



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

<<Gestando en Consciencia>>

Estudio comparativo de contextos de atención obstétrica disímiles:
metodología mixta para evaluar el proceso de reforma del nacimiento
en una muestra poblacional

Memoria para optar al Título Profesional de Antropóloga Física

Profesor Guía: Michelle de Saint Pierre

Profesor asistente: Rodrigo Retamal

Estudiante: Mariana Sáez Latorre

Santiago de Chile, 2018

*En el reino de la Sabiduría, se encuentra la Sabiduría
Aquí, más allá del sonido,
En la frecuencia vibratoria sutil de la creación,
Se crean los juegos y los dramas.
En el reino del esfuerzo, la palabra Divina
toma forma.
Lo que aquí es manufacturado,
Son creaciones de Belleza incomparable
(extracto Pauri 36, Canción del Alma Japji)*

EN GRATITUD...

Gratitud, grata actitud- compañía afectuosa, amable, amorosa. Encuentros -dos años-. Te vi y nos vimos. Amados madre-padre. Alicia anhelante, Guillermo silente. Martín Tín Tín, desafío de servicio en la tormenta... nuestra- mía tormenta. Hermanos mayores/menores Pamela, Andrés. Más de seis años, en el vientre madre Rommy. La nueva vida Antonella.

Las mujeres, gestantes-gestando, amantes-amando. Por sus recuerdos y dolores, alegrías y temores, perspectiva y expectativa. Las mujeres salud, en virtud de sus entregas, matronas, doulas y parteras. Cada encuentro- la Vida. En la humildad del sentipensante humana. Familia distante presente/ausente, numerosa entrega. Danzantes, circulantes, activistas del buen nacer...profesores ¡ay, profesores! Emociones para el espíritu que canta y danza en el juego eterno del amor sin condición. Gratitud a la Vida y a mis maestros del cielo y de la tierra.

INDICE

EN GRATITUD	3
RESUMEN	7
INTRODUCCION.....	8
Modelos de asistencia del parto: Hacia un nuevo paradigma de asistencia obstétrica	8
Problemática de la cesárea: Chile en el contexto global	9
Parto fisiológico y recomendaciones de la OMS.....	10
Cesárea y morbimortalidad materno-fetal	14
Distocias y manejo de la evidencia.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
Justificación del estudio.....	17
PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	17
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
Objetivo General	18
Objetivos específicos.....	18
FUNDAMENTOS TEORICOS	19
Antropología Médica.....	19
Medicina Antropológica.....	19
Teoría de la bipersonalidad.....	19
Pensamiento sistémico.....	20
METODOLOGIA	21
Muestra.....	21
Dificultades de la investigación.....	23
Número de participantes componente antropométrico.....	23
Elección de los establecimientos.....	23
Técnicas cualitativas de relevamiento de datos.....	24
Etnografía.....	24
Entrevistas semiestructuradas	25
Conversación dirigida.....	25
Consideraciones metodológicas, aspectos relevantes y particularidades de la investigación.....	26
Consideraciones éticas.....	28
Metodología de análisis cualitativo	29
Análisis de contenido cualitativo.....	29
Metodología del análisis antropométrico: Técnicas cuantitativas	30
Técnica de medición.....	31
Tratamiento de los datos	31
HIPOTESIS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS ANTROPOMETRICOS	31
Hipótesis	31

