de Illapu por segunda vez. La luz blanca en sus ojos y la trivial conversación de los médicos que la operaban, no la dejaban relajarse. Un corte horizontal por encima de su hueso púbico y diez minutos después, a las 15:15 horas, el primer grito de su hijo la avivó a pesar del efecto sedante de la anestesia. Entonces, Dominique Donoso recuerda:

“Karina dijo que se podía hacer apego con cesárea, y la neonatóloga dijo que no, que no se podía. Ahí, peleando en el pabellón. Ella le repite que sí se puede, que me lo deje un segundo, a lo que la neonatóloga responde ‘si se muere, ¿te vas a hacer responsable tú?’ Yo estaba escuchando todo”.

Sus últimas horas en el servicio de maternidad del Hospital Sótero del Río habían sido una agonía emocional. Era una lucha solitaria contra todo lo que estaba viviendo, pues su marido había entrado sólo por diez minutos a pabellón. El trauma de su anterior embarazo fallido estaba más presente que nunca. Volver a perder un hijo antes de nacer habría sido demoledor. Esa sensación le permitió, paradójicamente, enfrentar las pésimas condiciones de parto que estaba experimentando. Solo tenía en mente que su bebé naciera sano.

Estuvo cinco minutos en su pecho y se lo llevaron, mientras escuchaba como un médico le decía a una practicante “oye, la estás cosiendo mal”. A Maximiliano lo pesaron y midieron durante media hora en compañía de su papá. En total, la joven estuvo seis horas post parto sin su hijo ni su esposo, con escalofríos y fiebre en una sala común, junto a otras mujeres que se encontraban en su misma situación.

“No sé dónde los llevan, pero estaba con los otros bebés. Lo escuchaba llorar y sabía que era el Maxi, porque el primer llanto no se olvida. Lo único que escuché fue que lloraba, lloraba, lloraba, y nadie estaba ahí. En ese momento lo pasé aún peor porque había leído del apego, de la importancia de la lactancia temprana y nada de eso estaba pasando. Él estaba solo”, sostiene ella.

A pesar de haber iniciado su trabajo de parto en la Saip, hubo factores que llevaron a la joven a requerir una cesárea. A veces, durante la labor de parto se presentan circunstancias imprevistas e independientes al estado de salud de las gestantes. ¿Incide tener un embarazo de bajo o alto riesgo obstétrico? La verdad, la vía de parto siempre es impredecible. Sin embargo, el profesionalismo y el trato médico entregado, no debiese serlo.

Recordando lo sucedido, habla rápido y sin saltar ningún detalle. Un año después de haber dado a luz, Dominique Donoso me recibe en su departamento en la Población Juan Antonio Ríos. Me cuenta que su experiencia le hace replantearse tener más hijos y que, a pesar de los incontables intentos, nunca logró que Maximiliano tomara leche de su pecho.

Antes de regresar a su casa desde el hospital, la joven dejó un reclamo en la Oficina de Información, Reclamos o Sugerencias (OIRS) del establecimiento con cada una de las situaciones vividas ese día. Meses después, se contactaron con ella por medio de cartas y un e-mail, en el que sostenían haber iniciado una investigación de su caso. Además, le explicaron que su reclamo perjudicaba a tales profesionales en la entrega de un bono, no obstante, los doctores manifestaban no recordar lo sucedido.

“Tengo buenos y pésimos recuerdos. No podría ponerle ni buena ni mala nota al proceso, porque de todo eso el resultado es que mi hijo está vivo y está bien. La cesárea ya era inevitable en ese entonces, pero esa experiencia no. Si hubiese continuado en la Saip yo ya estaría embarazada de nuevo porque es muy distinto todo, es mágico estar ahí. Al final siento que tuve dos partos. Tengo una historia ficticia en que el Maxi nació maravillosamente por parto natural en la Saip, y tengo el otro, que es todo lo malo de la cesárea, entonces cada vez que lo recuerdo siento amor y odio al mismo tiempo”, expone sin titubear. ¿Qué falló?

Haciendo camino al andar

En 2005 un equipo de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) introdujo, por primera vez, una nueva variable a sus investigaciones en matronería a nivel nacional. El llamado bienestar materno durante el proceso de parto vino a preguntar a las gestantes qué cosas o situaciones durante su labor de parto les habían hecho sentir bien y mal, dejando en evidencia que ciertamente, los servicios de maternidad a nivel nacional estaban en deuda con sus pacientes: ellas requerían de un cuidado especial durante ese momento.

No bastaba con ser reconocidos internacionalmente como uno de los países con la tasa más baja de mortalidad materna y perinatal, pues bien, esos porcentajes no se relacionaban con la entrega de una atención apropiada. Resultaba evidente que tal asimetría, entre el exitismo reflejado en las tasas de defunción y la deficiente atención de la cual madre e hijo eran objeto, no eran indicadores de los cuales se podría estar demasiado satisfechos. En ese contexto, era evidente la necesidad de pensar en un nuevo modelo de atención que mantuviera la tendencia a bajas tasas de mortalidad en el parto y el puerperio, al mismo tiempo que mejora sustancialmente la experiencia vivida por las madres y sus bebés.

Es así como la Escuela de Enfermería de la PUC comenzó a idear un proyecto interdisciplinario. El equipo liderado por Claudia Uribe, Enfermera Matrona con doctorado en Cuidado en Salud y Presidenta del Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina, se asoció con médicos obstetras y académicos de sus Facultades de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos, para remodelar los espacios de parto del Hospital Sótero del Río y construir tres salas de parto integral que serían individuales y atendidas ‘uno a uno’, es decir, una matrona por gestante.

“Nosotros queríamos fuertemente mejorar la calidad en indicadores y para eso aplicamos la escala de bienestar que habíamos generado hace un par de años. Por supuesto la hicimos aún más exigente pues este sería un escenario de parto integral, donde la mujer viviría todo su proceso acompañada por su persona significativa. Además, esperábamos disminuir el parto instrumentalizado en toda la maternidad del recinto, la cesárea y el fórceps”, cuenta Uribe.

Con la adjudicación del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondef) en 2007, el equipo pudo ver materializada su idea. Desde allí, se comenzó a gestar un punto de inflexión en la modalidad de parto que se realizaba en aquel hospital. Siendo su campo clínico por más de 40 años, por primera vez tendría la opción de entregar una atención continua y personalizada a sus gestantes, en la medida de sus propias necesidades. Por ello, el nuevo modelo de atención implicaría dejar atrás la clásica actitud asistencialista en salud, reemplazándola por una más horizontal y colaborativa con las mujeres.

Se trataba de un cambio en la asimetría existente entre los profesionales y sus pacientes, ese lugar donde era expresada una mirada paternalista e incluso, a veces dictatorial en la atención. Que el hospital comenzara a asistir partos “personalizados” o “humanizados”, no significaba que éstos llegaran en todos los casos a ser naturales; tales conceptos hacen referencia al paradigma de atención que el equipo médico debía modificar.

Al caminar hacia una atención personalizada, los profesionales debían entregar a cada usuaria, los cuidados personales que ellas requerían, siendo indispensable para ello el olvido de prácticas tan arraigadas en la cultura obstétrica y de matronería como el suministro inmediato de anestesia y oxitocina sintética; la rotura de membranas que acelera inmediatamente el trabajo de parto y que en la mayoría de los casos, se practica sin consentimiento; el rasurado púbico e incluso, el mito que posicionaba a la litotomía como la única postura posible al momento de parir.

El objetivo del equipo liderado por Claudia Uribe fue transformar toda la maternidad del Hospital Sótero del Río en un Centro de Atención Integral, un propósito novedoso para el contexto nacional de aquel entonces. Para lograrlo, era fundamental que todos los funcionarios de las distintas áreas del servicio se subieran a bordo del nuevo proyecto.

Todo comenzaría al ingreso del recinto, pues el buen trato y la contención de la mujer desde urgencias, sería fundamental en la percepción futura que ésta tendría sobre la atención recibida. Enseguida, la gestante sería llevada en compañía de su persona significativa hasta la dependencia Masip, donde el color verde agua de sus paredes se volvería inmediatamente gentil a los sentidos y primaría un ambiente templado.

La infraestructura no lo era todo. Como fue mencionado, la nueva Modalidad de Asistencia Integral le daría el papel protagónico a la madre y su hijo, llevando al equipo

médico a un rol de acompañamiento y asistencia. En ese sentido, sería la gestante quien decidiría sobre el curso de su labor de parto, siendo intervenida sólo en caso de riesgos. La premisa fue que allí se respetarían las necesidades personales de cada mujer, y la forma en que desearían llevar a cabo esta experiencia. Ya no habría cabida a las clásicas intervenciones de rutina, a la monitorización continua y al suministro de medicamentos, acciones muy arraigadas en la cultura obstétrica de Chile.

Esta inédita filosofía de atención no pudo ser resistida de manera oficial por los médicos, matrones y técnicos del servicio. Además de contar con el patrocinio de la universidad con la que sostenían un importante Convenio Docente-Asistencial, el proyecto Fondef D07I1046 también tuvo el apoyo expreso del entonces director del Servicio de Salud Sur Oriente, Dr. Pedro Yáñez. Esto, pues la directora del proyecto, Claudia Uribe, tuvo la habilidad política de obtener con antelación su respaldo. Ante eso, ni siquiera la autoridad máxima del hospital tuvo otra alternativa que ofrecer toda su disposición para la implementación de Masip.

Por primera vez en años, el hospital contrató nuevo personal técnico y se creó un cargo que jamás había existido: el de matrona supervisora para las nuevas instalaciones. Al respecto, Uribe cuenta que “del hospital salía la plata, pero en realidad el dinero venía desde la dirección de todo el Servicio de Salud. Esto se conversó primero con el Dr. Yáñez, director del servicio en esa época y quien lo sucedió después, Dr. Fernando Betanzo. Ellos estuvieron siempre del lado que esto resultara y saliera adelante”.

Los peces no ven el agua

A pesar de sus esfuerzos, tras la marcha de Masip fue inevitable constatar que no existía apoyo por parte de todo el personal del área. Quienes se resistieron en un inicio al proyecto fueron anestesistas, neonatólogos, y matronas, pues la nueva modalidad traía consigo una serie de prácticas inéditas en el servicio. Más aún, implicaba un cambio de paradigma en relación a cómo, desde la institucionalización del nacimiento a mitad del siglo pasado, se había concebido la atención de la mujer en el trabajo de parto y cómo se entendía el vínculo entre la madre y su hijo al nacer.

En el caso de neonatología, se contemplaba un contacto nunca antes visto en el recinto: el apego piel con piel entre la madre y su recién nacido. Esto postergaba por dos horas la atención inmediata que el profesional le daba al bebé -siempre y cuando éste fuese sano y no manifestara problemas perinatales-, que consiste en la aspiración de secreciones, aseo, peso, medición y profilaxis, una inyección de vitamina k, compuesto encargado de la buena coagulación sanguínea. En caso del anestesiista, su labor ya no era dada por hecho. Debido a la atención personalizada, anestesiarse o no dependía de la voluntad de la mujer. En caso de ser solicitada, debía ser suministrada al instante, dejando de ser una decisión institucional o bien, por disposición del profesional.

“Nosotros también veíamos riesgos, pero no podíamos vulnerar el bienestar de la madre por monitorizar al feto en un trazado constante cuando no lo ameritaba. Nos decían que teníamos que hacerlo, porque si había algún sufrimiento u óbito fetal, se nos acababa el proyecto, a ese nivel, y nosotros trabajábamos con gestantes sin ningún tipo de riesgo obstétrico. Para eso tuvimos que comprar un monitor inalámbrico, un monitor telemétrico que se sumergía en las tinas de masaje. Podía estar a 100 metros de distancia. Carísimo, el primero de Sudamérica llegó a Masip. Con eso la matrona puede estar mirando en todo minuto el trazado del feto, mientras la mujer disfruta. ¿Por qué? porque en salud aún se privilegia el estar encima, el concepto de enfermedad ante todo”, recuerda Claudia Uribe.

Tal situación presentó un gran desafío para el equipo UC en el establecimiento. Con ello, se volvía necesario sensibilizar a todo el personal del área sobre la necesidad de cambiar la mirada respecto al nacimiento, pues el correcto ejercicio del modelo y el buen trato a la gestante debían realizarse durante toda su estadía en el hospital. De igual forma se tenían que hacer efectivas las invitaciones a las nuevas habitaciones en los box de urgencia, un área que frecuentemente era considerada de conflicto.

Adelantándose a esta situación, el proyecto Fondef contempló la sensibilización del personal en 2009, un año antes de la inauguración de las salas, al mismo tiempo que el equipo elaboró guías clínicas y manuales de usuario bajo la nueva modalidad, con el fin de tener protocolos claros de atención. Sin embargo, tales iniciativas fueron de carácter voluntario, lo que se tradujo en que no se comprometiera a todos los profesionales con la nueva filosofía de atención.

A los talleres dictados asistieron únicamente 22 trabajadores, siendo imposible cubrir toda la maternidad del hospital más multitudinario del país, donde hay aproximadamente 100 matronas en sus distintos niveles y sólo en urgencias hay 40 matronas distribuidas en cuatro turnos. De allí, fueron seleccionadas quienes posteriormente atenderían las salas.

Pasados los meses, las resistencias se manifestaron de manera más evidente en espacios comunes y alejados del nuevo mobiliario: recepción, salas comunes y pabellones. El argumento principal de quienes refutaban la nueva visión se fundó en el éxito estadístico que posiciona a Chile como uno de los países con la tasa más baja de mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. A sus ojos, cambiar el modelo de atención era innecesario pues las gestantes y sus bebés seguían con vida.

Adicionalmente, la formación universitaria de los profesionales dedicados a ginecología, obstetricia y matronería, no contemplaba cursos relativos al parto como un evento fisiológico, inherente al cuerpo femenino y conforme a sus propias capacidades, sino hasta hace algunos años y sólo en algunas universidades del país. La excesiva rutinización e intervención médica realizada a las mujeres del hospital se perpetuaba en base a un contexto pasado, cuando no existía la sanitización suficiente y el parto era visto como un acontecimiento que ponía en riesgo la vida.

No fue hasta 2003 que los académicos en Chile comenzaron a hablar abiertamente sobre la necesidad de humanizar y personalizar este momento, al considerarlo un evento natural en la vida de la mujer. Bajo el nombre *El arte y la ciencia de parir con amor*, la actual jefa de carrera de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago, Mónica Candía, realizó el primer curso de matronería en esa línea. Era un tema absolutamente revolucionario en relación a los contenidos que se daban, hasta ese entonces, en las universidades de Chile.

“Nos formamos con una escuela intervencionista que va a la inducción del trabajo de parto y el parto. Cuando tú llegas a trabajar a las maternidades hay un término que se llama ‘follarte’, así tratan de inculcarte ciertas cosas. Uno va aprendiendo y se mecaniza haciendo todo eso, por lo que caes en la misma rutina que tus colegas. Por ejemplo, sacar los partos rápidos significa hacer ‘Perisyntoram’, o sea suministrarle de forma inmediata peridural (epidural) y syntocinon (oxitocina) a la mujer, para después romperle la bolsa con

la mano (ram). Así el bebé nace al tiro y la mujer no está cinco o diez horas en trabajo de parto”, declara Karina Reyes (31), matrona del recinto.

Más allá de su infraestructura, si el personal médico y técnico del hospital no estaba de acuerdo con asistir a sus gestantes bajo una modalidad integral, difícilmente se podría transformar el Servicio de Maternidad en un Centro de Atención Integral. Masip iba más allá de lo técnico; se trataba de una mirada diferente, de una filosofía del acompañamiento y la satisfacción particular de cada mujer. Lo material era sólo un complemento al trabajo humano que debía desarrollarse. No obstante, en cada espacio donde primó el antiguo criterio de atención, se generaron situaciones impensadas en un recinto médico que, oficialmente, decía reconocer los derechos de la mujer. Este fue el caso de Beatriz Beltrán, madre de 21 años.

“Inmediatamente después del parto me dio algo muy raro. Todos los dedos de las manos se me pusieron morados, no podía parar de tiritar, era algo que ya no estaba controlando. De repente desperté y estaba rodeada de médicos que decían, no si es esto, no, es esto otro. Estaban debatiendo. Estaba ida, pero algo escuché, señalaban a la anestesia por lo que me había pasado, decían un nombre y que me habían puesto demasiada. Estaban asustados y yo más aún”, recuerda esta joven madre, quien nunca recibió explicaciones sobre lo sucedido el día en que nació su hijo Damián.

En abril de 2017, Beltrán inició su labor de parto en una Saip. Después de horas llegó un punto en que todos los profesionales resolvieron que necesitaba fórceps de urgencia para poder dar a luz. En el contexto de un parto hay ciertas características físicas de la mujer que pueden complicar el proceso, siendo imposible detectarlas sino hasta el momento del puje. Ese día, tras ocho intentos fallidos, Beatriz supo que tenía la pelvis estrecha, por lo que a su bebé le era imposible seguir bajando por sí mismo el llamado “canal de parto”.

Estaba cansada e incluso, perdió la consciencia por unos segundos. Bajó su ritmo de respiración y por consecuencia, también disminuyeron los latidos de Damián. Máscara de oxígeno y cambio de sala a pabellón junto a su pareja. Cuando la subieron a la camilla, recuerda que tenía sus piernas completamente anestesiadas; no las sentía.

Enseguida, el doctor se preparó para asistirle, tomó el fórceps y lo introdujo en su abertura vaginal.

“Son como unas tenazas, así que las meten y tiran al bebé mientras uno puja. Lo intentaron una vez, pero se resbalaron, así que después hicieron lo mismo y ahí una de las enfermeras se puso con todo su peso encima mío, en mi guata. Fue lo más doloroso. Sentí que me sacaban todo de adentro. Ese fue el dolor más fuerte, ninguna contracción me había dolido tanto como eso”, expresa Beltrán.

La joven pudo hacer apego con su recién nacido por dos minutos. De un momento a otro, comenzó a sentirse extraña y su cuerpo inició una seguidilla de temblores involuntarios. De ese momento, sólo recuerda que las enfermeras le suministraron un fármaco, pusieron paños con agua caliente en su pecho, manos y brazos, y la última frase que dijo antes de quedar inconsciente: “Amor, ve al Damián”.

De lo sucedido nunca recibió respuesta y decidió olvidarlo. Beatriz Beltrán despertó tres horas después en la sala de recuperación con enfermeras que decidieron callar lo ocurrido; una enorme falta a la ética profesional y a su derecho de tener información oportuna acerca de su estado de salud. A pesar de la traumática experiencia vivida, no denunció al hospital por negligencia médica. Reconoce que primó más el deseo de dar a luz a su hijo vivo y sano que lo padecido tras su nacimiento. Para ella, lo más importante era su bebé y eso lo justificaba todo.

Según Michelle Sadler (43), antropóloga de la Universidad de Chile y magíster en antropología médica de la Universidad de Oxford:

“Lo que muchas mujeres esperan y entienden aún de un buen resultado, es que las guagüitas estén sanas y ellas estén más o menos enteras. Muchas de ellas, dicen estar satisfechas sólo porque no pasó nada grave, pero si tú entras a ver los partos, en realidad el origen de esa satisfacción es súper dudoso. No es responsabilidad de la mujer saber, no son médicas, sino más bien es deber del personal médico informar y eso es un manejo de poder”.

De Masip a Saip, sin plan de continuidad

Evidentemente, la implementación del proyecto Fondef de la PUC en el Hospital Sótero del Río, trajo mucho revuelo en dicho establecimiento. A pesar de que no todo el personal médico y técnico estaba convencido de cuán importante era la habilitación de esta

nueva modalidad, ciertamente había conciencia de que se trataba de una iniciativa que contaba con apoyo institucional.

Los investigadores pudieron trabajar tranquilos y desarrollar su proyecto. Las salas Masip funcionaron como un mundo paralelo en el área, como una suerte de isla de la fantasía. Las gestantes que se atendían allí quedaban maravilladas. No obstante, el hecho de que no se lograra comprometer a todo el personal del servicio conspiró contra la buena recepción del proyecto una vez que este finalizó y el equipo UC se retiró del hospital.

En 2014, Masip pasó a llamarse Saip (Salas de Asistencia Integral del Parto). Fueron tres años de funcionamiento y uno de traspaso al hospital. Los últimos doce meses hubo matronas en comisión de servicio, quienes salían de sus turnos para asistir a gestantes en las salas integrales. En su lugar, se contrataron nuevas matronas para que las cubrieran en sus áreas de asistencia tradicional, pero no fue suficiente. De igual forma, de nada sirvió la donación de la infraestructura y mobiliario al recinto, con el fin de asegurar la exitosa acogida del modelo por su dirección.

En Urgencias seguía manifestándose la resistencia a ofrecer las salas integrales a las gestantes que ingresaban al servicio, y tras la salida de los investigadores el recinto no asignó matronas coordinadoras para las instalaciones. Éstas quedaron prácticamente abandonadas. En ese contexto, la atención del parto se volcó al antiguo modelo, reencontrándose abiertamente con la zona de confort que durante años se había instaurado en el parto tradicional.

Ciertamente, el hecho de que la PUC operara, finalmente, como un ente externo, no tuvo el peso suficiente para asegurar el futuro de las Saip. Según Liliana Sepúlveda, matrona del Subsistema Chile Crece Contigo al interior del establecimiento, “el Masip como proyecto tenía una matrona coordinadora. Cuando este terminó, la coordinadora pasó a cumplir funciones de planta como jefa de un piso, por lo que quedó sin coordinadores. Las salas no funcionaron por dos años, y ahora Karina Reyes ha liderado el movimiento del parto humanizado al interior de nuestra maternidad. Cuando el Masip se les entregó a las jefas de turno se fue ‘a la chuña’, eso se perdió”.

Tamara Andaur (33) es matrona y trabajó por primera vez en el recinto cuando Masip aún no existía. Se fue durante unos años y cuando regresó, la universidad ya había terminado su investigación. Entre comentarios de colegas supo del Proyecto PUC, y

conforme pasó el tiempo, comenzó a visibilizar por sí misma los problemas generados tras el fin de la intervención.

“Una vez que terminó su estudio, la universidad donó las instalaciones y desde ahí todo eso quedó en tierra de nadie. El Saip siempre fue tierra de nadie. A ello, debes sumar que en las matronas más antiguas prevalecía la cultura de que hay que sacar la guagua rápido”, afirma Andaur.

Además, es enfática en señalar que no se hicieron inversiones, primando sólo la voluntad de quienes querían seguir con este modelo de atención. Se trata de personal que decidió instruirse en atención integral del parto, que ha asistido a cursos de aromaterapia y que además, actualmente se esfuerza en gestionar capacitaciones autosustentadas para el resto de sus colegas en turno. Esto, gracias a la ayuda de comunidades como Eva Luz, grupo de matronas particulares que asisten partos en casa y que han ido a enseñar sus conocimientos al servicio de maternidad.

Quizás, el mayor obstáculo para su buena gestión fue que el proyecto debió ser encausado como un todo, es decir, como un Centro de Atención Integral a la mujer. No se comprendió que no bastaba con tener un par de salas integrales aisladas, pues el buen trato a la mujer debía producirse desde el primer momento. Tuviese o no patología, dando a luz en una Saip o en el parto tradicional, por medio de un parto vaginal o una cesárea.

Tanto la infraestructura cedida como los cursos voluntarios gestionados por la universidad fueron un buen impulso que las autoridades del hospital debieron capitalizar desde un inicio para el futuro de su servicio. No obstante, el manejo del modelo que la dirección del Hospital Sótero del Río realizó tras la salida de los investigadores de la Universidad Católica, privó al recinto hospitalario que más pacientes atiende en el país de convertirse en un líder en cuanto a parto personalizado.

“Queda un gusto amargo porque no se vio un interés por parte de ellos, íbamos a ser un centro de referencia. Ellos tenían que empezar a formar al resto de los matrones para que impulsaran y potenciaron el desarrollo de esta atención. Yo creo que ahora hay otros hospitales que van más adelante de lo que está el Sótero del Río. Además, muchos empezaron a conocer lo hecho ahí y realizaron estas intervenciones en otros lugares. Nosotros partimos mucho tiempo antes”, dice Claudia Uribe.

A la fecha ya son 25 los hospitales en Chile que cuentan con Salas de Atención Integral del Parto. De hecho, la experiencia del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río no es la primera en este tipo de atención. Las bases de la atención personalizada en el proceso reproductivo se gestaron en el Hospital de Villarrica, cuando en 2002 sus funcionarios comenzaron a incursionar por sí solos en el parto vertical y en el concepto de no irrupción médica del proceso, prácticas demandadas, específicamente, por la comunidad que tenía una fuerte presencia indígena.

En ese contexto, la evidencia científica que respalda los beneficios de la baja intervención médica durante el trabajo de parto y el apego precoz con el recién nacido, llegó a las manos de la ex Presidenta Michelle Bachelet. Por esta razón, en 2006 el Ministerio de Salud elaboró el llamado Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, documento que se concibió como una recomendación para todos los hospitales que más adelante se adscribirían a la asistencia personalizada durante la gestación y el parto.

Un año más tarde, se replicó la experiencia en el sur y gracias a la adjudicación de un Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonis), por primera vez se modificó toda la estructura del servicio de maternidad de un recinto de alta complejidad en la capital, el Hospital San Juan de Dios. Ese mismo año, el gobierno reconoció los derechos de la mujer y del niño, creando el Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, el que trabaja junto al Programa de la Mujer y es parte del Ministerio de Desarrollo Social.

“El cambio es que no sólo se procuró mejorar la cobertura de servicios para la mujer y reducir su mortalidad, acá se estableció que ella sería un sujeto de derechos. En ese sentido, ChCC comenzó a exigir evidencia que justificara determinadas prácticas desde la perspectiva médica. Cuando tú tienes un parto con menos estrés, cuando la mujer tiene un parto acompañada, cuando conoce el lugar, tu no sólo estás reconociendo sus derechos, lo haces porque, además, hay evidencia científica que dice que esas prácticas son mejores para la salud de la mujer gestante y su bebé”, sostiene Lucía Vergara (60), Jefa de Unidad ChCC del Ministerio de Salud que está alojada en la División de Atención Primaria (Divap).

Actualmente, todos los hospitales que cuentan con el modelo de parto “humanizado”, independientemente de su infraestructura, son supervisados por ChCC. En

cada recinto se instaló una matrona encargada de velar porque allí se cumplan ciertos estándares de buenas prácticas en el trabajo de parto y postparto. Mensualmente, la funcionaria debe enviar al subsistema el llamado Registro Estadístico Mensual (REM), a través del cual se asegura la existencia de un porcentaje mínimo de acompañamiento a las parturientas en sus periodos preparto y parto, además de la cantidad de partos vaginales, fórceps, cesáreas de urgencia y electivas llevadas a cabo en el recinto. Otro indicador es el de manejo farmacológico o no farmacológico del dolor, y la cantidad de epidurales suministradas.

Todos los hospitales y servicios de salud a quienes se les entrega recursos para implementar el parto humanizado deben dar cumplimientos a través de metas y convenios. Sólo en 2017, el subsistema entregó una suma total de 6 mil millones de pesos a todos los establecimientos del país que realizan una atención personalizada en el parto, montos que varían según los resultados obtenidos en sus REM. Si ellos no llegan a las metas estipuladas, ChCC simplemente recorta los montos acordados o bien, se permite del derecho a no financiarlos.

Aunque el subsistema puede incidir en la aplicación de la política de atención integral a través de este financiamiento, en realidad no tiene la capacidad de manejar, por ejemplo, la confección de los protocolos de acceso para las gestantes. Esto conlleva a que en la mayoría de los recintos no haya una cobertura universal del modelo y más bien, sean sus funcionarios quienes seleccionen a las gestantes para su ingreso a las habitaciones. El Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo no es ley, por lo que a pesar de las medidas ministeriales que defienden la importancia de esta atención, la autonomía con la que cuentan los hospitales ha afectado de forma negativa la implementación del modelo personalizado en maternidad. La normativa de atención se genera desde los hospitales, a la vez que se les reconoce un grado de autonomía para ello.

En cuanto al Hospital Sótero del Río, en 2017 sólo el 8.1 por ciento de sus nacimientos fueron atendidos en una sala de parto integral. De un total de 4.254 mujeres, únicamente 346 de ellas accedieron a una atención personalizada y a todos los beneficios disponibles en las habitaciones individuales: métodos no farmacológicos de analgesia, la compañía constante de su persona significativa, y el máximo desarrollo natural de su proceso fisiológico, sin intervenciones innecesarias.

Allí, sólo pueden ser ingresadas gestantes sin patología alguna, decisión que se contrapone al deseo ministerial. Uno que pretende darle a todas las mujeres del país la oportunidad de vivir su parto de manera “humanizada” o “personalizada”, sin discriminación.

Tales cifras no se alejan de la realidad nacional. A casi diez años del primer impulso para lograr una atención personalizada en todo el país, y en base a 25 hospitales que debiesen manejar el modelo, un estudio publicado en 2016 y aplicado a 1.576 gestantes del territorio, reveló que el 59.1 por ciento de ellas sufrió la rotura artificial de sus membranas en una fase inicial de trabajo de parto; el 90.8 por ciento fue inducida farmacológicamente en su labor de parto; el 54.6 por ciento tuvo un monitor fetal intraparto de manera continua; el 34.7 por ciento pasó la totalidad del periodo recostada; al 81.5 por ciento se le negó la posibilidad de ingerir alimentos vía oral; el 30.3 por ciento vivió en soledad su trabajo de parto; sólo el 9.7 de ellas recibió analgesia alternativa; al 56.4 se le realizó episiotomía o incisión en el periné; y el 79,1 continuó dando a luz en posición ginecológica.

La investigación publicada por Elsevier, la más grande editorial de contenido científico en el mundo, fue realizada por matronas y académicos de la Universidad de Chile, Universidad de Santiago y EmoryUniversity, en Estados Unidos, quienes denunciaron que “las mujeres no se sintieron escuchadas; no recibieron información y no fueron consideradas en la toma de decisiones con respecto a procedimientos o intervenciones”⁵. Además, detentan malos tratos por parte de las matronas, mientras los obstetras en cuestión se defendieron sosteniendo que tanto su formación en pregrado, como su especialidad en ginecología, no incorporó la atención personalizada de las gestantes.

Operación rescate

Tras la partida del equipo UC, el panorama era desolador. El riesgo de que nada cambiara y que se siguiera con las viejas inercias en la atención de parto, parecía una sentencia inapelable. Es en ese contexto que la llegada de la matrona Patricia Lillo (39) en

⁵Binfá, Lorena y otros, “Assessmentoftheimplementationoftheframeworkofintegratedand humanisedmidwiferyhealthservices in Chile”, *Midwifery* 35 (2016) 53–61, Elsevier, Nueva York, p. 58.

agosto de 2017 a la coordinación del Centro de Responsabilidad de la Mujer, pasó a ser la esperanza de recuperar un proyecto centrado en el bienestar de la gestante y su bebé.

Y es que Patricia trabajó por nueve años en el Hospital de Ancud, el recinto mejor evaluado en cuanto a la implementación de Salas de Atención Integral de Parto hasta la fecha: en 2016, sólo el 4 por ciento de sus gestantes requirió intervención farmacológica durante su labor de parto⁶, una cifra muy distante al promedio nacional que injustificablemente bordea el 91 por ciento⁷.

Con su llegada como Matrona Coordinadora, la dirección del Hospital Sótero del Río parecía estar consciente de rescatar el proyecto que había quedado en sus manos hacía ya tres años. La falta de iniciativa que se evidenció respecto de realizar una transición activa de la investigación, se tradujo en un abandono que estaba yendo a contrapelo al clima de opinión que comenzaba a ganar fuerza en la salud pública y privada, centrado en los derechos de la mujer y el niño.

“El hospital aún mantenía la infraestructura y los recursos donados por la Universidad Católica. Me encontré con un Saip que estaba muy desmejorado en aspecto físico, tenía pocos cuidados y equipos antiguos. Lo que hoy necesitamos son cosas tan básicas como el aporte de aromaterapia. Me refiero a difusores nuevos, porque las chiquillas tenían unos muy antiguos, con velitas, no eléctricos”, cuenta la profesional.

A cuatro meses de comenzar sus funciones, Lillo tomó la primera medida administrativa para hacer frente a lo que ella consideraba un problema central de atención. En diciembre de ese mismo año, la actual coordinadora creó el cargo de matrona supervisora de urgencias, una decisión coherente en relación a la penosa percepción que se tiene sobre la cara visible del servicio.

Después de años, el servicio volvió a contar con una figura de autoridad en esa área, responsabilidad que recayó en Tamara Andaur, matrona Saip por casi cinco años a partir de 2013, quien deberá intentar involucrar, nuevamente, a la compleja área en el avance hacia una atención integral.

Tal decisión no fue difícil, pues el panorama se reveló sin tapujos frente a sus ojos: desde su llegada al hospital, Patricia acogió reclamos relativos a malos tratos sólo en ese

⁶Ibid, p. 56.

⁷Ibid, p. 57.

sector, mediante encuestas anónimas respondidas por las pacientes. Allí, se expuso a Urgencias como el área con mayor foco de vejación, algo que considera inaudito. Discriminación, intervenciones sin consentimiento y expresiones hostiles son algunas de las conductas del personal que las gestantes han tenido que aguantar. Por ello, además de reincorporar una matrona supervisora en urgencias, ha pensado en abordar el fenómeno con otras medidas.

“Aquí hay que modificar el trato en todas las áreas, especialmente en la puerta de entrada. Eso es un tema que tenemos pendiente y que abordaremos este año. Para mi es inconcebible que en la cara visible de la maternidad exista este tipo de maltrato. Estamos pensando hacer una intervención, una reunión con el equipo de urgencias, y si es necesario reestructurar los turnos, lo haremos. Si hay que hacer algo radical, se hace”, declara categóricamente.

Hay hábitos muy arraigados en las personas, los cuales no son fáciles de erradicar. Sin embargo, la nueva dirección del Centro de Responsabilidad de la Mujer se ha esmerado en plantear una estrategia de última oportunidad para avanzar acorde a los nuevos propósitos establecidos en su lugar de trabajo. En este sentido, cada vez que un funcionario o funcionaria sea denunciado, serán puestos a su disposición cursos de trato usuario dictados al interior del hospital. En caso de no comprometerse con el proyecto que la dirección ha decidido retomar, su nueva coordinadora tomará medidas más estrictas.

Recinto nuevo, atención nueva

Aunque los esfuerzos tendientes a sostener diálogos con médicos y matronas son necesarios, la realidad es que no se traducen en garantías absolutas para el posicionamiento de la atención personalizada en el proceso reproductivo. Sin embargo, un hecho de otro tipo, relacionado a la posible remodelación de todo el servicio, podría generar las condiciones materiales suficientes para reducir el margen de resistencias al mínimo posible.

A mitad de este año, el Centro de Responsabilidad de la Mujer del Hospital Sótero del Río enviará a la Subsecretaría de Redes Asistenciales un proyecto arquitectónico que eliminará, definitivamente, toda la actual maternidad del recinto para construir únicamente cinco Salas de Atención Integral del Parto y cuatro camas de observación. Con ello, toda el

área será reestructurada en función del nuevo modelo de atención que actualmente es respaldado por el Ministerio de Salud.

La resolución de transformar esta maternidad con relación a los requerimientos de la atención personalizada no es una decisión aislada del recinto de Puente Alto. Una norma ministerial que rige desde 2010 establece que todos los nuevos hospitales del país deben ir acorde al modelo de parto personalizado, y todos aquellos antiguos que quieran pasar por un proceso de “normalización” de su situación, deberán presentar proyectos en la misma línea para acceder a financiamiento. De lo contrario, la Subsecretaría de Redes Asistenciales no tendrá más remedio que rechazarlos.

“El proyecto será enviado a través de la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Una vez autorizado, se definen los montos de inversión para la construcción y contratación de nuevos recursos humanos. Es un proyecto grande, y eso es lo que estamos haciendo con los ingenieros de acá. Ellos nos están viendo todos los espacios físicos y nosotros estamos haciendo la tarea de ver todo lo que implica”, señala Lillo.

Aunque el cambio físico de la maternidad del Hospital Sótero del Río significa que las resistencias del personal no tendrán un gran margen de expresión, nada garantiza que éstas desaparezcan del todo. Parece haber consenso de que es un tema que siempre hay que estar vigilando. Y es que hace ocho años, tanto la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal como ChCC, acompañan a los hospitales en sus procesos de implementación de la atención integral. Para ello, ayudan a los Servicios de Salud en la articulación y mejora de sus proyectos, y a contar con información de interés respaldada científicamente. Esto les ha permitido supervisar la evolución de la implementación del nuevo modelo de atención a nivel nacional, observar brechas y gestionarlas con el fin de disminuirlas.

“Los agentes de salud no son seres distintos a la sociedad en la que vivimos. A ellos les cuesta soltar, tienen una lógica muy paternalista. Entonces si bien uno pudiese no compartir sus resistencias, hay que entenderlos y acompañarlos”, sostiene Daniela Vargas (36), matrona y magíster en Salud Pública quien trabaja hace 14 años en el servicio público, desempeñándose actualmente en la Unidad de Salud de la Mujer de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera).

A pesar del dinero invertido en infraestructura, no ha sido tarea fácil. La atención personalizada en el proceso reproductivo no es ley, por lo que su gestión sólo ha sido mediada a través de voluntades personales y la presión ejercida por medio de la adjudicación de fondos. Distinto a lo que se quisiera, ha sido un largo y difícil camino. La experiencia del Ministerio de Salud se reduce a que, sin duda, una correcta implementación del modelo requiere por sobre todo, de equipos comprometidos y sensibilizados.

Al respecto Lucía Vergara, Jefa de División de ChCC, recuerda:

“En un hospital habían trece gestantes en trabajo de parto en una sala de parto chiquitita, y diez estaban acompañadas. Fui a otro hospital con una sala del mismo porte donde había tres mujeres y ninguna estaba acompañada. Dicen: ‘es que no se puede’, y a los dos les estás diciendo lo mismo, a los dos les estás pasando los recursos. En otro hospital hubo mucha resistencia, pero mucha resistencia, y cuando íbamos para allá con nuestras estrategias para convencer yo anotaba a esas personas con nombre y apellido, de mirarlas tú te das cuenta. Entonces nos decían ‘necesito millones para implementar esto porque sino es imposible’. Les dimos los millones, tenían toda su estructura cambiada y nada pasaba.”.