RESULTADOS	33
I El modelo de atención es un factor de riesgo obstétrico	33
II. El estimador (TM/DTM) es un predictor adecuado de distocia para la muestra de población chilena utilizada.....	34
Síntesis de los resultados para las variables antropométricas y socioculturales.	36
CONTENIDO NARRATIVO	38
Humanización del parto: aproximación desde el profesional de la salud al paradigma biopsicosocial y la reforma del nacimiento en Chile como ejercicio ético	38
Reproducción de los hábitos como foco de conflicto.	40
<i>Hábitos relacionales.</i>	40
<i>Hábitos discursivos.</i>	42
El rol de la educación prenatal en la asistencia personalizada: implicancias para el trabajo de parto	44
Estadios de la atención del parto en el sistema hospitalario y su impacto en la psicobiología de la mujer en trabajo de parto	47
Identificando prácticas nocivas en la asistencia del parto: una invitación a la reflexión ética.	51
Confianza lúcida: El rol transformador de la gestante informada.....	56
Dificultades y resistencias políticas o culturales para el nuevo modelo	57
Tecnocracia, el monitoreo continuo: ¿sobrecontrol, miedo a la muerte o comodidad?.....	58
Sistema hospitalario: Institución totalitaria y organismo de control del cuerpo.....	59
Operacionalización de la asistencia: la neurosis del tiempo (oxitocina y epidural).....	60
Afectividad: La fisiología al servicio de lo humano y no al revés.....	61
Salud preventiva: educación para el buen vivir	62
Salud comunitaria: El sentido de la participación horizontal.....	63
DISCUSIÓN	66
Estudios pelvimétricos: breve revisión epistemológica de la generación de conocimiento científico y su impacto en la salud de la población.....	66
La diagonal transversa de Michaelis y la asistencia del parto en Chile.....	69
Demasiado pequeña o demasiado grande. Talla y macrosomía desde la interdisciplinariedad.	70
¿Qué estrechez pélvica?: Desde el estudio de Avendaño 1949 a las recomendaciones del MINSAL 2015 para la evaluación del trabajo de parto.	72
Consideraciones socioculturales de la atención del parto intrahospitalario: reflexión desde la medicina antropológica (de Von Weiszacker y Christian & Hass)	74
La importancia de los cuidados fisiológicos: dinámica del parto y afectividad.....	74
Encuentros aparentes o fingidos. El valor de estar ahí para Otra.....	75
Lo biopsicosocial y sus raíces psicosomáticas.....	76
Nuestros centros metropolitanos. La calidad de la atención obstétrica	77
Cómo forjar un cambio desde lo barrial: El uso de los espacios y los encuentros en la atención perinatal.....	79
REFLEXIONES FINALES	83
El parto como fenómeno o encuentro bipersonal: un modelo de contemplación de la empatía humana. ...	84
Nacer pariendo: antropología física para el parto humanizado.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
ANEXOS.....	

N°1 Antecedentes y planteamiento del problema.....	97
Tabla 1. Factores de riesgo obstétrico.....	98
Figura 1. Diámetros de la zona sacra romboide de Michaelis.....	99
Figura 2. Relaciones anatómicas de la diagonal transversa de Michaelis.....	100
N°2 Metodología.....	101
Documento de consentimiento informado.....	102
Entrevista semiestructurada para mujeres asustdas en el sistema público.....	106
Entrevista semiestructurada para asistentes perinatales.....	107
Tabla 1. Detalle componente cualitativo. Entrevistas semiestructuradas.....	108
N°3 Resultados.....	109
Gráfico 1: Relación entre diagonal transversa de Michaelis.....	110
Gráfico 2: Relación entre talla materna y ausencia/presencia de distocia.....	111
Gráfico 3: Regresión logística y dispersión de datos del índice estatura/diagonal.....	112
Gráfico 4: Relación índice T/DTM y ausencia /presencia de distocia.....	112
N°4 Discusión.....	114
Figura 1: Tipología pélvica clásica.	115
Figura 2: Clasificación completa propuesta por Cadwell y Molloy.....	116
Figura 3: Variaciones de la pelvis en entrada y salida.	117

RESUMEN

El fenómeno del nacimiento es un hecho biológico y culturalmente muy importante, donde lo bioantropológico se expone de forma reveladora. Actualmente, un nuevo paradigma obstétrico promueve un enfoque biopsicosocial para su abordaje y comprensión, devolviéndoles el protagonismo a los agentes sociales directamente involucrados y posicionando al profesional experto y equipo, en el rol de asistentes y observadores de un proceso fisiológico natural. Los estudios en obstetricia del S.XX son prolíficos en cuanto a variables anatómicas y fisiológicas que puedan prever distocias. Sin embargo, pocas investigaciones se han efectuado atendiendo al modelo de atención obstétrica, teniendo éste vital importancia en la práctica clínica para la perspectiva humanizada y biopsicosocial del parto. Se ratificó la presencia de dos modelos de asistencia obstétrica con enfoques disímiles; el modelo biomédico alopático y el modelo humanizado o personalizado. En esta investigación se abordó el fenómeno del parto mediante una perspectiva teórico-metodológica mixta. La colecta de datos se realizó desde centros de atención perinatal que luego fueron triangulados en función de los contextos de atención hospitalarios. Se estudiaron las medidas antropométricas, talla materna (TM) y diagonal transversa de Michaelis (DTM), para evaluar su aplicabilidad como estimador de distocia por desproporción feto-pélvica (DFP) (n=54) y se realizaron entrevistas semiestructuradas para conocer las diferencias contextuales en torno al fenómeno de la asistencia perinatal y la experiencia de parto (n=30). Se concluyó que existen condiciones socioculturales, epistemológicas y metodológicas en la atención obstétrica, que dificultan tanto la investigación científica, como la adopción e integración de las recomendaciones internacionales de asistencia. Los resultados no fueron concluyentes en el componente cuantitativo, sin embargo, se reveló que mujeres multíparas de partos normales previos están siendo cesareadas, eventualmente, por deficiencias procedimentales. El componente cualitativo identificó un problema bioético subyacente, vinculable al sistema de valores y creencias, que impacta el proceso reproductivo de forma negativa, pero que puede ser subsanado.