HUMANIZACIÓN SIN DEMOCRACIA

El cambio que conlleva la implementación del parto personalizado en el sistema público de salud, centra su filosofía en el reconocimiento de los derechos de la mujer y el niño. En la dirección de convertir esa necesidad en una política de Estado, el primer gobierno de la ex Presidenta Michelle Bachelet acogió esta modalidad de atención pues, era coherente con su mirada sobre la necesidad de salvaguardar tales derechos. Por esta razón, en 2006 se configuró un Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia, cuyo mandato fue “elaborar un diagnóstico de la situación actual y de las insuficiencias existentes en materia de protección a la infancia, para luego, formular y proponer un conjunto de políticas y medidas idóneas para efectos de implementar un sistema de protección”.⁸

La comisión trabajó tres meses en el proyecto. El informe llamado *El futuro de los niños es siempre hoy*, vislumbró la necesidad de caminar hacia la construcción de servicios de salud que dieran iguales oportunidades de desarrollo a infantes entre cero y tres años de edad. Para ello, era necesario comprometer a la salud pública como el pilar central de su protección desde la gestación pues, la evidencia científica ha demostrado que un trabajo de parto humanizado y respetado repercute positivamente en el posterior desarrollo integral de ese individuo.

En una sociedad tan desigual como la chilena, hay un sector importante de la población que se encuentra en un ambiente de alta vulnerabilidad. En ese contexto, el parto personalizado ha sido reconocido por especialistas como un aporte significativo al mejor desarrollo de esas niñas y niños, quienes a pesar de nacer en el seno de familias disfuncionales y en un entorno hostil, tienen la oportunidad, gracias a esta política de Estado, de ser reconocidos como sujetos de derecho.

A pesar de que la salud pública es comprometida a jugar un rol activo en la disminución de las desigualdades que aquejan a la sociedad, y en el reconocimiento de los derechos de la mujer y el infante, los tres recintos de salud contemplados en este reportaje

⁸Artículo 3 del Decreto Supremo N° 072, 4 de abril de 2006, Santiago, Chile.

han incorporado sus Salas de Atención Integral del Parto (Saip) con distintos protocolos de ingreso para las gestantes.

Mientras en el Hospital San Juan de Dios todas las mujeres dan a luz en una Saip, tanto el Hospital Sótero del Río como el Hospital Clínico La Florida disponen de protocolos que seleccionan a las madres, reservándose el derecho de acceso a las salas sólo a quienes califican desde un punto de vista médico.

¿Nubarrones en el hospital estrella de La Florida?

Aunque el Hospital Clínico La Florida fue inaugurado en 2014, sus Saip no abrieron sino hasta dos años después, debido a la carencia de un profesional que liderara este nuevo modelo de atención. El primer día hábil de mayo de 2016, Gonzalo Leiva (32), matrón que pertenece a una generación de profesionales que impulsó el parto humanizado en todo el país, llegó hasta el establecimiento con el propósito de abrir las salas de atención integral.

La decisión de contratarlo no fue al azar. Ricardo Gómez, Director del Centro de Investigación Perinatal ubicado en el hospital, estaba al tanto del perfil profesional y humano de Leiva. Enseguida, su currículum llegó hasta las manos de Cristián Figueroa, Director del Centro de Responsabilidad de la Mujer del recinto de salud.

Tras egresar de la Universidad de Santiago, el matrón desarrolló una vasta labor en pro de la humanización del nacimiento. En esa casa de estudios se desempeñó durante seis años como docente, siendo parte del equipo de investigadores que realizó estudios sobre parto personalizado y violencia obstétrica. Al mismo tiempo dirigió prácticas clínicas de estudiantes en tercer año de la mencionada casa de estudios en el Hospital San José, y trabajó como matrón en el Hospital Padre Hurtado. Gonzalo Leiva es, además, activista civil en organizaciones que promueven el parto personalizado y en 2014 creó junto a la antropóloga Pilar Plana, el Observatorio en Contra de la Violencia Obstétrica, fundación de la que es director. Actualmente, también es académico en la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad Diego Portales.

“Cuando llegué, el subdirector médico del hospital y mi jefe me dijeron ‘Oye Gonzalo, ¿en verdad tú crees que nos podemos transformar en un referente nacional? Les pregunté cuánto tiempo más iban a estar en el hospital, porque si yo me cambiaba a esta

pega y ellos se iban, no servía de nada. Estos modelos son muy líder dependientes. Si el discurso de quienes están en la cabeza va en una dirección, es fácil pedirles a todos que se sumen a esa dirección, pero lo que ocurre en muchos hospitales públicos es que los jefes no están ni ahí con este tema”, sostiene Leiva.

Para el subdirector del hospital, la apertura de las Saip era una necesidad que requería de un equipo comprometido con esta modalidad de parto. Había conciencia de que lo peor que le podría pasar a la apertura de las salas integrales, era la falta de convencimiento de sus cabecillas.

En proyectos de esta naturaleza, un liderazgo comprometido contagia al resto del equipo y reduce al mínimo las posibles resistencias que surjan en el camino. Principalmente, el liderazgo de Gonzalo Leiva debía disipar dudas, erradicar miedos y convencer al equipo de salud de que este modelo de parto era un avance significativo a los logros con que ya se contaba en materia de reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal. Esto, era especialmente relevante en relación a los ginecólogos y anestesistas, ya que la mayoría de las matronas contratadas por el recinto ya contaba con estudios en parto fisiológico.

Con su llegada, pidió enseguida una reunión con todos los jefes de las áreas involucradas en la atención personalizada del parto, con el fin de establecer protocolos y transparentar la situación. Anestesistas, neonatólogos y matrones se reunieron junto a él para precisar qué debía aportar cada unidad en la implementación del modelo.

“En esa reunión todos se comprometieron y para todos fue un hecho que esto llegaba para quedarse. No era una opción, no era una moda hippie, no estábamos probando nada. Ese discurso contundente fue muy importante en las entregas de turno que son todas las mañanas, de lunes a viernes, donde nos reunimos médicos y matrones”, recuerda Leiva.

En general, todos quienes comenzaron a trabajar en las Saip sabían que estaban transitando hacia un nuevo paradigma de atención. Los anestesistas debían permitir que las mujeres se mantuvieran hidratadas durante todo su trabajo de parto, incluso con dilatación completa, siendo necesario además incurrir en una nueva dosis analgésica que les permitiera caminar y deambular sin problema. Es una mirada moderna de la anestesia obstétrica.

Por otra parte, los neonatólogos no pusieron grandes resistencias y con el fin de llegar a todos los estamentos, Leiva realizó capacitaciones obligatorias a matronas y técnicos en enfermería.

Un año y medio después de la apertura de las Saip en el Hospital de La Florida, todos quienes tenían resistencias ya trabajaban en pro del modelo, o simplemente, fueron trasladados a otras unidades. Allí dicen que el discurso de matronería es uno, “y esa es la pega que finalmente se necesita: unificar el discurso para darle consistencia al proyecto, sino no es más que marketing falso y la generación de una expectativa en la comunidad que, finalmente, no se va a poder cumplir”, manifiesta el matrn coordinador de las instalaciones.

Debido al compromiso contraído por todo el equipo de maternidad, resulta paradójico que no se quisiera ir más allá, favoreciendo a las gestantes con una cobertura universal de las salas. A pesar de que la construcción del hospital respetó la nueva normativa del Ministerio de Salud, que todo el equipo y la dirección se mostraron comprometidos con el proyecto y que desde el primer momento contaron con matronas que habían sido formadas para asistir partos personalizados, el protocolo de ingreso se volcó sólo a gestantes sin patologías y a quienes padecieran sólo algunas de bajo riesgo.

“El criterio de inclusión es que sea una gestación de término y que la mujer sólo tenga patologías de bajo riesgo, como embarazos en vías de prolongación, hipertensión crónica con preeclampsia descartada, colestasia intrahepática, diabetes gestacional sin insulina, cicatriz de cesárea anterior”, sostiene Gonzalo Leiva.

Según el Ministerio de Salud, el espíritu de este modelo no permite excepciones, pues cada gestante debiese tener garantizado su acceso a una sala integral de parto. Sin embargo, no hay una ley que establezca de manera explícita la obligatoriedad de la cobertura universal y el subsistema creado desde el Estado para incidir en las políticas de los recintos hospitalarios, sólo cuenta con mecanismos indirectos de presión, como la asignación de fondos.

Por su parte, los recintos de salud son muy sensibles a la argumentación médica sobre el proceso de parto, lo que se traduce en resistencias a la idea de asumir riesgos para garantizar derechos universales. Es en ese punto donde el Ministerio de Salud ha buscado

fórmulas para que los recintos públicos sean capaces de ampliar la cobertura de acceso a estas salas. Entre ellas, se incluye la nueva normativa estructural.

“Hay un sesgo en el derecho que tú no decides. El equipo clínico determina si puedes o no puedes entrar a una atención humanizada y a una sala de parto integral, y eso es lo que no puede pasar en ninguna parte de este país, porque la que tiene el derecho a decidir cómo atenderse es la mujer, no el equipo clínico”, sostiene Daniela Vargas, matrona con magister en salud pública que se desempeña en el Ministerio de Salud como profesional de la Unidad de Salud de la Mujer de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera).

Una confusión asociada al parto “personalizado”, es pensar que el trabajo de parto siempre será fisiológico, es decir, sin suministro de hormonas e intervención médica. Tal creencia ronda entre gestantes que ven por primera vez estas salas. Tienden a pensar que allí sólo podrán parir de forma natural, cuando no es así. Por un lado, la anestesia es un derecho AUGE, y por otro, las emergencias siempre pueden estar presentes, incluso cuando se trata de parturientas sin patologías. El recurso de la intervención médica no se descarta en términos absolutos.

Un modelo de atención “humanizado” y “personalizado”, no implica que no sea medicalizado. En 2017, sólo el 10 por ciento de los partos en las Saip del Hospital de La Florida fue sin anestesia, y el 28 por ciento de las mujeres necesitó suministro de oxitocina para dar a luz. La diferencia, es que bajo esta modalidad la ayuda farmacológica es aplicada en una etapa más avanzada de la labor, cuando ya no estorba el desarrollo fisiológico del potencial del cuerpo femenino, propio de este proceso. Y es que cuando a una mujer se le administra anestesia no sólo deja de sentir dolor, también se detiene todo el trabajo interno que su cuerpo está llevando a cabo para poder parir. No sigue dilatándose y por consiguiente, tampoco se produce una rotura espontánea de membranas.

De ahí surge la cascada de intervenciones conocida como Perisyntoram. Peri, de anestesia peridural; Synto, por syntocinon, nombre científico de la oxitocina sintética; y Ram, que es el abreviado de la Rotura Artificial de Membranas, intervención en la cual el personal médico rompe la bolsa de la gestante manualmente. Todas ellas, son potencialmente evitables si la anestesia es suministrada en una etapa avanzada del proceso.

Según la Organización Mundial de la Salud, una tasa cercana al 10 por ciento de las gestantes requerirá inapelablemente inducción farmacológica. En el contexto del parto “humanizado”, se pide que esas excepciones no resulten mecanizadas y pierdan de vista el buen trato durante todo el trabajo de parto.

Conscientes de eso, durante los últimos seis meses el Hospital de La Florida ha intentado emigrar, de a poco, muchas de las prácticas efectuadas en las Saip hacia el parto tradicional. De hecho, durante el año pasado, el acompañamiento de las gestantes alcanzó el 89 por ciento del total de nacimientos, incluidos los ocurridos en salas integrales, sala tradicional y cesáreas. Asimismo, el 80 por ciento de las mujeres hizo apego inmediato con su recién nacido.

“La idea es que tampoco sea como entró al Saip, se salvó de los médicos”, sostiene Gonzalo Leiva.

Para el personal del recinto, si bien la mujer no tiene la privacidad deseada en el parto tradicional, la atención brindada allí está muy distante de las prácticas que se llevan a cabo en las salas comunes de otros hospitales en el país. Sin embargo, a ojos del Ministerio eso no es suficiente.

Al respecto, la matrona Miriam González (60), quien fue parte de Chile Crece Contigo desde sus inicios y que, además, es la gran gestora del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, manifiesta que “todas las mujeres debiesen ser atendidas en una Saip. Sin embargo, puede haber variaciones en el manejo clínico. La Sala de Atención Integral es el modelo donde te dan la privacidad y el acompañamiento. Ahí puede haber todo tipo de mujeres, la ventaja que tiene es que tú atiendes el parto ahí mismo. Hay excepciones según la indicación médica, como la mujer que requiere cesárea, ella va a pabellón”.

Tú sí, tú no

Las Saip en el Hospital de La Florida fueron inauguradas con el ingreso de Susana Espinoza (31), el 11 de mayo de 2016. Presionados por la necesidad de abrir las dependencias, el equipo de salud liderado por Gonzalo Leiva hizo, quizás, una excepción al protocolo de acceso.

La gestante no presentaba patologías graves, pero sí un sobrepeso significativo que hizo dudar al equipo si se le permitía ingresar a las habitaciones, más aún en un contexto de inexperiencia en cuanto a la normativa.

“Me dijeron que existían unas salas y yo dije ‘sí, acepto, quiero’. ‘Pero es que no te hemos explicado’, ‘es que yo ya tengo un hijo y a mi hijo lo tuve en la misma sala en el Sótero del Río’. Ahí me dijeron que había un pequeño factor, un factor por el que estábamos en veremos. Era mi peso, por mi peso yo no calificaba, creo que pesaba unos 107 kilos. La cosa es que me dijeron que iban a analizarlo y en eso llegó Gonzalo”, recuerda Espinoza.

En un interesante ambiente de ansiedad por la apertura de las salas, el matrócn Gonzalo Leiva asintió al ingreso de la gestante. La llevaron en silla de ruedas hasta la habitación, mientras escuchaba sobre la posibilidad de que le tomaran fotografías antes del parto.

“Pensé ¿por qué me van a sacar fotos? Si yo no soy tan importante”, dice entre risas.

Susana Espinoza no entendía la razón de tanta ansiedad, hasta que el personal le explicó que sería la primera mujer en dar a luz en las salas integrales de Hospital de La Florida. Fueron sólo cuatro horas en trabajo de parto en compañía de su pareja, haciendo uso de las bondades que ofrece la sala. A las 16:40 de ese día, la pequeña Mía llegó al mundo con su madre en posición cuadrúpeda y luz tenue, luego de una necesaria rotura artificial de membranas y tres pujos. Tras su nacimiento el instinto se apoderó de Susana, quien enseguida le dio leche de su pecho aun cuando siquiera habían cortado el cordón umbilical que las unía. Con ese gesto, la pequeña inició casi dos horas de apego ininterrumpido.

“Me ofrecieron tener a la niña en el jacuzzi peroiqué de primeriza, de inexperta, entonces me dio miedo y no quise. Estaba muy cansada y dije no, yo me quedo aquí en la cama. Pero los chiquillos no querían que fuese así tan simple, siempre apelaban a mostrarme ideas nuevas”, cuenta la madre.

Hoy, recuerda su parto con mucha emoción. A pesar de los mitos que había escuchado, ella pudo tener vía vaginal a su pequeña de 4 kilos 110 gramos, siendo necesario que los doctores le pusieran sólo dos puntos en su área perineal. Más importante

aún, toda la experiencia vivida ese día le sirvió de impulso para enfrentarse de buena forma a esta segunda experiencia de maternidad:

“Fue un parto maravilloso, un poco especial porque no era esperada, y además de eso yo no quería niña. Tenía un tema ahí, me costó mucho asumir mi embarazo. Entonces cuando me la pasan, cuando la veo tan chiquitita y tan linda con sus pestañitas, me enamoré. Al segundo de tenerla toda mi percepción, todo lo que pude haber pensado quedó atrás. Creo que este tipo de parto ayudó a eso porque suena feo decirlo, pero tenía un dejo de rechazo. Aquí vi como la boté, prácticamente. La vi salir de mí, la subieron y le di pecho, la tomé, estuvo conmigo, la acaricié, la olí. Todo eso influyó al mil por ciento en todo y lo agradezco”.

Cinco meses más tarde, una joven madre en condiciones físicas parecidas a Espinoza llegó a parir al hospital. Mayerling Campos (27) tuvo un embarazo activo y no presentaba patologías de alto riesgo, sin embargo, pesaba 96 kilos. Su historia es especial: su primer hijo tiene autismo. Buscando una fórmula que paliara la misma condición con la cual podía nacer su próxima bebé llamada Celeste, junto a su pareja decidieron tenerla por parto natural.

Antes de esta decisión, junto a su pareja pensaron en concretar el nacimiento de su hija en una clínica por medio del Programa PAD, una alternativa de Fonasa disponible dentro de la red privada de salud que considera la atención del parto con cargo a un monto fijo para beneficiarios. No obstante, los rumores sobre las excesivas intervenciones que podría recibir y la posibilidad de que a su hija la alimentaran de inmediato con fórmula hicieron desechar tal idea. Por eso, cuando Campos supo que las Saip del hospital de La Florida se habían abierto, no dudó en dar a luz allí.

“Cuando entré a Urgencias yo avisé que quería parir en la sala porque no me la ofrecieron. Me estaban haciendo el ingreso y en eso le dije al matrón que te revisa que quería parir en la sala, que tenía todos los requisitos. Sólo me mandaron a caminar para asegurarse de que yo no pasara veinte horas en trabajo de parto porque había mucha demanda en toda la maternidad”, cuenta la joven.

Y es que ese día de octubre, había un abundante flujo de mujeres en el recinto. De hecho, según cuenta, muchas gestantes estuvieron un tiempo considerable en urgencias y parto porque no había camas disponibles.

Apenas entró a la cálida atmósfera de la Saip supo que era el lugar perfecto para tener a su pequeña. Las matronas se dispusieron a contarle sobre las alternativas de analgesia existentes y además, le enseñaron a su pareja cómo le debía presionar las caderas para contrarrestar el dolor de las contracciones.

El trabajo de parto de Campos avanzó muy rápido, sobre todo luego de sumergirse en la tina de hidroterapia. En ese momento sintió cómo le subía la presión, temiendo incluso un posible desmayo. Su esposo avisó enseguida de su malestar y en menos de un minuto llegaron los matrones a ver qué sucedía. No alcanzaron a monitorearla ni hacerle tacto; ella sintió unas ganas inexplicables de pujar, sin embargo, según los doctores no era el momento propicio para ello pues Celeste aún no bajaba lo suficiente por el canal de parto.

Cegada por sus deseos más instintivos y contra todo pronóstico, Mayerling Campos empezó a hacer fuerza. Primer puje, y rompió membranas; segundo puje, y la cabeza de la bebé salió a la superficie; tercer puje, y todo el cuerpo de la pequeña ya estaba afuera.

“Cuando rompí membranas corrieron a buscar los fórceps porque decían que la niña seguía arriba. Pujé de nuevo y salió la cabeza, pujo otra vez y salió el cuerpo al tiro. Estaba dando a luz acostada de lado, así que las técnicas en enfermería me tuvieron que afirmar las piernas porque no me las podía. Estaba la matrona y tres técnicos. Dos me asistieron y la otra quedó afuera del parto cuando salió a buscar el fórceps. No alcanzaron ni siquiera a prender la cuna para hacerle el monitoreo en la sala a la Celeste”, cuenta la madre.

Fue un parto muy rápido y sin intervención, tal y como lo había planeado. Apenas dio a luz, todos los dolores en la espalda que había tenido durante los últimos nueve meses se disiparon y comenzó el apego con Celeste. Emocionada, recuerda que ya a la hora de dormir la dejaron descansar junto a su bebé en la misma cama; sólo fue necesario poner almohadas de protección.

“Vivir algo así te da otro amor hacia tus hijos. Es verla y decir ‘naciste con mi dolor’, un dolor súper corto en pro a lo que logramos juntos: a la Celeste se le cayó el cordón a los cuatro días, a mí me bajó la leche al tiro, ella casi no bajó de peso y yo caminé al tiro después del parto: Le dejé la niña a Juan Pablo y yo me fui sola al baño”, sostiene con emoción.

Los dos casos presentados son de mujeres que, en distintos contextos, pudieron acceder a una atención personalizada. A pesar de su evidente sobrepeso, tanto Susana Espinoza como Mayerling Campos no presentaban patologías importantes que pudieran hacer aún más complejos sus trabajos de parto. Además, en el caso de esta última se dio la coyuntura de que habían llegado muchas embarazadas a urgencias y no había camas disponibles, lo que facilitó su ingreso a una de las salas que estaba desocupada.

Sin embargo, muchas gestantes de la comuna no corren con la misma suerte, siendo atendidas en una sala común que, a pesar de mantener ciertos criterios relativos a la modalidad integral como el apego, no garantizan una atención personalizada ni les brinda el espacio de privacidad y tranquilidad que ese momento amerita.

Este tipo de situaciones no son tan extraordinarias como parecen. En 2017, el porcentaje de parturientas de bajo riesgo obstétrico que dio a luz en el recinto fue del 70 por ciento. Sin embargo, sólo el 32 por ciento del total de las gestantes fue atendida en una Saip. De ello se puede deducir que un porcentaje importante de ellas fue atendida en salas tradicionales, aun calificando para la atención personalizada.

Las razones pueden ser variadas. Quizás el alto flujo de gestantes hace insuficiente la disponibilidad de habitaciones, o bien, el equipo de salud determinó que un 54.3 por ciento de las gestantes de bajo riesgo obstétrico, aun así, no calificaban para ser atendidas allí.

Frente a tal realidad, la visión del ministerio es clara:

“Como Ministerio de Salud, lo que se quiere es que toda mujer en este país tenga derecho a acceder a una sala de parto integral, independiente de si el equipo clínico decide si tiene riesgo o no tiene riesgo. Entonces el modelo del Hospital de La Florida y del Sótero, para nosotros no va y no es replicable”, declara Solange Burgos (39), matrona de la Unidad de Salud de la Mujer de Digerá.

Luces y sombras en el Sótero

El Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río está emplazado en la comuna más populosa de la Región Metropolitana. Con 610.118 habitantes⁹, Puente Alto podría ser,

⁹ Reportes Estadísticos Comunales 2015, Puente Alto, Biblioteca del Congreso Nacional, Santiago.

perfectamente, la tercera ciudad más poblada de Chile sin contar la Región Metropolitana, después de Valparaíso y Concepción. Su índice de pobreza extrema bordea el 15 por ciento, y más de dos tercios de su población se atiende por Fonasa. Estos datos explican en gran parte que muchas de las gestantes atendidas en el establecimiento presenten cuadros de graves patologías y sobrepeso producto de estilos de vida poco saludables.

Al recinto no sólo llega población perteneciente a Puente Alto. De igual manera le corresponden las comunas de San José de Maipo y Pirque. Según la matrona de su Saip, Karina Reyes, “este es un complejo asistencial, por lo que todos los diagnósticos más complicados nos llegan a nosotros. Por eso nuestro índice de partos vaginales, partos fisiológicos, siempre va a ser más bajo: tenemos menos pacientes sanas”.

La gestión de partos humanizados en el recinto comenzó en 2010 gracias a la llegada del equipo de la Universidad Católica y su proyecto Masip (Modalidad de Asistencia Integral del Parto). Cuando la universidad se retiró, las salas quedaron prácticamente abandonadas y no se hizo una revisión de los resultados obtenidos ahí. Menos aún se cuestionó su protocolo de ingreso, el que había sido concebido en un contexto experimental, permitiendo el ingreso sólo a gestantes sin patologías.

Este era sumamente selectivo, ya que su funcionamiento debía medirse en un contexto lo más cercano a las condiciones de un laboratorio.

“Cuando se está generando una intervención que está probada mediante un diseño experimental, se tienen que limpiar todas las variables y todos los riesgos. Por lo tanto, teníamos que tener mujeres de bajo riesgo para poder probar la intervención. Ahora con una mirada amplia, se podría aplicar la atención integral tanto a mujeres de bajo como alto riesgo obstétrico, de distintas complejidades. En un contexto de investigación tenía que hacerse así, porque con cualquier accidente que hubiese bajo esta modalidad, se nos venía todo para abajo. Teníamos que partir probando que esta era una metodología, una modalidad inocua, que no iba a causar más daño”, sostiene la directora del proyecto Masip, Claudia Uribe.

Tras la salida de los investigadores del Hospital Sótero del Río, las ahora llamadas Saip mantuvieron los rígidos criterios de selección de gestantes que contemplaba el proyecto UC. A eso, hay que agregar que los ingresos a las instalaciones disminuyeron

significativamente, producto de la desorganización en el recinto y la resistencia abierta a realizar atenciones allí.

Las matronas de las Saip están conscientes de la brecha que la selección genera, ya que este antiguo protocolo priva a las mujeres con patologías del derecho a acceder a una atención personalizada, en la medida de sus propias necesidades, lo que sin duda les brindaría una experiencia más satisfactoria.

Según la matrona Karina Reyes, “una paciente hipertensa, por ejemplo, necesita menos ruido, tener menos luz y estar acompañada. Ella podría estar perfectamente en una sala de atención integral y su condición de salud así lo requiere”.

Parece reiterativo constatar que la actitud del equipo médico responde básicamente a no asumir riesgos. Sensibilizarlos no ha sido fácil. A sus ojos, no basta con la intención de traducir el reconocimiento de derechos de la mujer y el niño en el cambio de atención durante el parto. Para transitar hacia una atención “humanizada”, se requiere de convincentes argumentos científicos que justifiquen esa necesidad.

“Las chiquillas han ingresado un montón de veces pacientes al Saip y los doctores o doctoras dicen, ¿por qué está acá? y no, me la sacas”, cuenta Tamara Andaur, matrona supervisora de urgencia de la maternidad.

En enero de este año, Dominique Bravo (20) llegó hasta el Hospital Sótero del Río para dar a luz. “Ingresé a urgencias, me hicieron tacto y después un funcionario me llamó. Empezó a llenar mis papeles y le pregunté por las Saip. Me ignoró, no me dijo nada, ni siquiera un ‘vamos a averiguar’, nada, todo el rato callado. En eso llegó una matrona importante del servicio y me dijo: ‘¿Usted como sabe de las salas? ¿Qué ha hecho para estar allí?’ Yo le dije que había ido a los talleres del consultorio. Ahí me consultó lo normal, si había tenido problemas en el embarazo, si había patologías, porque no cualquiera llega a esas salas, se supone”, cuenta la joven madre que gracias a sus antecedentes pudo dar a luz en las instalaciones.

Por testimonios como estos, Patricia Lillo, Coordinadora del Centro de Responsabilidad de la Mujer del establecimiento, reconoce haber sostenido conversaciones con el jefe de servicio y cada uno de los jefes de turno, además de médicos y matronas. No obstante, los resultados no han estado a la altura. No sólo hay una gran brecha entre la

cantidad de nacimientos atendidos en las Saip versus el parto tradicional, sino que también existe una alta tasa de cesáreas.

En 2017, las cesáreas ascendieron al 31.8 por ciento de los casos, superando con creces el rango sugerido por la OMS, el que varía entre el 10 y 14 por ciento del total de nacimientos. Al respecto, el recinto alude a su alto porcentaje de gestantes con patologías graves. Sin embargo, no mantiene un registro de los embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico asistidos. Este vacío de información impide cotejar la relación entre el número de embarazos de alto riesgo, con el elevado porcentaje de cesáreas.

El cuadro se complejiza aún más, pues ese mismo año el 33 por ciento de las madres que dio a luz no hizo apego con su recién nacido, cifras que provienen en su mayoría de la asistencia en parto tradicional y cesárea. Esto se debió a que el 91 por ciento de las madres que parió en una Saip tuvo la posibilidad de hacer contacto piel con piel con su bebé, el que además dura en promedio dos horas, el doble que en la asistencia tradicional.

Al parecer, también resulta sumamente difícil ajustar los objetivos del modelo con la realidad de sectores sociales más precarizados, donde es posible constatar hábitos de vida poco saludables y porcentajes importantes de gestantes con patologías peligrosas. Lograr índices más bajos de cesáreas y aumentar el porcentaje de apego, está muy relacionado con lo anterior.

Para algunos, el alto número de gestantes con patologías de diverso nivel que llegan a atenderse al recinto justifica el estricto protocolo de acceso a las salas de atención integral. Al respecto, el Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Juan Torres (43), reconoce:

“Estamos al debe en poner término a la segregación, sobre todo en el Sótero. Ellos partieron hace diez años por un proyecto piloto de la Universidad Católica. El proyecto terminó y hemos avanzado muy poco allá, porque se ha privilegiado urgencias y pacientes críticos. Es muy probable que, sin el proyecto de la PUC, no se habría implementado el parto humanizado en ese hospital”.

La fe está puesta en el nuevo proyecto que será enviado a la División de Gestión de Redes Asistenciales, con el fin de eliminar toda la actual maternidad para construir únicamente salas de atención integral del parto, lo que le dará a todas sus gestantes la posibilidad de optar a una Saip, sin distinción.

En consecuencia, una vez reestructurado el servicio, el Centro de Responsabilidad de la Mujer podrá dar la atención personalizada y continua sugerida por el Ministerio de Salud: cada mujer tendrá su propia matrona.

“Cuando terminemos con la infraestructura nueva no van a tener mucho que decir, porque no va a haber salas tradicionales, los trabajos de parto serán todos en Saip, y no va a haber distinción de diagnóstico”, precisa su matrona coordinadora, Patricia Lillo.

Qué gran poder es la información

Una información clara y oportuna es clave no sólo para que las beneficiarias conozcan la existencia de las Salas de Atención Integral del Parto, sino también para que tengan conciencia sobre la importancia de los hábitos saludables en el embarazo, pues sólo así podrían llegar a vivir su trabajo de parto en óptimas condiciones. Tal enseñanza es aún más determinante en sectores precarizados de la sociedad, donde es posible detectar con mayor foco los factores y variables de riesgo que conspiran contra la vida saludable de las mujeres.

A mitad del siglo pasado, la preocupación estatal en salud era reducida a los altos porcentajes de muerte materna y perinatal. Frente a ello, el Estado comenzó a instaurar un modelo biomédico en la atención de salud, el que por definición tiene una noción patologista y concibe el bienestar sólo como la ausencia de enfermedad. Es curativo, por lo que la competencia profesional es definida en base a curar enfermedades y salvar vidas. Es objetivo, en tanto el profesional no integra en su labor la interacción subjetiva con los pacientes, reflejo de un bagaje cultural y social en el cual se está inmerso. Divide el cuerpo de la mente, por lo que la tarea curativa es fraccionada: los médicos se ocupan de lo somático y los psicólogos y psiquiátricos de lo psicológico.

Tal modelo de atención le devolvió la vida a más de cuarenta mil madres y más de un millón de niños, menores de un año, que estaban destinados a morir en un Chile antiguo, extremadamente precario. Si en 1960 el índice de mortalidad materna era uno de los más altos del continente, llegando a 299 fallecimientos cada 100 mil nacidos vivos¹⁰, 55 años

¹⁰B. Viel y W. Campos, “La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil 1940-1985”, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, (1987). Instituto Guttmacher, Nueva York, pp. 22-28.

más tarde la implementación del modelo biomédico redujo la cifra a menos de su 8 por ciento¹¹.

Resulta sorprendente en el año 2000 se haya llegado a la necesidad de disponer de un nuevo modelo que fuera más allá de los límites del paradigma biomédico, pues era imperativo procurar la disminución de la desigualdad, el talón de Aquiles de la sociedad chilena. En esa línea, el nuevo modelo de atención biopsicosocial sentó las bases del cambio de enfoque en salud, más centrado en el paciente, en su entorno, en la cultura que su existencia ha tenido lugar. Un enfoque más horizontal y de retroalimentación entre el médico y el paciente, y su entorno social inmediato.

El actual modelo en el cual se expresa el sistema de salud pública en Chile se apoyó en un conjunto de ejes centrales que buscan garantizar el derecho a la salud, a través del establecimiento de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera que, además, dota a los usuarios de las facultades para hacer exigible lo señalado.

Este modelo procura la equidad en salud, disminuyendo los factores o condiciones que generan desigualdades evitables. Es un modelo de carácter solidario que tiene por objetivo que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos, a la vez que el Estado vela por una gestión eficiente de los recursos.

De esta forma se arriba a un modelo de atención integral de salud, que responde al paradigma biopsicosocial. Sin restar validez al antiguo paradigma biomédico, este avanza en una noción más integral del proceso salud-enfermedad. Es en ese marco que se destacan los impulsos tendientes a la promoción de las políticas, beneficios y accesos a la prestación de servicios que el sistema de salud pública ofrece a la población.

En la red de salud pública los consultorios juegan un rol central. Es el primer punto al que acude la población adscrita al sistema de salud pública, y por eso la información y coordinación con los hospitales es de gran importancia.

En el caso del modelo de parto “personalizado” que se ha implementado en hospitales con el objeto de dar un paso adelante en materia de atención y derechos, encuentra en los consultorios el punto de partida del dispositivo de atención en red. De acuerdo al modelo de salud pública vigente, el consultorio no debe conformarse con un rol

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas, Anuario de Estadísticas Vitales 2015, Santiago, p. 15.

pasivo y compartimentado en relación a los hospitales y otros actores de la salud pública: es importante que busque mecanismos de promoción de vida saludable y educación prenatal en la comunidad de la cual forma parte. Además, es allí donde debería llevarse a cabo la difusión de las salas de atención integral entre las gestantes.

Para ello, el Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC) ha implementado talleres prenatales gratuitos y la difusión de visitas guiadas desde el consultorio a las Saip de los hospitales, instancia que es liderada por la llamada “matrona Chile Crece Contigo” al interior del establecimiento. Si bien la funcionaria ejerce su trabajo en el hospital, en realidad ella es contratada directamente por el Ministerio de Salud.

En el caso del Hospital Sótero del Río, tal labor es llevada a cabo por la matrona Liliana Sepúlveda. Ella llegó al recinto con el fin de instalar la medida presidencial de ChCC en la maternidad. Eso significó crear una actividad que no existía: la educación a usuarias, pero no dentro de las actividades clínicas normales.

Sepúlveda comenzó con el quinto taller, que consiste en la acogida de las parejas que se controlan en la atención primaria y darán a luz en el hospital de Puente Alto. Este es el último curso dictado en los consultorios, y es antecedido por cuatro clases llamadas: “Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal”; “Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación”; “Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto”; “Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y puerperio”.

En coordinación con el consultorio, la matrona les muestra a las futuras madres y padres el circuito que pasarán el gran día. Así, viven anticipadamente la experiencia sin estar inmersos en el proceso, de manera que puedan tener una visión objetiva acerca de las normas, horarios, flujos, el porqué de las intervenciones y a su vez aclarar todas las dudas respecto del proceso de nacimiento.

El objetivo del quinto taller o visita guiada es que ya consciente de todo lo que sucederá el gran día, la madre no genere hormonas del estrés pues está comprobado científicamente que ellas producen daño neurológico a nivel fetal. Si ChCC tiene como objetivo proteger a la primera infancia, ¿de quién la va a proteger? Primero que nada de sus padres, de su propia historia, su entorno, atención hospitalaria, de los errores que pueda cometer la gente alrededor de ellos. Y la única forma de evitar esos errores, es potenciar las

capacidades parentales. Entonces, si la madre puede causarle daño al sistema neurológico del niño con sus hormonas del estrés, es algo de lo que Chile Crece Contigo debe hacerse cargo.

Evaluar lo que ocurre en los consultorios en relación a la promoción del nuevo modelo de parto “humanizado”, resulta determinante para garantizar el derecho a la información sobre el particular que les atañe a las gestantes. Para poder acceder a las visitas guiadas, en muchos consultorios es requisito que las gestantes realicen los talleres prenatales. Sin embargo, a pesar de su asistencia a dichas instancias, de ocho entrevistadas que dieron a luz en el Hospital Sótero del Río y el Hospital de La Florida, sólo una fue informada en atención primaria sobre la existencia de las salas de parto personalizado y la visita a las instalaciones.

Se trata de Mayerling Campos, quien se atendió en el Consultorio Bellavista de La Florida, recinto que está sólo a unas cuadras del hospital clínico de la comuna.

“El consultorio Bellavista igual es bueno, debe ser porque es el consultorio estrella. Está en el centro de La Florida y al lado del hospital, es como el chiche del alcalde porque en los otros consultorios no tienen el mismo trato. Desde el primer control nos enfocaron en el tema, al tiro. Nos preguntaban ‘¿han pensando en este tema? ¿conocen esta sala?’. Apenas nos dijeron nosotros estuvimos en pro de usarlas. De hecho intenté cuidarme más al final del embarazo para poder dar a luz ahí, estuvo todo pensado para poder entrar. Con mi primer hijo tuve diabetes gestacional, y con la Celeste no”, cuenta.

Cuando el Hospital de La Florida inauguró sus Saip en mayo de 2016, el equipo de maternidad visitó los nueve consultorios de la comuna para informar a sus matronas la atención que comenzarían a entregar con el fin de que ellas logran transmitirlo a sus pacientes. Además, el matrn coordinador de las instalaciones, Gonzalo Leiva, y su equipo, dejó en los servicios de atención primaria un tríptico informativo donde se explicita la existencia de las Saip y los derechos que tiene la mujer como beneficiaria.

Por otra parte, las funcionarias del consultorio fueron invitadas a las capacitaciones internas del hospital en más de una ocasión. La última de ellas, fue una instancia teórico-práctica dictada, únicamente, a quienes están a cargo de los talleres prenatales para elevar la calidad de esas instancias:

“Lo que nosotros sabemos es que hay mucha variabilidad de un consultorio a otro, que es lo mismo que sucede con los talleres prenatales. Hay consultorios en nuestra comuna que hacen unos talleres prenatales maravillosos, y otros que son suerte hacen. Entonces tuvimos nuestras primeras reuniones con el equipo interno del hospital, después organizamos estas capacitaciones y se invitó a gente del consultorio”, cuenta Leiva.

Al recorrer los consultorios, el coordinador y su equipo detectaron que muchas gestantes creían que el acceso a las salas Saip requería un pago extra. No podían entender que esas salas tan bien equipadas fuesen como cualquier otro lugar del recinto y, por otra parte, se constató que casi en su mayoría pensaban que las habitaciones eran sólo para quienes desearan un parto natural.

Constatar problemas de esta índole atenta significativamente contra el corazón del programa ministerial. La desinformación está directamente relacionada con los protocolos de selección ya que, a mayor difusión, mayor es la demanda y sin duda los hospitales en cuestión no están preparados para recibir más flujo de gestantes para este tipo de atención. Sería necesario llevar a cabo la contratación de más personal, pues este modelo requiere que haya una matrona por mujer.

Al respecto, el Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), Juan Torres, sostiene:

“En el tema de difusión del parto personalizado en el sistema público fallamos todos. Primero, porque los recursos se priorizan hacia difusiones de asuntos mucho más masivos, como vacunaciones y todo lo que tenga más impacto de cobertura. Es un problema que principalmente tiene que ver con las expectativas. Es muy complejo decirle a un grupo muy amplio de personas que este es un servicio sólo para un sector de las usuarias, que no es la mayoría. Eso generaría insatisfacciones y molestias muy grandes, muy comprensibles”.

La relación entre difusión y protocolos de selección se agrava más en el contexto de estas comunas, ya que ambas tienen una fuerte presencia popular, donde predomina la deserción escolar y el poco manejo de información relativa a la buena alimentación y el autocuidado. Según la Encuesta Casen 2015, sólo el 45 por ciento de la población de La Florida tiene hasta 12 años de estudio. En cuanto a Puente Alto, el Registro Social de Hogares del Ministerio de Desarrollo Social de 2016, develó que es la comuna con mayor

número de deserción escolar en la Región Metropolitana, llegando a 2.495 casos registrados.