Palabras clave: distocias, parto humanizado, biopsicosocial, desproporción feto-pélvica, diagonal transversa de Michaelis, sociocultural, epistemología y bioética.

INTRODUCCION

MODELOS DE ASISTENCIA DEL PARTO: HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE ASISTENCIA OBSTÉTRICA

Durante el siglo XX se ha producido en Occidente un aumento de la medicalización de la Vida. Bajo el paradigma microbiológico y tecnocrático se ha implementado una medicina separada de una visión ecosistémica e integral del ser humano. La obstetricia clínica, concebida dentro del sistema biomédico, no se ha visto exenta de esta escisión, teniendo como consecuencia un modelo de atención que ha tenido una marcada tendencia hacia el abuso farmacológico e intervenciones innecesarias que no concuerdan con las dinámicas propias del proceso fisiológico del parto (Reischmann, Risi y Serrano, 2015; Castro, 2004). El modelo biomédico tecnocrático tiende a subvalorar el proceso gestacional concibiéndolo *per se* “riesgoso”; que, en la práctica, se percibe como una patologización del estado. Bajo esta visión los partos requieren asistencia hospitalaria, medicalización habitual, y la utilización de tecnología como herramienta de control permanente. (Reischmann, Risi y Serrano 2015; Lubién, 2011). Así, este modelo interpretativo se vio *reificado* en prácticas intervencionistas comunes en el sistema de atención, como la inducción y conducción del parto mediante oxitocina sintética (Guzmán, 2012), uso profiláctico de episiotomía, monitorización cardiaco fetal (Nardin, J.M., 2007; Guzmán, 2012), utilización de analgesia epidural (Rahm y cols., 2002) y la posición de litotomía (Makuch, 2010), que impactan de diversas formas la fisiología natural del parto. Además, la mujer gestante no tiene incidencia en la toma de decisiones respecto a los procedimientos que se le realizan en este contexto de atención; la desinformación es lo más común en el sistema biomédico (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013; Lúbien, 2011; Castro, 2004).

En la década de 1980 se comienza a percibir un cambio en la orientación de la asistencia obstétrica, creciendo desde distintas esferas; tanto desde la experticia académica como de organizaciones sociales, instalándose una perspectiva crítica en relación con la asistencia sanitaria del parto, que reconceptualiza el significado de calidad de la atención, otorgando protagonismo y reivindicando un empoderamiento de la mujer (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013; Lubién, 2011). En 1985 se reúnen en Fortaleza, Brasil, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS, con el objetivo de reevaluar el enfoque biomédico de la atención a la gestación y al parto, ya que se observaba que el sistema asistencial no consideraba el derecho de la mujer a una atención adecuada, en tanto no tenía en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando su autonomía. En este encuentro se elaboran una serie de recomendaciones internacionales en vías a evitar ciertas prácticas médicas que se estaban realizando de forma sistemática, especificándose el derecho que tiene la mujer a participar activamente de la planificación, evaluación y ejecución de los cuidados requeridos, enfatizándose una atención integral (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013; Umenai y cols., 2001).

El concepto de *humanización de parto, parto humanizado o personalizado* se define en función de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales que no queda supeditado a una definición específica o a un criterio concreto (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013; ChCC, 2009, 2008), ya que su objetivo es promover una experiencia de parto positiva, respetando las decisiones, emociones, creencias y valores de la mujer, otorgándole un rol activo en el proceso y reduciendo la excesiva medicalización (Behruzi, 2011); basándose en principios de asistencia informada, horizontal y fundada en evidencia científica (Harrison y cols., 2003).

Desde entonces ha proliferado la literatura que aboga por esta nueva visión. Sin embargo, aún dentro de la práctica clínica es posible distinguir éstas dos tendencias o enfoques de atención obstétrica, por un lado, la dinámica habitual del modelo biomédico tradicional de corte tecnocrático y por otro, el modelo personalizado o humanizado de la asistencia obstétrica (Davis-Floyd, 1993). Ambos enfoques, o modelos de atención, se enmarcan en prácticas socioculturales diferentes, y el paso de un modelo a otro ofrece cierta resistencia.