Para combatir ese fenómeno, el Subsistema Chile Crece Contigo realiza talleres prenatales en los consultorios de las comunas adscritas a sus prestaciones. No obstante, en el caso de los consultorios del SSMSO, durante al año pasado sólo el 12.5 por ciento de las beneficiarias asistió a esas instancias. En muchos casos la experiencia resulta poco participativa y motivante, lo cual agrava aún más el magro porcentaje de concurrencia.

¿Qué hace la atención primaria para promover el autocuidado y la vida saludable entre las mujeres? Según la matrona de las Saip del Hospital Sótero del Río, Karina Reyes, “estamos intentando potenciar al máximo nuestro índice de atención integral, pero nos ha sido muy difícil pues nuestra población de Puente Alto es obesa, hipertensa y diabética, tienen demasiadas patologías. Es un desafío para nosotros atender en la Saip, pues las pacientes no vienen con la preparación previa. Muchas mujeres no van a los talleres porque se van a sentar a ver diapositivas y eso no es un taller. Como alumna vi muchos talleres del Chile Crece Contigo, y esa no es la idea. Lo ideal es que ahí hagan ejercicios, que vivan una experiencia con su pareja o persona significativa. Incluso, entre ellas mismas, pero eso en la práctica no se da”.

Frente a la realidad de ambas comunas, los consultorios no pueden jugar un rol pasivo. Al contrario, debiesen ser proactivos en materia de promoción de hábitos de vida saludable, así como también informar a las beneficiarias sobre las ventajas del parto humanizado y cómo prepararse para ese momento. Sin embargo, la realidad da cuenta de que la atención primaria de estas dos comunas no está comprometida con este modelo de atención, su difusión y la prevención de patologías que afectan el proceso de gestación y el parto.

“Todo este trabajo tiene que partir en coordinación con el consultorio. Si la mujer te dice ‘yo quiero tener mi guaguüita en posición de cuclillas’, como matrona vas a tener ese antecedente para que en los talleres empiecen a prepararla para eso, y para que durante su atención en el hospital las matronas se coordinen con ese fin”, señala la matrona Miriam González.

La postura que han tomado en cuanto a no difundir las salas integrales, pues muchas gestantes no cumplen con los requisitos para su ingreso, es sólo un parche al tamaño

problema que significa la obesidad y las patologías en la gestación. De esta manera, en lugar de que el sistema de salud contribuya a reducir la desigualdad, en realidad la favorece y conspira contra el espíritu del modelo de salud pública impulsada por el Estado chileno.

Un factor que incide en el panorama descrito es la compartimentalización de los actores del sistema de salud pública involucrados en promover el parto humanizado.

“Hay talleres prenatales que se hacen en los consultorios y la gente pone en nuestras redes sociales ‘qué linda la Atención Primaria, pero llego al hospital y no pasa nada’. Sobre las visitas guiadas, en Atención Primaria decían: ‘nosotros mandamos a las gestantes a los hospitales pero no las atienden’, y después en el hospital dicen: ‘nosotros estamos preparados, pero no llegan’”, cuenta Lucía Vergara, Jefa de la Unidad ChCC que está alojada en la División de Atención Primaria (Divap).

Claramente los distintos niveles de atención no se coordinan apropiadamente. La unificación de la red de atención primaria y los hospitales emerge como una necesidad perentoria para que se conozca el parto “humanizado” y la gestión de esta política pública pueda ser más satisfactoria. La realidad es que el Ministerio de Salud lo ha intencionado a través del concepto de ‘reintegrar’ la salud, pero en la práctica ha resultado complejo.

“Aquí todo es masivo, es muy difícil generar eso. La atención primaria con la atención secundaria y terciaria no conversan mucho porque están separados. También es por un tema estructural. Los consultorios dependen de las municipalidades y nosotros dependemos del ministerio de forma directa. Se generan muchas barreras de todo tipo que impiden que esa comunicación sea fluida: administrativas, financieras, estructurales, de distancia, sistemas de información que no son los adecuados hoy para que pueda generarse esa comunicación”, manifiesta el Subdirector Administrativo del SSMSO, Juan Torres.

Conscientes de eso, hace tres años el Servicio de Salud realiza jornadas a nivel de red. No obstante, debido a la cobertura, a esos encuentros asisten únicamente directivos y jefaturas intermedias de sus recintos de salud, siendo imposible cubrir todos los estamentos de trabajadores incluso a pesar de cuán importante resulta el aprendizaje en conjunto.

EN LA MEDIDA DE LO IMPOSIBLE

Cambiar conductas no es fácil. Si esas conductas ya son hábitos que se justifican por medio de la experiencia y el saber, mucho menos. Es por ello que impulsar el parto “humanizado” parece ser una tarea titánica, especialmente en recintos hospitalarios que no cuentan con una infraestructura acondicionada a este tipo de atención y que asisten un alto número de gestantes con múltiples patologías.

Hace dieciocho años, el Hospital San Juan de Dios de Santiago parecía estar lejos de poder brindar este tipo de atención. Al ser el primer hospital inaugurado en la historia del país, contaba con una precaria infraestructura y una muy arraigada cultura obstétrica tradicional que, a pesar de sus condiciones materiales, había logrado reducir cabalmente la mortalidad de las gestantes y sus bebés.

Sin embargo, lo que parecía funcionar como una zona de confort en su servicio de maternidad no fue obstáculo para que las autoridades asumieran el riesgo de introducir nuevas variables al trabajo de parto. A diferencia del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y el Hospital Clínico de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza, el Hospital San Juan de Dios inició su camino en la humanización del nacimiento como iniciativa propia a fines del siglo pasado, cuando aún no existía el Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo y la mirada gubernamental no estaba dirigida hacia el bienestar materno.

Más de veinte años después, el recinto ubicado en el límite norponiente de la comuna de Santiago se ha transformado en el gran referente nacional de que lo imposible puede concretarse siempre y cuando existan jefes alineados, y la disposición suficiente para afrontar largos procesos de sensibilización. Y esta vez, sin protocolos selectivos.

“Me siento orgullosa de trabajar en este hospital porque acá no se hacen distinciones para que las mujeres puedan usar las Saip. En otros lugares no es así, ya que el protocolo indica que tienen que ser delgadas, sanas, no tener patologías. Nosotros acá tenemos pacientes con mucha patología. Más del 50 por ciento de las señoras que vienen a atenderse son obesas, hipertensas, diabéticas, drogadictas, trasplantadas y con lupus, y a todas las asistimos en estas salas integrales. Eso es un mérito de este hospital”, dice Natalia Cortés (52), matrona jefa de turno que trabaja hace treinta años en el lugar.

En 2017, el recinto asistió un total de 2.031 partos vaginales aun cuando 1.369 gestantes con embarazos de alto riesgo obstétrico ingresaron a su Unidad de Alto Riesgo Ambulatorio (Daro). Con tales cifras, se puede prever que cerca del 67 por ciento del total de partos vaginales fue en embarazos considerados de alto riesgo. Si bien no es posible confirmarlo por completo, ese porcentaje podría acercarse a la realidad del establecimiento que asiste únicamente partos en Saip, a excepción de los nacimientos por cesárea que son realizados en un pabellón quirúrgico.

Increíblemente y lejos de toda la realidad nacional, el primer punto de inflexión en el recinto se generó hace más de veinte años. En 1995, ad portas al nuevo milenio, el servicio de maternidad comenzó a trabajar para convertirse en un Hospital Amigo de la Madre y el Niño, campaña mundial lanzada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) para implementar prácticas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

Con tal objetivo, se inició una capacitación interna dirigida a todos los estamentos, desde el director y los jefes de servicio, hasta los auxiliares, destacando la importancia de atender las necesidades de apego propias de la madre y su bebé con relación a sus beneficios para una lactancia feliz.

En aquel tiempo, también se tomó la decisión de generar cierta intimidad para el trío familiar. Frente a la dificultad de lograr privacidad en las salas comunes de parto, se cambiaron las antiguas cortinas de género que separaban las camas por cortinas de tela semirrígidas. Tres años más tarde, también se comenzó impulsar el ingreso del padre al nacimiento.

“Al principio no era fácil la entrada de los padres. No en pocas ocasiones, prácticamente hubo que forzar su entrada. Convencerlos de todos los beneficios que implicaba su presencia para él y el recién nacido, fue un trabajo difícil”, cuenta Karina Muñoz, matrona que trabaja hace treinta años en el recinto, desempeñándose actualmente como Matrona Jefa de la Unidad de Administración de los Cuidados de Matronería.

Resulta sorprendente detenerse a pensar sobre ciertas iniciativas y el impacto que ellas provocaron en lo que al parto se refiere. La disposición para el ingreso del padre fue un hito cultural para la sociedad chilena. Aunque en la actualidad su presencia en el trabajo

de parto y el parto se da por hecho, en realidad es una práctica que tiene años de historia y resistencias que en muchos recintos del país, aún no se han erradicado por completo.

Según el estudio “Assessmentoftheimplementationofthelmodelofintegrated and humanisedmidwiferyhealthservices in Chile”, a diez años de la creación del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, el 30.3 por ciento de las gestantes que se atendió en hospitales con la modalidad integral vivió su trabajo de parto en soledad, sin la compañía de su persona significativa.

De su experiencia como docente en la Universidad de Santiago y profesor guía en prácticas clínicas al Hospital San José, ubicado en Independencia, el matrón Gonzalo Leiva, declara:

“Me acuerdo de que en el Hospital San José el papá entraba quince minutos en un trabajo de parto de ocho horas y se consideraba como acompañamiento. A los datos entregados mensualmente al Chile Crece no les creo mucho. Siempre creo que hay un sub-reporte de malas prácticas. Entonces, eso que dice el estudio puede ser incluso peor”.

La compañía que en muchos hospitales del país ha sido compleja de impulsara niveles desconocidos, en el Hospital San Juan de Dios comenzó a gestarse hace veinte años.

Entre todas las bondades del acompañamiento a la parturienta hay que mencionar una de las más importantes: la liberación de oxitocina biológica en el hombre, considerada como la hormona del amor. Tal proceso fisiológico, fue un descubrimiento que vino a refutar la ingenua creencia de que la producción de oxitocina natural o endógena sólo se daba en la mujer durante su contracción uterina, atribuyéndole entonces sólo una función orgánica.

A diferencia de la hormona en su estado artificial, la oxitocina natural llega hasta el cerebro, por lo que además de provocar la contracción uterina y posterior dilatación, también es la encargada de producir los sentimientos de maternidad y paternidad. Por lo tanto, sólo la hormona secretada por el cuerpo tiene implicancias biológicas en la toma de actitudes parentales de apego, amor y protección. De hecho, los niveles de oxitocina natural en el cuerpo son mucho más altos en el periodo postparto que en el mismo parto.

“Hoy, a veces pasa que los trabajos de parto avanzan muy rápido y los papás alegan porque no alcanzan a llegar. Es legítimo que los hombres reclamen, saben cuán importante es que estén presentes. Saben que tienen el derecho de estar ahí y nosotros el deber de

facilitar su presencia. Todo eso habla del tremendo cambio cultural que se ha producido durante estos últimos veinte años”, manifiesta la matrona jefa Karina Muñoz.

Estas decisiones que precedieron la implementación del parto personalizado en 2007 contribuyeron a la formulación del nuevo modelo de atención en el Hospital San Juan de Dios. Sólo el Hospital de Villarrica antecede a este recinto en cuanto a incorporar prácticas que transgreden el antiguo sistema tradicional, como los partos verticales.

La disposición a entregar mayor privacidad, a producir un apego inmediato, a lograr una eficaz lactancia materna y el acompañamiento de la mujer, al menos, durante el parto, fueron decisiones propias de sus autoridades, pues aún no existía ningún subsistema que velara por su cumplimiento.

En 2000, el servicio de maternidad volvió a sacudirse. Sus matronas jefas y subjefas idearon un proyecto para reformar toda la unidad de parto, con el fin de contar sólo con salas individuales de atención. En ese entonces, tal aspiración no pudo llevarse a cabo ya que no existían los recursos económicos para la construcción y el equipamiento necesario.

Sin duda, la concreción de proyectos de esta magnitud descansa en la insistencia: se ponen en la mesa, hay resistencias, se vuelve a insistir. La convicción de las autoridades frente a la reformulación del área de parto se produjo seis años más tarde. En 2006, contando con el dinero suficiente, las autoridades se convencieron de la importancia de tener salas de atención integral para permitir a las gestantes parir en condiciones más dignas.

Enseguida, la maternidad del Hospital San Juan de Dios de Santiago comenzó su remodelación. De contar con tres salas de parto común, un pabellón quirúrgico y una sala de atención inmediata al recién nacido, el servicio pasó a tener cinco salas de parto individual, dos pabellones quirúrgicos y mantuvo, por supuesto, una sala de atención inmediata.

Las instalaciones se inauguraron en 2007 con un protocolo de acceso universal. Sin importar patologías, todas las gestantes que llegasen al recinto podrían contar con una Saip para vivir su proceso de parto y dar a luz. Coincidentemente, ese mismo año el gobierno apilotó el Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, entidad que le dio respaldo estatal a lo que allí se estaba impulsando.

Como parte del Servicio Metropolitano de Salud Occidente, el servicio de maternidad del Hospital San Juan de Dios atiende a gestantes pertenecientes a las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado, dos de las cuales, según el Examen de Medicina Preventiva del gobierno realizado en 2016, lideran el ranking de obesidad en el país. Se trata de Pudahuel y Cerro Navia, sectores que llegan al 32 y 31 por ciento de su población, respectivamente.

“Yo atiendo un montón de pacientes crónicas que de igual forma tienen partos en movimiento con una atención humanizada. La única diferencia es que uno debe estar al lado, muy pendientes de ellas y controlarlas. Para mí sólo son necesarios dos requisitos: que la señora quiera y que yo esté con ella todo el tiempo”, cuenta la matrona Cortés.

A pesar de su contexto, el Hospital San Juan de Dios de Santiago decidió seguir adelante con su objetivo: dar a todas las mujeres, sin diferenciación, una atención “personalizada” y “humanizada”. Es un recinto antiguo, donde siempre hay carencia de recursos económicos. Sus Saip no fueron diseñadas con la actual normativa ministerial, por lo que son evidentemente más pequeñas y no tienen tina de hidroterapia. Además, cuentan únicamente con dos matronas por turno para asistir los partos en las habitaciones, es decir, en ocasiones las funcionarias asisten hasta cinco labores de parto simultáneamente.

Una de las políticas internas que ha favorecido la práctica del parto “humanizado”, es que las matronas rotan periódicamente por las distintas áreas, por lo que todas y todos, o la mayoría de ellos, han conocido esta modalidad y están conscientes de que es la filosofía del servicio.

Si bien en el recinto hay buenas voluntades, no hay duda de que una eficaz implementación de este modelo requiere también de cierta inversión en recurso humano. La anestesia es un derecho AUGE, por lo que es innegable durante la labor de parto y en el marco de este modelo, debe ser suministrada inmediatamente tras su solicitud. No obstante, no fue hasta 2016 que el servicio de maternidad contó con un anestesista propio.

“Antes la señora nos pedía anestesia y nosotros no podíamos brindarle esa calma porque el anestesista estaba en el quinto piso. Bajábamos a buscarlo, pero estaba asistiendo una operación de corazón, una vesícula, y ¿qué es menos importante? ¿asistir a una persona que se va a operar a corazón abierto o a una madre que va a tener a su hijo? Para ellos claramente la señora era la que tenía que esperar. Recién hace un año tenemos anestesista, y

eso nos ha cambiado la vida porque para nosotros era terrible ofrecer anestesia a las madres, algo que es derecho AUGE, con la incertidumbre de saber si iba a poder contar con ella”, manifiesta Cortés.

El convencimiento de las jefas del servicio y el equipo de salud fue tal, que a pesar de no contar con todas las condiciones necesarias para implementar el parto humanizado, nunca desistieron de la idea y menos pusieron en cuestión la cobertura universal. Todas estas son cosas que el servicio ha logrado después de muchos años, porque más allá de un cambio de paradigma este modelo de atención involucra recursos económicos que al parecer, son siempre carentes.

“Este hospital tiene muchas necesidades y cuenta con recursos insuficientes en relación a las prestaciones que realiza, porque Fonasa paga menos de lo que la prestación realmente cuesta. Todo ello obliga a priorizar las emergencias vitales biomédicas. Entonces cuando se constata que maternidad ya tiene un anestesista propio, eso suele ser objeto de quejas; se señala que las mujeres que van a parir son unas privilegiadas”, sostiene la matrona jefa, Karina Muñoz.

Actualmente, mientras el 80 por ciento de los partos son con suministro de anestesia epidural, el 20 por ciento restante utiliza medidas no farmacológicas para aplacar el dolor, como aromaterapia, musicoterapia, rebozo (mover la zona digital con un paño), guateros calientes de semilla y masajes de digitopuntura.

Lejos de la comodidad en cuanto a infraestructura y recurso humano, el recinto se las ha arreglado como puede para lograr en todos los casos una experiencia íntima y excepcional. Su volumen de pacientes patológicas es alto y pareciera ser justamente esa sed de reivindicación social lo que moviliza a sus matronas Saip.

“Yo vengo a trabajar contenta, y no me importa si no almuerzo o no voy al baño. Vengo a dar todo de mí, quiero que las cosas salgan bien. A mí no me enseñaron a atender partos así, por eso hay que aprender a desaprender, y eso es lo que más cuesta porque los profesionales tienen mucho ego. Hay que ser más humilde. Si tú amas realmente esto lo vas a hacer”, dice la matrona Natalia Cortés.

La democratización del parto

Cuando Ingrid Zúñiga (36) volvió al Hospital San Juan de Dios a dar a luz después de catorce años, no imaginó lo que iba a encontrar ni la experiencia que tendría esta vez. Vivía en Melipilla hace diez años, sin embargo, estaba decidida a no parir en el hospital de la capital provincial perteneciente a la Región Metropolitana. Gracias a la dirección particular concedida por su padre, viajó constantemente a Santiago para atenderse en el consultorio Pudahuel Estrella de esa comuna.

“Yo no iba a tener a mi hijo en el Hospital de Melipilla porque una amiga dio a luz a su hija ahí y hasta el día de hoy la guaguüita tiene problemas. Al sacarla de los brazos le rompieron los tendones y va a la Teletón. La han operado, tiene sus tajitos la niña. Además, a la prima de mi pareja dicen, no sé si será verdad, que a la matrona se le cayó el bebé y por eso después falleció”, sostiene Zúñiga.

En nueve meses, el consultorio jamás le informó de talleres prenatales y menos la pusieron al tanto sobre la remodelación que había vivido el complejo hospitalario. Por consiguiente, ella no tenía conocimiento del parto que podría tener; no la prepararon ni la concientizaron sobre la autonomía y el poder de decisión que estaría en derecho de ejercer una vez en el hospital. Cuenta que en su primera consulta le dijeron que pesaba 86 kilos y que debía hacer una dieta, pero decidió no seguirla. A sus seis meses de embarazo, la muerte de su padre debido a un cáncer recientemente detectado empeoró su estado anímico y emocional.

A pesar de lo vivido, durante sus nueve meses de gestación la madre no padeció malestares, vómitos o dolores de espalda. Al contrario, a pesar de su sobrepeso y excesiva ingesta de alimentos altos en azúcar, sus exámenes médicos no indicaron la presencia de patologías derivadas de la obesidad.

Sin el conocimiento de su derecho a una recibir una atención centrada en sus deseos, Ingrid Zúñiga llegó al establecimiento para tener a su pequeño Damián el lunes 7 de noviembre de 2016 a eso de las 7 de la madrugada, en compañía de quien es su pareja hace más de quince años.

La revisaron amablemente en urgencias y con seis centímetros de dilatación, fue ingresada enseguida a la sala en donde tendría al pequeño que esperó con tanto anhelo.

“Me acuerdo que le pregunté a una de las niñas si acaso ahí iba a tener a mi guagua, en esas salas. Ella me dijo que sí y yo pensé ‘pero como, ¿solita? ¿es para mí?’, porque antes se compartían las salas con muchas mamás. Era una pieza preciosa, bonita, me encantó. Era todo distinto. Yo había sido mamá hace catorce años en el hospital y no fue igual”, recuerda Zúñiga, con evidente emoción.

La matrona que la asistiría durante las próximas cinco horas, llegó enseguida. Se presentó y en pleno conocimiento de sus antecedentes médicos, le contó sobre la nueva modalidad de parto impulsada en el recinto. Ella no estaba preparada. Jamás había escuchado de algo así y menos en un hospital público. De hecho, consciente de su evidente sobrepeso y al tanto de los 4 kilos 100 gramos que pesaba su hijo, siempre pensó que sería sentenciada a culminar su proceso con una cesárea.

Sin imaginar tal desenlace, Zúñiga no dudó en aceptar la posibilidad de tener un parto vaginal. Tranquilamente, la profesional Natalia Cortés bajó la luz, puso música de relajación y acondicionó la temperatura de la sala. Además, asintió a la anestesia, explicando que su efecto duraría sólo unas horas.

A las 10:30 de la mañana los dolores volvieron, pero decidió no pedir anestesia pues quería sentir el dar a luz. Entre ánimos y la constante integración de su esposo al proceso, la matrona comenzó a hacerle masajes en la cola para soportar los dolores y enseguida, le entregó un balón kinésico para que lo pusiera en su panza, mientras le explicaba las distintas posiciones que podía adoptar.

“Hice ese trabajo por veinte minutos y la matrona me dijo que me pusiera así como en cuatro, y que con la misma presión de la pelota fuera pujando. Ahora entiendo por qué lo hizo. Fue para dar a luz así, en posición genupectoral”, recuerda la paciente.

Damián nació ese día a las 11:15 de la mañana, sintiendo enseguida el calor del pecho de su madre y en presencia de doctores que tras cuarenta minutos de pujes, quisieron asegurarse de que todo estuviese bien. Luego del apego, fue medido y pesado junto a su padre, quién también lo vistió por primera vez. Entre tanto, su madre recibía las atenciones postparto: aseo y la aplicación de cinco puntos que cayeron por sí solos la semana posterior.

Un año y medio después, su emoción se torna incontenible. Aún le parece sorprendente haber parido en posición genupectoral y sin anestesia. En un café ubicado en plena Estación Central y a la vista de todos, su celular no deja de reproducir el video que

refleja todo el dolor y amor vivido ese día. Cuenta que siempre lo muestra, que no le da vergüenza, que quiere inspirar a otras para dar a luz de la misma forma.

“Con mi primera hija tuve depresión post parto y con el guatón no. Él es mis ojos, yo ya sabía lo que era ser mamá, estaba más madura. Los amo a ambos, pero con él todo es distinto y eso es gracias al parto. Además, cuando yo estaba embarazada, mi papá dijo que quería que fuese hombre, pero por parte de mi pareja son todos *chancleteros*¹². El hermano de mi pareja fue papá y con esta ya van en la tercera niña, pero a mí me dijeron que era hombre al tiro, a los dos meses y medio”, dice Ingrid.

En su testimonio, esta madre refleja todos los cambios que ha experimentado el Hospital San Juan de Dios en catorce años y, por consiguiente, el impacto que tienen esos cambios en una mujer perteneciente a sectores rurales y periféricos de la Región Metropolitana.

Ingrid Zúñiga no deja de emocionarse cada vez que recuerda ese día y la atención que le brindaron. No estaba consciente de sus derechos en el parto, de ahí que cuando la hicieron pasar a su Saip intentó incrédula entender por qué era merecedora de eso. Tampoco pensó que tendría a su bebé sin anestesia y mucho menos por parto vaginal pues, al tanto de su obesidad, le era imposible imaginar que pudiese ser capaz de dar a luz de esa manera.

Este caso representa a muchas mujeres del mundo popular que carecen de información sobre esta modalidad de parto, de sus derechos y capacidades. Básicamente, sus expectativas se resuelven en base a que sus bebés nazcan vivos y sanos, en el contexto del parto tradicional y medicalizado. Para ellas, eso es lo normal y su única opción.

El Hospital San Juan de Dios juega un rol capital en quebrar ese imaginario popular tan extendido sobre una tajada de la población. La reacción de Zúñiga y la emoción con la que recuerda aquel día es la expresión del impacto cultural que está provocando el parto “humanizado”.

“El apego que provocó el parto fue más bello aún. Él estuvo hasta los tres meses durmiendo sobre mi pecho, dormía día y noche en mí. Yo lo dejaba en la cama y lloraba, pero lo ponía en mi pecho y se tranquilizaba. Pienso que es gracias al parto, porque cuando nació la matrona me lo pasó y al tiro hicimos apego”, sostiene Ingrid Zúñiga.

¹²Forma coloquial de referirse al hombre que sólo tiene hijas mujeres.

El camino que ha trazado el recinto para dejar este tipo de huella en sus gestantes y lograr su reconocimiento, ha sido largo y no ha estado exento de dificultades. Por suerte, la jefatura del servicio entendió desde un inicio que, al igual que cualquier cambio profundo, este nuevo modelo de atención requeriría de tiempo y una constante preparación.

Por eso cuando la actual matrona jefa, Karina Muñoz, estaba culminando su diplomado sobre parto natural en 2007, las autoridades de ese entonces decidieron impulsar una capacitación liderada por ella. Ad portas de iniciar el proyecto que correspondía a su trabajo final de diplomado, Muñoz comprendió que en la práctica sería muy difícil llevarlo a cabo pues el personal estaba muy cansado, sobrecargado y estresado. En un contexto tan hostil, ¿cómo enseñaría a las matronas sobre masajes y acompañamiento?

En ese momento, decidió dar un vuelco al diseño de su intervención: comenzaría a instruir y a sensibilizar a los funcionarios del recinto a partir del bienestar personal, entregando en primera instancia elementos referentes al autocuidado. Para ello, reunió un equipo multidisciplinario compuesto por un médico obstetra, un psiquiatra, una terapeuta corporal, matronas y un profesor de biodanza. Juntos diseñaron la capacitación ligando los mismos contenidos y objetivos desde sus áreas de experticia.

El taller llamado “Hacia una salud y atención integral del proceso reproductivo: desde nuestro bienestar hacia el de otros”, sólo por su nombre llamó rápidamente la atención de todo el personal. Parte de él estuvo enfocado en el real entendimiento del estrés. De esta forma, se buscó facilitar la comprensión de este fenómeno no sólo en los términos psicoemocionales que más se conocen, sino que también en relación a otros factores que también lo producen, como algunos alimentos y por lo tanto, la necesidad de ese autocuidado específico.

Esta visión sui generis les permitió integrar elementos teóricos que llevaran a procesos de reflexión profunda, y entregar herramientas para lograr el acompañamiento de las gestantes. Que las matronas entendieran, por ejemplo, la implicancia del rol del equipo de salud en el bienestar de esa familia. Significó sensibilizarlas y abrirles los ojos frente a la importancia de su labor en la vida de los seres humanos y la sociedad.

Al ser un taller teórico-práctico, se enseñaron técnicas de masajes para la gestante y el recién nacido, involucrando a cada uno de los asistentes en la experimentación de los recursos analgésicos no farmacológicos. Se realizó terapia corporal, masoterapia y aunque

los participantes no lo sabían, también se instruyeron en hipnosis ericksoniana, un método que se utiliza para lograr estados de relajación tanto superficiales como profundos.

“Nosotros nunca se lo dijimos, pero aprendían hipnosis ericksoniana porque la matrona que estaba a cargo de eso, María Angélica Salas, tuvo la suerte de adiestrarse en esto con los primeros que llegaron a Chile. Pensamos que la gente se podía asustar si les decíamos que eso era lo que estaban aprendiendo y vivenciando porque las matronas practicaban entre ellas. Así aprendieron”, revela Karina Muñoz.

Conscientes de la importancia del mundo psíquico-emocional de las personas, las ocho sesiones del curso finalizaron con una clase de biodanza, técnica de integración humana que utiliza como principales recursos la música, el canto y el movimiento.

El curso fue un éxito: reunió al 70 por ciento del personal en el servicio, y de él hubo varias versiones posteriores. Dos fueron para matronas, en los cuales participaron médicos becados de obstetricia, y tres estuvieron focalizadas en paramédicos y auxiliares.

El apoyo que logró el taller, en cuanto a la real implementación del modelo de atención integral en la maternidad del recinto, fue muy bien valorado por las gestantes. Así lo dejó entrever la importante alza en la satisfacción usuaria. El servicio hizo una evaluación de satisfacción antes la inauguración de las salas individuales, una tras su apertura y una última al finalizar el primer taller. Desde la primera evaluación hasta la que se realizó tras la remodelación, el servicio sólo subió tres puntos porcentuales, sin embargo, después de la primera versión se produjo un alza del 20 por ciento.

“Las capacitaciones deben ser sí o sí teórico-vivenciales. Puedo decir que la experiencia es casi más importante que la teoría. El conocimiento debe ser vivido. Si yo me siento en el balón kinésico durante el trabajo de parto, si yo recibo un masaje, si yo sé lo que es una almohadilla de semilla, si lo vivo y lo siento entonces puedo decir ‘oye realmente esto sí es rico’, y también comprendo que lo que para mí es rico, para el otro puede ser rico de otra manera”, sostiene la matrona jefa, Karina Muñoz.

Tales resultados hicieron ver a los funcionarios del servicio que eran ellos mismos quienes, finalmente, hacían la diferencia. Quizás, podían tener instalaciones totalmente tradicionales y aún así lograr muchísimo pues claramente, a las mujeres les era indiferente contar con una sala individual si el trato y el mecanismo de atención continuaba siendo el mismo.

Cada hospital del país que comenzó a dar este tipo de atención en maternidad contó con recursos públicos para mejorar sus plantas físicas. Muchos de ellos realizaron intervenciones sencillas como poner cortinas, jacuzzis o realizar cambios en sus salas de parto. La experiencia ministerial devela que en casi todos los casos el recurso material abrió las puertas para que los equipos médicos creyeran en el proyecto. Sin embargo, la infraestructura no se tradujo como una garantía absoluta del buen manejo del modelo.

Las Saip del Hospital San Juan de Dios no cumplen con la actual normativa estructural del Ministerio de Salud. Son pequeñas y no tienen tinas de hidroterapia como otros recintos. Sin embargo, al parecer las pacientes valoran más el recibir una atención contenedora y focalizada en sus necesidades que el recurso material.

Al respecto, Lucía Vergara (60), Jefa de Unidad Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud que está alojada en la División de Atención Primaria (Divap), manifiesta:

“El Hospital San Juan de Dios es un hospital viejo, con una infraestructura ahí no más, pero con un equipo pionero. Cuando nosotros partimos con el Chile Crece me acuerdo de haber ido para allá y cuando el médico me dice: ‘yo también estoy empezando a hacer apego en la cesárea’, es algo que emociona. Ese hospital nos sirve como ejemplo porque no están las condiciones ideales. Sin embargo, esto se hizo igual porque hay un equipo con la disposición de hacer las cosas distintas”.

La primera versión del taller fue sólo un impulso para lo que vendría después. En 2008, la jefatura del servicio redactó una guía en relación a la personalización, es decir, aproximarse a la otra persona. Conductas tan básicas como saludar y presentarse eran ajenas al personal, pues hasta ese momento aún no se tenía incorporado el ‘quién soy’, ‘cómo me llamo’, ‘qué es lo que hago’ y ‘qué es lo que haré’.

De esta forma, el servicio comenzó a volcarse hacia otro paradigma de atención. Involucrarse correctamente en el trabajo de parto de la gestante, desde el respeto, la enseñanza y la contención, se transformó en la columna vertebral de su atención.

“Hemos transitado desde una medicina en la cual la persona que atendemos es débil y yo tengo el poder, desde el decir soy el personal de salud y usted no sabe nada, a la noción de que mi rol no sólo tiene que ver con mis conocimientos médicos, sino que también debe ser empleado a partir de una posición más amorosa. Siento que te tengo que

cuidar y sostener y por tanto, debo devolverle la fuerza a la persona diciendo ‘tú eres capaz, yo te acompaño, tú puedes’”, manifiesta Muñoz.

A pesar de los grises

Veintitrés años tras el primer parto que contó con la presencia del padre, y once años después de la apertura de sus Saip, los funcionarios del servicio de maternidad se sienten orgullosos por lo logrado. Ya está fuera de su concepción que el acompañante de la madre esté ausente durante la labor de parto y el parto, y que las gestantes den a luz en la misma sala. De hecho, situaciones muy puntuales que han obligado a trasladar las salas de parto hacia la zona de hospitalizados, volviendo además a la antigua separación por cortinas, han develado su incomodidad a realizar atenciones bajo las antiguas condiciones de infraestructura.

Como es frecuente, la perfección absoluta no existe. Todo es mejorable y eso requiere de una atención permanente. Por su parte, el Hospital San Juan de Dios ha tenido que lidiar con muchas adversidades tanto en materia de recursos como de insensibilización en algunos de sus funcionarios. Un caso que no deja de llamar la atención es lo que ocurre con estudiantes en práctica e internos, a quienes al parecer les cuesta asimilar la nueva filosofía.

Fernanda Ñanculef (26) tenía un embarazo de término cuando fue a consultar por sus contracciones en junio de 2017 a la urgencia del establecimiento. Aún no había llegado a los cuatro centímetros de dilatación, por lo que tras monitorearla le recomendaron que volviera a su casa.

Durmió en compañía de su pareja y a las 5 de la mañana despertó repentinamente con agua entre las piernas. Se tocó y sintió que el líquido tenía una textura viscosa y un poco de sangre; había roto bolsa. Junto a su novio y padre, tomó los bolsos y fue nuevamente hasta el recinto. Al llegar, la máquina de ingreso estaba trancada, frente a lo cual recuerda la empatía con que un funcionario le dijo que su ingreso podía esperar, que entrara a pedir asistencia.

“Toco el timbre, me atiende una matrona súper joven y me dice ‘tú de nuevo’. Le conté que había roto fuente y me dijo ‘súbete a la camilla’. Me empezó a tomar la presión,

la temperatura, los latidos. Me dice ‘está bien tu guagua’, pero súper pesada. En eso llegó la matrona que me mandó para la casa antes y se da cuenta de que había roto fuente. Ahí cambió el trato y la atención mejoró”, sostiene la madre.

Ñanculef no pidió anestesia, pues ya había dado a luz anteriormente de forma natural. Fue trasladada a la llamada sala 623, habitación que se adecuó exclusivamente para que las gestantes que lleguen al servicio en trabajo de parto en fase latente esperen con tranquilidad, sobre todo en contextos de presión familiar o bien, consulta muy temprana de su dilatación. De igual forma, tal habitación se utiliza para inducir farmacológicamente a quienes requieren de estas medidas antes de entrar a una Saip.

Las matronas recostaron a Fernanda Ñanculef. Le pusieron dos amarras en su estómago y comenzaron a monitorearla. Recuerda que luego la trasladaron a otra habitación, donde además del monitoreo le suministraron oxígeno por medio de una mascarilla.

“Empecé a ver la hoja, el monitor y dije ‘están mal los latidos’. La matrona me respondió que esas eran las contracciones, pero esa no era mi primera guagua, yo sabía que esa línea marcaba los latidos y otra las contracciones. Ahí recién una me dijo ‘sabes, es que a tu guagua le está bajando el ritmo cardíaco, así que vamos a tener que hacer algo, estamos esperando la orden del doctor’”, cuenta la joven.

Ya eran pasadas las 8 de la mañana cuando la madre se sacó el oxígeno y dijo: “Quiero pujar”, sin que nadie le prestara atención. Al parecer, el cambio de turno que se estaba produciendo en la sala desvió la atención de su deseo. En ese momento, escuchó como una matrona le dijo a otra que ella sería sometida a una cesárea de urgencia debido a la disminución de los latidos de su bebé.

En menos de un segundo se sacó la mascarilla de oxígeno, la tiró y gritó: “¡Quiero pujar! ¡Es que quiero pujar!”. La ginecóloga que estaba haciendo cambio de turno, visiblemente mayor a todas las internas que estaban el interior de la habitación, pidió enseguida una chata y agua. Ñanculef se bajó los pantalones y la matrona constató que su bebé ya estaba en camino.

“Me dijo que no alcanzábamos a llegar a la sala de parto, así que sería ahí no más. Me preguntaron ‘¿Quieres pujar?’ dije que sí, así que me pidieron que me intentara levantar

un poquito para cambiar la sábana que ya estaba muy mojada. Ella me atendió un siete, súper bien”, sostiene.

En medio de todo el movimiento que se estaba produciendo, la gestante que estaba al lado de Fernanda comenzó a vomitar de la impresión.

“La niña que estaba al lado con dos internas viéndola preguntó: ‘¿la a va a tener sin anestesia? ¿cómo?’. ‘Es que no alcanza’, le respondieron, y empezó a vomitar. En eso la ginecóloga gritó ‘traigan un biombo, un biombo’. Ella gritaba y vomitaba, no podía creer que yo iba a tener la guagua así. Yo seguí pujando mientras me daban ánimo para no dejar de hacerlo”, recuerda.

Cuando la cabeza de su bebé llamada Gabriela salió por completo, la joven sintió un ardor pues se había desgarrado. Mientras, sentía cómo vibraba su celular por debajo de la almohada. Era el padre de la bebé, quien ingenuamente quería saber cómo seguía su labor de parto sin esperar que en ese preciso momento, su pequeña ya estaba naciendo.

El parto demoró sólo diez minutos. Apenas nació, Gabriela comenzó el apego con su madre y gracias a una matrona que la acercó al pezón, también tuvo lactancia temprana. A los cuarenta minutos, fue medida y pesada junto a su papá.

El desgarro sufrido por Fernanda Ñanculef pasó a ser una hemorragia. Le informaron sobre su estado y le explicaron que aún no era grave pues actuarían con rapidez. Su sangre no se estaba coagulando así que las matronas tuvieron que tomar medidas al respecto: a los dos minutos le pusieron una inyección en su pierna y comenzaron a masajearla hasta que toda su sangre comenzó a salir. Estuvo dos días en recuperación y sólo el último pudo pararse. Como medida obligatoria, debió usar medias antiembólicas e ir al baño en silla de ruedas por los constantes mareos.

El recuerdo que tiene esta joven madre no está a la altura de la atención que, en general, dan los funcionarios del servicio. No sólo en cuanto al trato recibido durante su primer monitoreo en urgencias, sino también por la falta de atención a su deseo de pujar. De igual manera, la última interacción que tuvo con un interno tampoco fue positiva:

“Por mi hemorragia me tuvieron que revisar para aprobar mi alta. Me tocó un ginecólogo que era interno y no cachaba nada. Me dijo ‘a ver ¿cuántos puntos te pusieron?’. No sé, le respondí, y en eso me dijo ‘¿te puedes ver tú?’. Claramente yo no podía, así que me dijo ‘ya, voy a buscar guantes’. Iba y se daba vueltas y yo era la única ahí

con las patas abiertas, todas las demás mamás estaban listas. En eso pedí que me viera otro ginecólogo. Igual fue chistoso”.