Se distingue actualmente, en los países desarrollados como EEUU y Canadá un estilo de asistencia biomédica- tecnocrática, y en los países europeos y asiáticos, una visión más humanista y menos medicalizada. Consecuentemente los índices de intervención cesárea son plausiblemente mayores en los primeros (Guzmán, 2012; Salinas, 2006; Davis-Floyd, 1993).

PROBLEMÁTICA DE LA CESÁREA: CHILE EN EL CONTEXTO GLOBAL

El año 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio como recomendación un máximo de un 15% de cesáreas para cualquier país del mundo (Salinas y cols., 2006). En los últimos 30 años, se reconoce un incremento muy significativo de nacimientos por cesárea a nivel mundial. En la década de los noventa las cifras en Latinoamérica fluctuaban entre un 18% y un 40%; actualmente nuestro país alcanza el 49,3% de cesáreas, existiendo una diferencia entre el sector de atención público y privado con cifras de 39,4% a 71,8% (Sadler y cols., 2015a). Las razones que explican este aumento a nivel mundial y local no son del todo claras aún y parecen ser diversas, involucrando factores culturales, socioeconómicos y biomédicos (Salinas y cols., 2006; Guzmán, 2012).

El año 2006 se realizó un estudio en la Región Metropolitana (RM) que demostró que un 77% de las usuarias, tanto del sistema de salud pública como privada, prefieren un parto vía vaginal, un 12% se muestra indiferente y un 9,4% se inclina a favor de la cesárea (Agenja y cols., 2006). El 2014 se realizó otra encuesta a 396 mujeres también de la Región Metropolitana, mostrando que un 80% de las encuestadas declaró que preferían la vía de parto vaginal, pero que terminó teniendo una cesárea, 'sólo un 6,6% señaló que fue por solicitud materna' (Sadler y cols., 2015a). Otra encuesta realizada en Chile, aplicada a 977 estudiantes universitarios, mostró que el 89% de los encuestados prefiere el parto vía vaginal, mientras que un 11% prefiere la cesárea. Dentro de este 11% la preferencia por la cesárea, en el 63% de los casos, se debe al temor al dolor al parto vía vaginal (Sadler y cols., 2015b).

Tal como lo evidencian las encuestas mencionadas, en Chile las estadísticas sobre las preferencias maternas respecto al tipo de parto no se corresponden con las estadísticas de las prácticas. Actualmente se encuentra entre los países con el mayor índice de cesáreas en el mundo, ocupando el cuarto lugar después de Chipre, Brasil y República Dominicana (Sadler y cols., 2013). Se está investigando qué tipo de influencia existe en la relación entre los funcionarios de atención obstétrica y la población usuaria que ha provocado un incremento de esta magnitud. Los resultados han ido esclareciendo la diversidad de factores que dificultan el avance en la calidad de la asistencia obstétrica y del fenómeno del parto/nacimiento, tales factores se interrelacionan de forma compleja ya que involucran aspectos culturales, académicos (educativos), económicos y éticos (Sadler, y cols. 2016; Sadler, y cols. 2015:c, d, e).

Cabe destacar que en Chile desde el año 1998 existen protocolos de asistencia obstétrica vinculados a un enfoque personalizado, y que desde el año 2006, con el programa de protección de la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), se ha promovido como política pública del gobierno de Chile (ChCC, 2009, 2008). No obstante, se reconoce que las prácticas obstétricas aún se encuentran vinculadas mayoritariamente al modelo intervencionista y medicalizado.

PARTO FISIOLÓGICO Y RECOMENDACIONES DE LA OMS

Desde el enfoque biopsicosocial del fenómeno del parto, se comprende que el progreso del parto se encuentra influenciado tanto por factores biológicos, propios de cada mujer y feto, como también por el ambiente, la cultura, la emocionalidad, el perfil psicológico y social de la gestante (ChCC, 2009; Castro, A., 2004). Teniendo incidencia en la fluidez fisiológica adecuada y en la percepción/actitud psico-emocional de la mujer en trabajo de parto (ChCC, 2008).

Por otra parte, la evidencia nos muestra que los procedimientos rutinarios de los contextos de asistencia biomédica tecnocrática influyen negativamente en el desarrollo de la labor, dificultando la expresión de la fisiología endógena íntegra -no intervenida- de la mujer:

La posición litotómica y la libertad de movimiento

La posición en decúbito dorsal o posición litotómica, reduce la movilidad articular de los segmentos posteriores de la pelvis, despojándole de su capacidad de movimiento. La mujer se halla acostada sobre las articulaciones sacroilíacas, dificultando la genuflexión del hueso sacro, el móvil fetal entonces se ve forzado a un ascenso para salir. En contraste, el trabajo de parto en libertad de movimiento permite que las articulaciones de la pelvis de la mujer se orienten, en una movilidad funcional particular (propia de cada parto), para facilitar la eyección del feto (Calais-Germain y Vives, 2010). Consecuentemente, la revisión de Makuch (2010) para la OMS reitera que no existe ningún efecto adverso para la mujer y el neonato al mantener la posición vertical durante el periodo de dilatación.