En su testimonio, Fernanda Ñanculef nos hace ver un fenómeno preocupante: entre el personal de internos de la maternidad, se constatan ciertas actitudes que se contradicen con la filosofía del parto humanizado y una atención de excelencia. Ello contrasta con lo que se ve en el resto del equipo, donde el compromiso con la señalada filosofía se advierte hasta en los más mínimos detalles.

Así lo deja entrever el testimonio de Kaltún Oporto (40), quien debido a una condición llamada insuficiencia cervical, tuvo que ser internada en el servicio de maternidad del hospital durante cuatro meses consecutivos. Su edad ya la preocupaba respecto a ser madre. No obstante, los últimos años de su vida se habían volcado a un periodo de búsqueda personal, permitiéndole sanar, equilibrarse emocionalmente y reencontrarse con talentos dormidos, como su destreza en la pintura.

Ya sintiéndose más empoderada, en 2013 decidió intentar quedar embarazada junto a quien era su compañero desde épocas universitarias. Al mismo tiempo, dejó de tomar pastillas anticonceptivas e incluso, un remedio que le habían recetado de por vida llamado Eutirox, utilizado en el tratamiento de tiroides. A pesar de todo, tres años pasaron sin tener resultados.

“A mí la medicina tradicional me desilusionó. En un momento fui a ver un especialista por lo de la tiroides y el doctor me dijo que estábamos en la hora, que le llevara los exámenes, que siguiera tomándome las pastillas y chao. El ginecólogo me dijo ‘¿y ahora quiere tener hijos?’”.

Intentando ser padres por todas las vías posibles, la pareja decidió que ella debía comenzar un tratamiento de acupuntura. Ese fue su primer acercamiento a la medicina alternativa. Sin una explicación convencional, tras varias sesiones sus exámenes arrojaron que ya no tenía problemas en la tiroides, eliminando incluso todo indicio de que alguna vez padeció esta enfermedad. Más importante aún, logró quedar embarazada un mes después de su última terapia.

Allí se inició una segunda etapa. Ya confirmado su embarazo, comenzó a investigar sobre el parto y la atención tradicional. Repleta de dudas e incertidumbres, Kaltún Oporto retomó el contacto con la madre de una de sus compañeras de colegio, quien era matrona.

La señora Rosa le recomendó la Clínica Bicentenario pues en teoría, ahí se llevaba a cabo el parto humanizado.

“En una consulta le dije al doctor de apellido Thewela que había leído sobre el parto en cuclillas y así era como esperaba dar a luz. Él me dijo ‘Rosa no me ha conversado sobre esto. En realidad, velo bien con ella porque yo no me voy a tirar al piso a recibir a tu guagua’. Así textual, delante de mi marido y todo. Yo quedé reducida, y además embarazada los sentimientos están a flor de piel, te vuelves completamente vulnerable. Después de recibir esa frase me di cuenta de que no tenía nada más que hacer ahí”, cuenta la madre.

Esta experiencia la llevó a tomar una difícil decisión. Sin encontrar ningún tipo de atención acorde a sus expectativas, las circunstancias la obligaron a replantearse opciones ya desestimadas. En ese contexto resolvió que tendría un parto en casa. Se planificó y asistió a talleres que la prepararían para ese momento, sin saber que una inesperada noticia cambiaría todos sus planes.

La gestante tenía un poco más de dos meses de embarazo cuando un ginecólogo de la Clínica Bicentenario le informó que padecía de insuficiencia cervical. Debía hospitalizarse con urgencia, pues su cuello del útero estaba ligeramente abierto y la posibilidad de sufrir un aborto espontáneo o tener un parto pretermino era absoluta. Esto la obligaba a evitar la gravedad por todas las vías posibles. Fue un golpe demoledor. El sueño de parir en su casa se vino abajo.

“El doctor me preguntó qué sistema de salud tenía y yo le dije Fonasa. No me convenía ahí, me iba a salir un ojo en la cara. Vimos un hospital cerca, tenía que tener una neonatología buena. Empezamos a ver y él dijo ‘ya, el San Juan de Dios. Es el único que te puedo recomendar’. Fuimos con el Salva y me intenté convencer de que era lo mejor. Dejé de lado todos mis pensamientos. Fue terrible porque en ese momento yo estaba arriba de la pelota: cortaba el pasto con guata, andaba en bicicleta, iba a danza. Hacía todo porque me sentía excelente”, cuenta la madre.

Lejos de sus expectativas, apenas llegó en compañía de su pareja al hospital en Santiago Centro quedó fascinada con el trato. Al ser ingresada a la habitación de maternidad donde permanecería hospitalizada, junto a otras mujeres de alto riesgo, expresó que tenía frío y enseguida una matrona acondicionó la temperatura de la sala. Le explicaron

que todo funcionaba a la orden del paciente y que incluso, la temperatura sería puesta a los grados que ella quisiera.

Al día siguiente fue ingresada a pabellón para realizarle un cerclaje cervical. Al igual que una bolsita con joyas, los especialistas anudaron un hilo en su cuello uterino para cerrarlo por completo y así evitar que su bebé naciera antes de tiempo. En recuperación, atareada y preocupada, comentó que necesitaba tener un parto “humanizado”, frente a lo cual las matronas no dudaron en informarle acerca de su modelo de atención. Sobre ese momento, Kaltún Oporto recuerda:

“Me contaron que tenían unas salas espectaculares. Después una doctora me fue a buscar con una silla de ruedas para ir a mostrarme las salas. Fue una felicidad enorme, ahí me di cuenta de que estaba en el mejor lugar porque las personas ahí son muy humanas. Todos, desde el anestésista que me vio ese día, hasta las matronas que estaban con nosotros”.

Estuvo internada sin poder pararse desde su semana 18 de embarazo hasta que dio a luz cuatro meses después. El estrés emocional vivido por la paciente fue paliado gracias a la contención entregada por todos los funcionarios del servicio de maternidad: auxiliares, matronas y médicos. Con cariño, recuerda especialmente la ayuda y compañía que le brindó una doctora:

“La médico que me atendió era prácticamente psicóloga. Yo estaba hospitalizada en alto riesgo y ella se paseaba cama por cama, eran catorce camas de recuperación. En un punto yo estaba desquiciada, pero ella llegaba todas las mañanas a preguntarte ‘ya, ¿cómo amaneciste?’. Te miraba a los ojos, si tú le decías que bien y no era así, se daba cuenta. Te decía ‘ya, en un ratito voy a volver a conversar contigo’. Llegaba y se sentaba, te hacía una terapia. En un momento me dijo que yo era demasiado pasada a rollo y que teníamos que alimentar mi cabeza; me llevó libros, ella me regaló libros, me dijo que ahí tenía material para entretenerme”.

A pesar del complejo cuadro que no le permitía mantenerse en posición vertical, Oporto pudo realizar actividades físicas que la mantuvieron distraída frente al difícil momento que estaba viviendo. Con ayuda y ante la presencia de su doctora, la gestante realizaba periódicamente distintas posiciones de yoga que disminuían sus niveles de dolor lumbar producto de la posición horizontal a la que estaba sometida.

El domingo 23 de julio de 2017, la gestante rompió bolsa y empezó un trabajo de parto espontáneo. Fue llevada en silla de ruedas hasta su Saip, en compañía del amor de su vida. Tenía mucho miedo, pero confió en la naturaleza, como dice “en la sabiduría ancestral que está marcada en nuestro ADN”.

Le dijo a su matrona que quería tener a Victoria Esperanza en cuclillas y se comenzó a dilatar rápidamente, sin ningún tipo de ayuda farmacológica ni anestesia. Estaba relajada, respirando profundo con los ojos cerrados, mientras su esposo le tomaba la mano y la sala estaba a 30 grados Celsius. Una contracción grande y la gestante se paró, se agarró del fierro de la cama y comenzó a hacer fuerza.

Uno, dos y tres pujes. Victoria nació en diez minutos y la matrona la puso inmediatamente en el pecho materno. No lloró, hizo sólo un pequeño ruido. Lo primero que escuchó, fue el canto de su madre entre susurros. Recordando ese momento, Kaltún Oporto se emociona y se le quiebra la voz:

“No lloró. Vino al mundo feliz, con paz, tranquilidad. La puse en mi pecho y ella como que seguía durmiendo. Tú veías su cara, su postura, y era como que ella no había cachado que había nacido, como que seguía adentro. No puedo describirlo en palabras, me acuerdo de una película en donde decían: ‘debería venir un poeta para esto’ y así me siento ahora. No tengo palabras para materializarlo, uno toca el cielo. Sientes un amor inmenso entre tú, ella y tu marido”.

La experiencia del parto personalizado hizo trizas los prejuicios que la madre tenía acerca de parir en un hospital público con una infraestructura tan antigua y precaria como la de este complejo hospitalario. Nada de lo que había supuesto se dio. Por el contrario, una realidad totalmente desconocida y fascinante se desplegó ante sus ojos.

“Fue maravilloso porque fue lo que yo esperaba. No se dio la situación para tenerla en la casa como yo quería, pero considero que finalmente fue mejor porque tuve la asistencia precisa. En los hospitales con salas normales tienes un montón de gente hablando, la luz es fuerte, es una locura. ¿En qué momento te concentras en esa situación? Lo único que sientes es adrenalina y miedo. Esa sensación de intimidad que tienes en esa sala no se da en otro lugar”, manifiesta.

Entre hormonas y membranas

La institucionalización del nacimiento ha sido considerada una de las mayores estrategias contra la disminución de la mortalidad materna y perinatal. No obstante, se asoció a la adopción de procedimientos que muchas veces son utilizados de forma innecesaria. Estas intervenciones pasaron de ser aplicadas bajo estricta necesidad, a ser consideradas de rutina por si pudiese ocurrir alguna complicación, lo cual refleja el desconocimiento del real impacto que dicho uso rutinario tiene en las personas.

Sus consecuencias superan el concepto de sobre intervencionismo por sí mismo, se sobreponen al concepto de violencia obstétrica, van más de allá de tantas palabras que hoy en día se han utilizado. Un parto “humanizado” y “personalizado” no sólo entrega una experiencia sinigual a las mujeres y a sus bebés pues también actúa condicionando su potencial de vida sana o libre de enfermedad.

La epigenética explica la formación de distintos fenotipos en individuos con un mismo código genético, dependiendo del medio ambiente al que se ha expuesto el organismo: por ejemplo, la variación en la apariencia corporal de dos gemelos, quienes a pesar de tener el mismo ADN han llevado vidas con distintos hábitos alimenticios, siendo uno de ellos muy delgado y el otro no. Tales condiciones ambientales, en este caso la comida, producen mecanismos epigenéticos, desde aspectos fisiológicos a fisiopatológicos que llevan a la expresión o silenciamiento de esos genes, condicionando entonces el desarrollo del cuerpo.

Tal acepción fue el impulso que llevó a la perinatología al entendimiento del origen de las enfermedades crónicas. Hoy en día, hay conocimiento de que estas no se generan de un día para otro en los seres humanos, siendo la gestación el principal momento en que se programan. La epigenética logró explicar cómo ciertas personas que tenían condiciones para ser sanos adquirieron desde su etapa intrauterina la probabilidad de ser enfermos.

Ciertos factores ambientales como el estrés, el tipo de parto, patologías maternas y fármacos suministrados, producen alteraciones epigenéticas que aumentan desde la etapa prenatal la posibilidad de que los individuos adquieran enfermedades. Eso hace que haya mayor susceptibilidad a patologías crónicas, llevando a un origen temprano de las mismas.

Desde antaño, la medicina se ha desarrollado en el paradigma patogénico, conocido por encarar la búsqueda de la enfermedad. Sin embargo, de forma contraria, a fines del siglo XX el médico y sociólogo Aarón Antonosky creó un nuevo paradigma en investigación. La llamada salutogénesis vino a estudiar el potencial saludable de las personas. En otras palabras, mientras la patogénesis se pregunta por qué enfermamos, la salutogénesis se pregunta cómo podemos mantenernos sanos y qué eventos de nuestra vida nos permiten estarlo.

En esa línea, el parto es concebido como un evento de salud y lejos de toda creencia no está diseñado al azar, teniendo como finalidad producir modificaciones epigenéticas fisiológicas que dan cuenta de sacar el máximo provecho de la salud de un ser humano. Lo explica Jovita Ortiz, especialista en perinatología y Magíster en Salud Reproductiva del Departamento de Promoción y Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile:

“Cada vez existe más evidencia que dice que el momento del nacimiento tiene efectos biológicos en la vida de las personas a corto, mediano y largo plazo. El parto fisiológico es un proceso necesario para terminar el genoma humano, para comenzar respuestas óptimas fuera de la vida intrauterina como la activación del sistema nervioso central. De ahí la importancia de que la columna vertebral del feto pase bajo la sínfisis púbica. Asimismo el inicio de la lactancia materna y el apego que tienen como fin la regulación de las partes inflamatorias no infecciosas de las personas, y la activación del sistema inmune. Pasar por el canal del parto es toda una ciencia, es todo un fin en términos de salutogénesis”.

Si tanto el paso del feto a través del canal de parto como mecanismo de activación de sus reflejos primarios y, posteriormente, de sus reflejos a largo plazo, como la exposición fetal a la microbiota del canal de parto son eventos que activan sus distintos sistemas y que están diseñados para desarrollar su potencial saludable a largo plazo, en la vereda contraria las alteraciones e intervenciones rutinarias en el trabajo de parto desregularían esto.

Durante mucho tiempo se pensó que el parto era un evento demasiado corto en la vida de las personas como para producir alteraciones. Sin embargo, no es así. Estudios sostienen que el ambiente psicosocial del momento activa el circuito del estrés de la

gestante a través de la secreción de hormonas que en dosis elevadas se comportan como neurotóxicos a nivel fetal, y la hiperventilación de genes que se activan absolutamente en niños cuyas madres han sufrido procesos traumáticos durante el parto. Esto, alteraría la respuesta al estrés del recién nacido hasta su etapa adulta, puede producir cambios en la actividad de sus neurotransmisores y modificaría su respuesta inflamatoria.

Además, tanto los altos como muy bajos niveles de hormonas del estrés durante el trabajo de parto se han asociado a alteraciones que están cada vez más en boga: respuesta inmune insuficiente, obesidad e incluso, la modificación de genes encargados de la supresión de tumores específicos.

Muchas veces se habla de violencia obstétrica en términos de trato pero su ejercicio no sólo tiene que ver con el maltrato psicológico o físico por sí mismo, pues desde esta mirada también llevaría a una serie de eventos que disminuyen el potencial saludable del bebé. El supraestrés, es decir, una alta dosis de tensión generada en la mujer atentaría contra ello, de igual forma los bajos niveles de estrés vividos durante las cesáreas electivas debido a la carencia de cortisol y adrenalina, hormonas necesarias para comenzar el trabajo de parto.

La gestante requiere de ambientes seguros que le den sólo el estrés suficiente a su proceso, y no una secreción excesiva. El contexto del parto es fundamental para evitar la generación de supraestrés y su falta también produce alteraciones en dicho proceso, ya que ambas secreciones fisiológicas facilitan el proceso de adaptación neonatal. En el caso de las cesáreas electivas, la tendencia a la absorción de líquido pulmonar produciría mayor exposición a alteraciones respiratorias.

¿Da lo mismo cómo se asiste el nacimiento en Chile? ¿Será necesario evaluar si los hospitales están dando una atención rutinizada, que contempla las necesidades de las personas o emerge, principalmente, de un diagnóstico? En el caso del Hospital San Juan de Dios el compromiso con la atención “humanizada” ha sido el resultado de un proceso de sensibilización y autocrítica, el que en algunos casos llega a ser muy conmovedor.

“Yo tuve un médico jefe que tenía una norma: si una mujer tenía siete centímetros de dilatación, tú debías tener a su guagua afuera en una hora como máximo. Entonces hacíamos pujar a la señora, rompiéndole membranas, poniéndole suero. Nosotros aplicamos durante mucho tiempo la violencia obstétrica, sin saber qué era lo que hacíamos realmente.

A mí meda mucha pena reconocer esto. Personalmente he hecho un mea culpa tremendo, he pedido perdón a todas las señoras que dañé sin saber”, confesó entre lágrimas la matrona Natalia Cortés.

En su experiencia, el ejercicio del modelo “personalizado” pasó necesariamente por el ímpetu de dar respuesta a sus propias inquietudes. Asegura que investigar sobre este modelo de atención y sus beneficios la llevó a cambiar toda la concepción que tenía del parto.

No obstante, muchos funcionarios del país aún no han logrado comenzar ese proceso. Actualmente, se le administra oxitocina exógena a más del 90 por ciento de las mujeres, aun cuando el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos de España (ISMP) y la Asociación Americana del Medicamento (FDA) la proclamaron como uno de los once fármacos más peligrosos del mundo, al nivel de los fármacos de quimioterapia. Además, según tales instituciones se debe evitar usarla en más del 15 por ciento de las pacientes.

En teoría el cuerpo de la mujer debiese generar su propia oxitocina si está en labor de parto, pero esta es una hormona tímida que necesita de seguridad emocional y contención para elevar sus niveles a los requeridos. La producción de oxitocina endógena disminuye únicamente por sensaciones de miedo. Sin embargo, las profesionales prefieren suministrarla en vez de tomar conductas amorosas que reactiven el eje de la mujer para su secreción.

Esto es sólo un ejemplo de lo dañino que puede ser el uso indiscriminado de sustancias externas al cuerpo. En relación a los antibióticos durante el parto, entre ellos algunos tan usuales como la penicilina, su prevalencia durante el periodo intraparto¹³ alcanza la circulación fetal, el líquido amniótico y la leche humana en niveles sanguíneos que persisten por mucho tiempo en la fase neonatal. Ellos también alterarían la microbiota intestinal del bebé, influyendo en el desarrollo de su sistema inmune y produciendo una interacción entre genes y medioambiente que puede persistir aun cuando el fármaco ya ha dejado el torrente sanguíneo. En otras palabras, los antibióticos son dosis dependientes y esta alteración puede ser transmitida intergeneracionalmente.

¹³Periodo en el cual transcurre el nacimiento de un bebé, desde el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta.

“La pérdida del potencial salutogénico del parto y la posibilidad de que sus consecuencias puedan transmitirse a la descendencia, hacen que en este momento consideremos que estamos en un evento crucial para detener esto que no se vuelvan realmente necesarios en la perspectiva de salud. Todo esto tiene importantes consecuencias que son difíciles de prever, tanto en la dolencia de enfermedades como en patrones de comportamiento”, sostiene la investigadora de la Universidad de Chile, Jovita Ortiz.

Frente a la realidad nacional, su uso indiscriminado de medicamentos y la excesiva intervención del trabajo de parto, es que la modalidad “humanizada” o “personalizada” cobra una impensada relevancia. Lograr el cambio no es fácil, más aún cuando este involucra una importante inversión pública.

En cuanto al Hospital San Juan de Dios, no bastó implementar hábitos como el apego y la presencia del padre en el parto. Tras años de evolución, llegó el momento en que fue necesario hacer una serie de inversiones para disponer de la infraestructura que permitiera a los bebés nacer en condiciones óptimas.

El recién nacido también vive procesos de regulación de sus genes y órganos. La luz tiene que ser tenue durante el parto, ya que la cebada del sistema visual debe ser absolutamente progresiva. En relación a su audición, es primordial que el feto escuche la voz de la madre, razón por la cual los profesionales deben estar en silencio. Respecto al gusto, lo primero que debiese tocar el feto con su lengua es la piel de la madre pues esta tiene gérmenes que fortalecen su sistema inmunológico. En cuanto su sistema táctil, el contacto piel con piel inmediato es imprescindible.