El proceso de movilidad articular es facilitado por hormonas como la relaxina, la prolactina y otras modificaciones como la concentración de estrógenos y progesterona, que ocurren al término de la gestación; aumentando la flexibilidad de las articulaciones y ligamentos (Sadler M y cols., 2015; Cunninhgham y cols., 2011). Tales particularidades fisiológicas deben ser resguardadas en una asistencia coherente, orientada a tal fin.

Neuromoduladores¹ del parto: Oxitocina sintética versus oxitocina endógena

Oxitocina procede del griego y significa “parto rápido”. Es un neuropéptido secretado por los núcleos paraventricular y supraóptico del hipotálamo, liberada al torrente sanguíneo por la neurohipófisis. Es un neuromodulador de conductas sociales, afectivas, sexuales y parentales (Uvnäs-Moberg, K., Arn, I. y Magnusson, D., 2005; Bale, T.L.,2001). Su función endocrina en el trabajo de parto se vincula a las contracciones uterinas y la eyección de la leche materna. Facilita las manifestaciones psico-afectivas positivas de la madre y la cría en el trabajo de parto y el periodo perinatal, favoreciendo el apego y la lactancia.

Su función oxitócica es antagonista a la actividad del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, propiciando el aumento de los niveles endógenos de opiáceos e induciendo efectos anti-estrés (Windle, R. J. y cols., 2005). Los efectos más conocidos en el organismo son: la reducción de la tensión arterial, el ritmo cardiaco y hormonas del estrés, propiciando el bienestar y la relajación, además de una óptima termorregulación (Uvnäs-Moberg, K y Petersson, M., 2006). Por lo mismo, se le vincula a sentimientos como el amor, a estados de paz y tranquilidad y al deseo de contacto piel a piel. Por el contrario, la adrenalina y el cortisol, son hormonas que se liberan en situaciones de estrés o conflicto: cuando tenemos frío, miedo o nos sentimos en peligro, teniendo el efecto contrario (Shorey, S., Hong-Gu, H y Morelius, E., 2016; Windle, R. y cols., 2006).

La homeostasis endocrina se constituye, para estas hormonas, como un dispositivo de activación-inhibición, temporalmente alternante, dependiendo de las circunstancias y características del individuo. De esta forma la naturaleza adaptada del cuerpo de la hembra regula la producción de oxitocina, inhibiéndola en momentos de riesgo, cuando el entorno es hostil o amenazante y, procrear o dar a luz puede poner en peligro la vida de la hembra y/o la cría (Fujisawa y cols., 2016; Turner y cols., 2010; Bloomsmith y cols., 2003). Así, el nivel de oxitocina es codependiente de otras hormonas que retroalimentan su producción e influyen a la vez, en la producción de estas, todas vinculables al placer: estrógenos, dopamina, serotonina, prolactina y endorfinas. Las endorfinas y la dopamina son neurotransmisores que regulan la relación con el dolor y la emotividad; además se sabe que la dopamina actúa a nivel cognitivo favoreciendo el aprendizaje mediante refuerzo positivo. Ambas generan una forma de analgesia natural que proporciona bienestar. Una mamífera humana con altos niveles de oxitocina se sentirá más feliz; una mujer contenida, amada y bien atendida tendrá un parto más placentero y muy probablemente tendrá un vínculo afectivo -apego madre/cría-mayor. (Phillips, R. 2013;

¹ <https://www.elpartoestuestro.es/informacion/parto/el-papel-de-la-oxitocina-y-otras-hormonas> [Vista: 11-12-18]

Hastie, C. y Fahy, K., 2009; McGaugh, J., 2004; Bale, T., 2001; Blog Ibone Olza, 3 de abril 2012)

La prolactina está directamente implicada en los cuidados maternos y paternos hacia las crías, genera un efecto relajante y tiene además la función de estimular la producción de la leche en las mamas, permitiendo la lactancia temprana y la ciclicidad de la regulación oxitócica-hipotalámica.

La inducción y conducción (aceleración) del trabajo de parto a través de oxitocina sintética (y epidural) no está regulada en nuestro país y su uso es indiscriminado, existiendo certeza de la contraindicación de sus efectos en la diada posparto². La oxitocina sintética actúa a nivel local en el útero, la respuesta es mecánica; no genera la integridad metabólica de la producción endógena³. La OMS (2015) recomienda que sólo se debe realizar cuando haya una indicación válida y los beneficios esperados superen los posibles daños. No se debe aplicar cuando existe aprensión por una sospecha de desproporción feto-pélvica, y menos aún a mujeres múltiparas. La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, sólo cuando hay deficiencia de contractibilidad uterina, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina. Cuando hay cicatriz de cesárea previa, no se debe consentir el uso de oxitocina sintética.

La oxitocina está implicada en comportamientos sociales, la dopamina en la memoria social -la habilidad para reconocer un individuo del mismo grupo-, y la endorfina en la formación de vínculos en bienestar, favoreciendo el apego, empatía y los comportamientos maternal y parental, y la salud sexual. Tanto la oxitocina, como la vasopresina y la dopamina y sus receptores, pueden verse modificados de forma epigenética por las experiencias tempranas en torno al nacimiento, dando lugar a patrones conductuales específicos. La interacción madre-bebé y otros aspectos del período pre-y posnatal, pueden afectar profundamente la conducta, y estos efectos pueden producir cambios persistentes en los sistemas neuroatómicos y neuroendocrinos (Phillips, R., 2013; Heinrichs, M., Von Dawans, B. y Domes, G., 2009; El parto es nuestro, [s/f]).

Analgesia⁴ epidural en su relación con la oxitocina

El parto fisiológico es un proceso de equilibrio dinámico, donde la activación y supresión continua y rítmica de neurotransmisores y hormonas permiten que el cuerpo genere una manifestación particular 'un estado de conciencia' propio del trabajo de parto. Tal manifestación necesita – o se reconocen- algunos elementos psicosociales que facilitan tal estado de conciencia (Northrup, 2010). Las endorfinas tienen la función neuroendocrina de supresión o disminución del dolor, propician el descanso y la sensación de bienestar, lo que reduce la necesidad de otros tipos de analgesia con

² Estudios actuales demuestran el impacto que producen los desequilibrios neuroquímicos durante la gestación, parto y puerperio en el desarrollo psicoafectivo y neuroendocrino en los primeros años de vida.

³ <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica> [Vista: 11-12-18].

⁴ <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/09/05/la-epidural-no-es-inocua> [Vista: 11-12-18].

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-epidural> [Vista: 11-12-18].

efectos secundarios indeseados. En un parto movido exclusivamente por oxitocina endógena, las contracciones son menos dolorosas y más llevaderas, que las originadas por la oxitocina sintética, esto se debe al efecto cascada que ejerce sobre otras áreas neuroendocrinas activas fisiológicamente, que permiten la liberación de endorfina (Hastie, C. y Fahy, K., 2009; El parto es nuestro, [s/f]).

La sensibilidad propioceptiva de la mujer es necesaria para identificar fases del parto y la posición de la cría; intuir para adecuar sus posturas, movimientos, ritmo y respiración. La analgesia mal aplicada, en sobredosis, elimina el dolor y la sensibilidad general, pudiendo además generar pérdida de equilibrio y, por lo mismo, limitación de la movilidad. Además, deja desprotegida a la criatura, que no recibe la dosis materna natural.

En relación con su interferencia del parto, se reconoce que la analgesia produce una disminución de las contracciones, enlentecimiento e incluso una detención, teniendo como recurso recurrente la aplicación de otras técnicas invasivas, como la rotura de la bolsa o la perfusión de oxitocina sintética. La alteración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), está directamente relacionada con la bajada de la tensión arterial de la madre, el feto recibe menor cantidad de sangre y, por tanto, de oxígeno. La posición de la cría y la propulsión expulsiva se ven dificultadas ya que la madre pierde propiocepción y, por lo mismo, conexión con el bebé. Esta concatenación de efectos deviene en el aumento de partos instrumentales. Se reconoce que el periodo expulsivo se torna más largo y que también es más probable que se practique una cesárea (Guisasola, 2004).

Los riesgos maternos asociados al uso de analgesia peridural son variados. En relación con la técnica se sabe que puede producir hipotensión arterial, por esto se tiende a utilizar una vía venosa para hidratar antes de punzar. También se pueden producir complicaciones derivadas de una mala punción, aunque suelen ser escasas, los síntomas se corresponden con dolores de cabeza y dolores lumbares leves a moderados. Incremento de la posibilidad de sufrir fiebre intraparto (Northrup, 2010 citando a Lieberman, E.,1997). Se produce un incremento de la temperatura materna que puede interpretarse equivocadamente como signo de infección (El parto es nuestro, [s/f]).