¿Qué produce esta desregulación? Un ambiente inadecuado, la interrupción del contacto piel a piel, el reemplazo de la lactancia materna y el secado vigoroso del recién nacido que puede dejar traumas táctiles, un desenlace que puede ser evitado fácilmente con una adecuada temperatura en la sala.

Sobre esto, Ortiz cuenta que su primera hija debió comenzar una terapia debido al secado propiciado por las matronas que atendieron su nacimiento. La pequeña desarrolló una patología llamada defensividad táctil, siendo hipersensible a los estímulos de contacto.

Cuando Consuelo Ñanculef (19) supo de las Saip en el Hospital San Juan de Dios, pensó que quizás, el soplo al corazón que padecía desde su nacimiento no le permitiría tener un parto vaginal.

“Estuve con controles, con unos cables por un tiempo para saber cómo era mi vida cotidiana con el soplo. No hubo problemas. Llevé mis exámenes al hospital y me dijeron que no me afectaba al parto normal ni a la anestesia”, cuenta la joven.

Debido a su problema cardíaco, su embarazo era considerado de alto riesgo. No obstante, en 2017 pudo acceder sin problemas a una de las Saip del recinto. Llegó con fuertes contracciones el lunes 12 de junio a la 1 de la madrugada sin dilatación, por lo que una matrona la llevó hasta la Sala 623.

Estuvo haciendo ejercicios durante horas, caminando y evitando lo que más pudiese el recostarse en la cama, pero sentía mucho dolor. Cuando cumplió seis centímetros de dilatación fue trasladada hasta su sala de parto individual, pidió anestesia y se la suministraron rápidamente. La matrona esperó horas pero Eidan, su bebé, aún no bajaba lo suficiente por el canal de parto. Después del primer suministro de oxitocina, Ñanculef continuaba dilatándose, pero aún no rompía fuente.

“Cuando volvió la matrona ya tenía siete de dilatación, así que empecé a pujar para que bajara pero no resultó. Ahí ella volvió a pedir que me pusieran más oxitocina. Todos la quedaron mirando y ella dijo: ‘esto es bajo mi responsabilidad’”, cuenta la madre.

Pasaron unos minutos y un ginecólogo se integró en su labor. Comenzó a presionar delicadamente su panza, mientras le decía que debía estar relajada pues quería ayudarla. Aunque el bebé comenzó a bajar, su cabeza no pudo salir sino hasta la ejecución de una episiotomía, incisión que se practica en el periné de la mujer para facilitar la expulsión del feto.

“Yo era muy estrecha y por eso sentía ese dolor tan terrible en las caderas, de hecho, estuve todo mi embarazo con dolor ahí. Les dije que por favor me hicieron una cesárea pero el mismo doctor me dijo que era preferible tener un parto normal, que después me daría cuenta de eso”, sostiene.

Aún en contextos como estos, el servicio de maternidad del Hospital San Juan de Dios no puso en duda la viabilidad del acceso universal al parto “humanizado” y a las Saip. Siempre hubo buen trato, acompañamiento y privacidad: no importó la gravedad de las patologías que presentaba la gestante. De una u otra forma el equipo profesional se las arregló -sin poner en riesgo la vida de la madre y su bebé- para validar su derecho de acceso, uno que aún no está establecido legalmente.

La existencia de las salas integrales y una atención “humanizada” en las maternidades es mandatoria no sólo en términos de derecho, sino también por las concretas consecuencias que tiene la labor de parto y el parto en la salud de las personas. Sobre esto, la investigadora de la Universidad de Chile, Jovita Ortiz, reflexiona:

“Es necesario visualizar el nacimiento como un evento de vital trascendencia en la vida de la población, en relación a perspectivas que van desde la antropología hasta la biología, y desde allí reflexionar sobre el impacto del tipo de parto y su contexto en la salud perinatal e incluso, a largo plazo de los individuos”.

Sin embargo, concebir el Manual de Atención Personaliza en el Proceso Reproductivo sólo como una recomendación para mejorar la atención brindada y sus procedimientos, ha hecho que este proceso de cambio sea resistido en recintos de todo el país sin mayores consecuencias para los gremios de ginecólogos y matronas. Desde su creación, el equipo de Chile Crece Contigo recorre cada cierto tiempo el territorio nacional haciendo encuentros macrozonales para informar sobre las buenas prácticas en la labor de parto y el nacimiento, además de encontrar en la entrega de fondos una manera de incidir en la práctica de esta política. No obstante, según Lucía Vergara, Jefa de Unidad Chile Crece Contigo que está alojada en la División de Atención Primaria (Divap):

“Quien elige finalmente lo que se hace o no en un momento determinado es el médico. Es él quien tiene el derecho legal a definir si la gestante necesita inducción del parto o no. Si tú hiciste una norma que en realidad no es ley, y es sólo una orientación, ¿cómo haces que se cumpla? Una vez ingresé a la reunión clínica de los ginecólogos y de las matronas de un hospital a contarles una historia para que se pusieran las pilas. Uno recurre hasta al amor propio. Les dije: ‘¿Por qué el San Juan de Dios puede y ustedes no si tienen mejores condiciones? Acá hay una cosa de voluntad, tienes las normativas, tienes que informar y capacitar a la gente. Nosotros decimos que es un trabajo de evangelización, de hacerles entender que esto es mejor para todos. A veces me dicen ‘¿y qué gano yo?’. Respondo que van a estar menos estresados, que van a trabajar con mayor facilidad y en mejores condiciones”.

La atención del parto debiese hacerse siempre en relación a los requerimientos propios de cada mujer. Todos los cuerpos son distintos, por lo que este proceso siempre suele variar. Así como hay gestantes que finalmente necesitan dosis de hormonas para

parir, también hay quienes sólo tardan un par de horas en hacerlo. Lo mismo sucede con las cesáreas y el uso de fórceps. Frente a ello, lo que se espera desde el Minsal es que cada usuaria tenga los cuidados que necesita.

Una atención humanizada no significa que ésta no sea medicalizada, y de igual forma que el personal de salud acompañe continua y personalmente a la gestante no quiere decir que no haya maltrato. En mayo de este año, la Tercera Sala del máximo tribunal ratificó la sentencia que acusa al Hospital Dr. Luis Tisné Broussede provocar la muerte de una recién nacida en 2015 debido a la atención tardía de una cesárea programada. La madre había llegado hasta el recinto a las 10 de la mañana para la intervención. Sin embargo, esta no fue realizada de urgencia sino hasta las 17:45 de la tarde, provocando que la bebé naciera con asfixia severa.

Según el fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago:

“El Hospital Dr. Luis Tisné Brousse faltó a sus deberes de cuidado y, en esa medida, incurrió en responsabilidad civil por falta de servicio, por no otorgar la atención debida a la demandante”¹⁴.

Esta situación se ha repetido en todo el país. En marzo de 2013, el Hospital Antonio Tirado Lanús de Ovalle pospuso por una semana más una cesárea que ya había sido programada, produciendo la muerte de ese feto en el útero materno. En 2009, el Hospital Regional de Rancagua reaccionó tardíamente a una complicación de parto; el bebé murió 32 días después en razón de esta atención inoportuna. En 2008, el Hospital Félix Bulnes asistió de manera tardía el parto de Soraya Astudillo Álvarez, llevando a la muerte de su hija recién nacida.

En cada uno de estos casos los padres fueron indemnizados monetariamente con cifras que van desde los 50 hasta los 100 millones de pesos. ¿Es eso suficiente? Según los dictámenes de la Corte de Apelaciones, todas estas defunciones pudieron evitarse de haber sido entregados los cuidados necesarios a las madres.

En una entrevista a Radio Universidad de Chile, la presidenta del Colegio de Matronas y Matrones, Ana Román, sostuvo:

“Históricamente hemos recibido el clamor de las matronas de asistir mejor. Vengo de la época donde teníamos cincuenta o sesenta nacimientos al día, era un *paridero* donde

¹⁴Fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago en la Causa Rol 147-2018, 3 de mayo de 2018.

no teníamos siquiera sábanas para las camas. Con platas de nuestros bolsillos tratamos de hacer más amables la forma de hacer la maternidad, pero estamos y estábamos sobrepasadas. No es fácil hacer turnos desde las cinco de la mañana, sin sentarse, sin tomarse un café o sin poder aliviar el dolor de la mujer porque no hay anestesistas, eso lo hemos vivido siempre las matronas. Me parece injusto que se diga que nosotras somos las culpables de la violencia obstétrica, cuando el gran culpable es el Estado de Chile”.

¿Hay justificación para la negligencia médica, el maltrato y el perjuicio que esto produce en las familias y las madres? Si bien es cierto que los recursos económicos son importantes para que las maternidades cuenten con la infraestructura apropiada y el recurso humano suficiente para la atención, la disposición del personal también es pieza fundamental de este rompecabezas.

En su testimonio, la pareja de una de las madres sostuvo:

“Nosotros hemos ido a muchos lugares a hacernos atenciones de todo tipo, por resfriados incluso y nunca nos han atendido como en el Hospital San Juan de Dios. Los doctores hacen mucho más que su trabajo a pesar de la precariedad que tienen. Es algo que no he visto en ningún otro lugar”.

Palabras como estas hacen que el complejo perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Occidente sea prueba fehaciente de ello. Por la misma razón, tras años de servicio en pro de la democratización del parto “humanizado”, el establecimiento se ha transformado en el gran ejemplo utilizado por el Ministerio para replicar esta atención a nivel nacional.

“A los equipos clínicos les da susto. Hay miedo porque su formación es así, en base al riesgo. Entonces dicen: ‘pero ¿cómo va a funcionar aquí? No se va a poder’. Lo que hemos hecho ha sido acompañarlos y mostrarles que resulta. Mostrarles que un hospital de alta complejidad, que tiene casi 4 mil partos al año y ni siquiera con todas las condiciones óptimas con las que cuenta un establecimiento nuevo, lo hace. Y lo hace sin sesgo”, dice Solange Burgos (39), matrona de la Unidad de Salud de la Mujer de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biblioteca del Congreso Nacional. Reportes Estadísticos Comunales, 2015. Santiago.
- BINFA, Lorena, Loreto PANTOJA, Jovita ORTIZ, Marcela GUROVICH, Gabriel CAVADA y Jennifer FOSTER (2016).
“Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile”, *Midwifery* 35 (2016) 53–61, Elsevier, Nueva York.
- CAMPOS, Paula, “Colegio de Matronas: “La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado”, *Radio Universidad de Chile*, 12 de octubre de 2014, Santiago.
- Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Modalidad de atención de partos 2017, Santiago.
- Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Porcentajes de apego con el recién nacido 2017, Santiago.
- Constitución de Chile. Artículo 3 del Decreto Supremo N° 072, 4 de abril de 2006, Santiago.
- Hospital Clínico La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza. Modalidad de atención de partos 2017, Santiago.
- Hospital San Juan de Dios. Partos alto y bajo riesgo obstétrico 2017, Santiago.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales 2015, Santiago.
- MARCANO, Janina, “Las mujeres rompen el silencio y denuncian la ‘violencia obstétrica’”, *El Mercurio*, 23 de noviembre de 2017, Santiago.
- Poder Judicial, “Corte de Santiago condena a Servicio de Salud a pagar indemnización a matrimonio por mala atención de parto”, 12 de junio de 2018, Santiago.
- ROMÁN, Ana, “Carta al Mercurio que no publicaron sobre reportaje de ‘violencia obstétrica’”, Colegio de Matronas y Matrones, 30 de noviembre de 2017, Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Evaluación del Modelo Personalizado de Atención 2017, Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Hospitales con Saip en Chile 2017, Santiago.
- VIEL Benjamín, Waldo Campos (1987). “La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil 1940-1985”, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número Especial: 24-8, Nueva York.



Prof. Tania Tamayo G.
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título *Pariendo dignidad*, de la estudiante **MILLARAY MORENO OVIEDO**, trabajo guiado por la profesora PASCALE BONNEFOY MIRALLES en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%
1.2	Investigación y reporteo	Técnicas de reporteo, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%
1.3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1.4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9– 3.0

Item	Nota	Valor
1.1	7,0	0,7
1.2	6,5	2,6
1.3	6,6	1,7
1.4	6,6	1,7
Nota Final		6,6

COMENTARIO

La memoria de título aborda un tema de alto interés público y escasamente tratado a nivel periodístico. Es un valioso insumo para el mejoramiento de políticas públicas y al derecho a la información de las personas en general y las usuarias del sistema público de salud en particular.

Trata adecuadamente el origen de los nuevos programas, sus falencias y aplicación desigual, recurriendo a fuentes relevantes y claves del sistema de salud, expertos, autoridades y usuarias. Podría haberse ampliado el abanico de fuentes y puntos de vista entrevistando a otros actores del proceso en las SAIP, o, por ejemplo, a personal



de la salud que se niega –por desconocimiento, costumbre o rechazo- a adaptarse a las nuevas políticas sobre el parto humanizado.

El trabajo está bien escrito; su redacción es correcta y fluida, aunque en ocasiones hay pequeños errores, como comas se separan injustificadamente el sujeto y el predicado. En ocasiones hay términos que tal vez requieran un poco de explicación.

Atentamente,

Pascale Bonnefoy Miralles

Santiago, 03 de julio de 2018



Prof. Tania Tamayo G.
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título "*Pariendo dignidad*", de la estudiante *Millarai Moreno Oviedo.*, trabajo guiado por la profesora *Pascale Bonnefoy* en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%
1.2	Investigación y reporteo	Técnicas de reporteo, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%
1.3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1.4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9- 3.0

Item	Nota	Valor
1.1	70,0	7,0
1.2	65,0	26,0
1.3	58,0	14,5
1.4	58,0	14,5
Nota Final		62,0



COMENTARIO

El reportaje de Millarai cuenta uno de los aspectos más debatidos en los últimos años respecto a las mujeres que buscan un lugar para parir: la violencia obstétrica. Desde ese punto de vista, el tema se convierte en un claro aporte de gran interés público, por eso tiene la evaluación máxima. Lo mismo sucede en el ítem reporte: la estudiante investigó, llegó a casos concretos y evaluó lo que pasaba en el sistema con rigurosidad, trabajo e interés. Estos son los pilares de un buen periodista que sale a la calle.

Quizás el mismo ímpetu en demostrar esos casos hace que la estructura del reportaje quede, a mi juicio, débil a la hora de confrontar no solo la satisfacción o el dolor de las mujeres que pueden elegir o no lugares, situaciones y trato, como testimonio. Faltó hacer hincapié o que le quedaran más claras al lector las trabas que aun perduran en el sistema.

Hay diferencias en tiempos verbales que a veces dificultan la lectura. Posee un estilo narrativo que pudo ser trabajado más. Hay fallas de puntuación que se repiten, como por ejemplo, solo (que ya no se acentúa ni siquiera cuando reemplaza a solamente). La palabra apenas no va separada y existen frases repetidas una gran cantidad de veces, como "Y es que", una muletilla que solo pone ripio en la redacción del texto. Creo que le faltó más edición y ritmo.

Sin embargo, el trabajo podría ser publicable y demuestra, sobre todo, herramientas de reporte sólidas y que pueden mejorar en el tiempo. Además de una mirada social fundamental para los medios de comunicación.

Atentamente,

Profesor/a Alejandra Carmona López

Santiago, 16 de agosto de 2017



Profesora Tania Tamayo Grez
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile

PRESENTE:

A continuación comunico a usted la evaluación de la memoria de título "*Pariendo dignidad*", de la estudiante Millarai Moreno Oviedo, trabajo guiado por la profesora Pascale Bonnefoy Miralles en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%
1. 2	Investigación y reporteo	Técnicas de reporteo, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%
1. 3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1. 4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0-6.5; Muy Bueno 6.4-6.0; Bueno 5.9-5.0; Aceptable 4.9-4.0; Deficiente 3.9- 3.0

Item	Nota	Valor
1.1	5,5	0,6
1.2	4,9	2,0
1.3	4,9	1,2
1.4	4,9	1,2
Nota Final		5,0

COMENTARIO

En los últimos años se ha producido un importante cambio en la atención de salud en nuestro país, con el reconocimiento de los derechos y deberes de las y los pacientes, cambiando el paradigma de que sólo el personal médico puede tomar las decisiones. Un área en que estos derechos son menos reconocidos es la vinculada con la salud de las mujeres. Por el orden patriarcal de nuestra sociedad y por la práctica de una medicina que no considera a las mujeres



como sujetas, se han perpetuado prácticas que vulneran sus derechos humanos, especialmente en sus derechos sexuales y reproductivos y la atención en el parto.

Desde ese punto de vista, plantear un reportaje acerca de cómo se ha ido instalando en los hospitales públicos del país un nuevo paradigma para un parto donde las mujeres pueden informarse y decidir resulta relevante. El reportaje de Millarai Moreno Oviedo resulta, entonces, pertinente y de gran interés público.

Para la realización de este trabajo, la estudiante entrega las opiniones de profesionales comprometidos con este proceso y que lo han impulsado en distintos hospitales públicos de Santiago. Asimismo, recoge emotivos testimonios de mujeres que pudieron traer al mundo a sus hijas e hijos de manera respetuosa, sin violencia y que han vivido este cambio significativo en la atención de salud. Dichos testimonios son parte de los elementos valiosos del reportaje.

Este aporte contrasta con algunas carencias que presenta la memoria, entre ellas, que no se haya considerado a otras fuentes que expliquen el funcionamiento parcial de esta política pública y los juicios personales. Sería positivo - desde ese punto de vista- que las críticas que se formulan, por ejemplo, a la matronería y a su formación profesional tuvieran una respuesta directa (se consignan brevemente los argumentos de Anita Román en medios). También se podrían consignar las explicaciones de autoridades o encargados sobre la forma de selección de las mujeres que podrán ir a las salas de parto respetuoso, o cómo se ha puesto en marcha el sistema. Sería importante que dichos argumentos no provengan únicamente de quienes están detrás de estos programas: sin duda que ampliar la perspectiva enriquecería el trabajo.

En contenidos, hay errores en la información sobre Chile Crece Contigo - nació en el Ministerio de Desarrollo Social- y las funciones que presta. Se echan de menos mayores datos sobre el origen de esta política pública, los hospitales en que se está desarrollando a lo largo del país, las capacitaciones que se han hecho, si se ha revisado la formación en las universidades, entre otros aspectos. También sería una contribución a una mayor claridad que se precisen las fuentes consultadas y el origen de las opiniones.

En cuanto a la forma, el texto es "circular": la introducción aborda buena parte de los contenidos del reportaje, con afirmaciones no sustentadas. Además muchos pasajes de las entrevistas se repiten de manera casi textual en distintos capítulos, lo que hace pesada la lectura. En ese sentido, sería bueno editar el texto, junto con agregar más subtítulos para una mayor fluidez. Se sugiere, también, revisar el título para que sea ilustrativo de lo que se busca con esta investigación periodística. En cuanto a la introducción, ¿es posible darle un tono más



periodístico, de mayor atractivo para cualquiera lectora o lector y hacer un cierre (conclusiones)? Propongo, en otro ámbito, indicar la información sobre las entrevistas realizadas.

En cuanto a la redacción, en este caso resultaría muy pertinente determinar el género de las y los profesionales implicados: cuándo se habla de "los matrones" o "los anestesistas", ¿son sólo hombres? El lenguaje inclusivo permite una precisión no menor en este reportaje, especialmente cuando hay un tema de sexismo en el trato de los médicos a las mujeres.

Las observaciones específicas sobre puntuación, redacción, uso de conceptos y otros asuntos están en el manuscrito entregado para evaluación.

Atentamente,


Carolina Muñoz Castillo
Profesora informante

Santiago, 3 de agosto de 2018.