Con relación a la lactancia, afecta indirectamente porque favorece el edema de las mamas, por la perfusión de líquidos intravenosos para contrarrestar la hipotensión, dificultando el agarre y los movimientos en las primeras horas. Según la dosis aplicada, y en algunos casos, la falta de endorfinas endógenas maternas puede generar una deficiencia de la analgesia natural del feto y pueden manifestar dolor, especialmente si el nacimiento ha sido distócico (ventosa, fórceps, espátulas, cesárea). En otros casos, cuando existe un exceso en la dosificación, se reconoce el efecto hipotensivo en los recién nacidos que se observan muy adormilados por los fármacos, pudiendo durar el letargo varios días. Este estado dificulta el proceso de la lactancia temprana, la falta de estímulo puede provocar desajustes en el volumen y la calidad inicial (El parto es nuestro, [s/f]).

Monitorización cardíaco fetal

El uso del monitor cardíaco fetal está directamente relacionado con el suministro de los fármacos anestesia y oxitocina sintética, casi siempre posterior a la instalación de una vía venosa.

Se describe una correlación positiva, estadísticamente significativa con las cesáreas, es decir, a mayor monitoreo, mayor número de cesáreas (Nardin, J.M., 2007; Vogel, J. y cols., 2015). Así mismo, Guzmán (2012) sostiene que una de las causales del incremento de las cesáreas es el uso indiscriminado de la monitorización cardíaco-fetal, que ha propiciado un aumento del intervencionismo por la elevada cantidad de falsos positivos en el diagnóstico, es decir, el monitor marca sufrimiento fetal -por descenso de latidos- pero no se condice con el estado real del feto o neonato.

Como desventaja, mencionada anteriormente, se puede inferir que limita el libre movimiento si su conexión no es inalámbrica.

CESÁREA Y MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL

La sobre intervención a procesos fisiológicos como el parto es un tema importante y en boga; existe evidencia que demuestra una relación entre la cesárea y mayor mortalidad y morbilidad en el post parto (OMS, 2015; Villar y cols., 2007). Además, se ha demostrado que las mujeres intervenidas por cesárea expresan menos satisfacción respecto al parto a largo plazo, tienen menos probabilidades de amamantar, tienen un tiempo más largo de espera para interactuar con el bebé y tienen menos reacciones positivas hacia ellos después del nacimiento en la interacción en casa (apego madre hijo) (ChCC, 2008; Di Matteo, M.R. y Morton, S.,1996; 1996; Mutryn, 1993).

Se ha asociado la cesárea con menos contacto piel a piel con los recién nacidos, y con tasas menores de lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses postparto comparadas con mujeres que tuvieron partos vaginales (Chalmers y cols., 2010). Esto se confirma en Chile: la sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna (2013) muestra que la lactancia materna exclusiva durante seis meses de niños que nacen por parto vaginal es de un 59% y la de niños nacidos por cesárea es de un 52,8% (Sadler, 2015a citando a MINSAL, 2014).

La cesárea también se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, prematuridad y mayor número de hospitalizaciones de los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal (Villar y cols., 2006; Levine y cols., 2001; Salinas y cols., 2007). Existe evidencia epidemiológica que demuestra que los bebés nacidos por cesárea tienen más probabilidades de desarrollar asma bronquial y alergias, gastroenteritis, diabetes Tipo 1, leucemia infantil, cáncer testicular, obesidad, esclerosis múltiple y problemas de desarrollo cerebral (Dahlen y cols.,2013).

Si bien lo anterior, siempre es necesario recalcar que la cesárea es eficaz para salvar la vida de las madres y los neonatos en casos de requerimientos médicos (Cunningham,

2011), y según Farías & Oyarzún (2012) se utiliza de forma consensuada en casos de: placenta previa, feto en presentación transversa, desprendimiento prematuro de la placenta, malformaciones fetales, infección por VIH, sufrimiento fetal con condiciones obstétricas que no permiten el parto natural-vaginal. Actualmente se discuten los criterios de presentación podálica y la evidencia descarta las cicatrices uterinas previas (Tahseen y Griffiths 2010; Guise y cols., 2010).

DISTOCIAS Y MANEJO DE LA EVIDENCIA

El término distocia se define como la progresión lenta o falta de progresión del trabajo de parto (Alijahan y Kordi, 2014). En términos simples indica cualquier complicación o dificultad durante la labor. Para su comprensión y estudio la obstetricia clínica las clasifica según su etiología en relación con: alguna anomalía de las fuerzas (contractilidad uterina y esfuerzo materno para la expulsión), anomalías relativas al pasante (el feto), anomalías relativas al pasaje (la pelvis) (Cunningham, 2011).

La distocia por desproporción feto pélvica (DFP), corresponde a una anomalía relativa al pasaje (pelvis) y pasante (feto); y refiere a la incongruencia entre el tamaño del feto y la capacidad pélvica, que dificulta el parto vía vaginal (Pérez-Sánchez, A. y Donoso, E. Obstetricia 2011; Cunningham, 2011).

Las cuatro indicaciones más frecuentes para derivar a cesárea durante el trabajo de parto corresponden en un 80% a: cesárea anterior, falta de progresión del trabajo de parto, estado fetal no tranquilizador, sufrimiento fetal agudo u otras alteraciones del monitoreo fetal, y presentación podálica (Althabe y cols., 2004).

Un estudio de Salinas y cols., en Chile (2004), en 2883 mujeres respecto a los posibles factores de riesgo de cesárea mostró que la cicatriz de cesárea previa, la inducción del trabajo de parto y la macrosomía fetal son los factores que inciden mayormente en la probabilidad de una cesárea.

Respecto a la cicatriz de cesárea previa, estudios internacionales han demostrado la escasa frecuencia de roturas uterinas cuando existe una cicatriz de cesárea previa, que oscila entre un 0,2% y un 1%, aumentando a un 6% cuando hay inducción, y reduciéndose a un 0,02% cuando la asistencia es humanizada (Tahseen y Griffiths 2010; Guise y cols., 2010). En Chile, sigue siendo utilizado como criterio y también como fórmula de persuasión para cesárea; y, a nivel internacional, se ha reconocido como una de las causales que contribuye mayormente a elevar el porcentaje de cesáreas con un 26,7% de todas las cirugías realizadas (Betrán, A. y cols., 2009).

Respecto a la evidencia presente actualmente, existe un vasto *corpus* de investigaciones que han aportado al conocimiento obstétrico, intentando prever las posibles dificultades del parto vaginal. Así, se encuentra en las investigaciones, múltiples comparaciones que vinculan algún aspecto de la morfología de la madre y/o del feto, con el objetivo de lograr dilucidar alguna correlación certera que prevenga de una posible distocia; tales como: estatura y peso de la madre antes del embarazo y ganancia de peso durante el parto,

edad materna, dimensiones fetales de término, peso del feto, altura uterina, pelvimetría clínica (interna y/o externa), paridad, entre otros (Alijahan y Kordi, 2014; Maharaj, y cols., 2010; Rozenhoc y cols., 2007; Penalva, 2003; Sheiner y cols., et al 2005; Tsu, 1992; Witter 1995). Si se revisa la literatura antes citada, se puede observar que los resultados son diversos y contradictorios entre distintas investigaciones.

Dentro de los atributos morfológicos más utilizados para evaluar riesgo de distocia por DFP, la talla materna es un factor considerado muy relevante dentro del sistema biomédico, sin embargo, su valor predictivo es cuestionable para distintas poblaciones y deben realizarse ajustes poblacionales para conocer su utilidad (Kurki, 2013, 2011, 2007). La diagonal transversa de Michaelis (anexo 1, fig.2 y 3), ha entregado valores significativos en tres estudios recientes, reconociendo una alta especificidad predictiva (92%) (Liselele, 2000; AT Rozenholc y cols., 2007; Alijahan y Kordi, 2014). A fines del S.XIX (1891) se propuso la importancia de este espacio para evaluar la cavidad pélvica, entregando una asociación entre el tamaño y la forma de la pelvis (Alijahan y Kordi, 2014). Ambas medidas juntas talla materna (TM) y diagonal transversa (DTM) son más predictivas que la talla materna por si sola (Rozenholc y cols., 2007).

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Comprendiendo el parto como fenómeno de estudio bioantropológico, es reconocido que las *praxis* asistenciales socioculturales influyen el devenir del trabajo de parto de distintas formas y desde distintas dimensiones, y que, en función de la manifestación local es necesario abordar el fenómeno atendiendo una comprensión lo más íntegra posible.

En la actualidad la distocia es la indicación más común para el parto por cesárea primario (Cunningham y cols., 2011). En Chile, no se ha registrado un consenso en los reportes de las indicaciones y éstas son usadas de forma inconsistente (Guzmán, 2012). La mayor parte de los estudios en obstetricia se han efectuado bajo el modelo de asistencia biomédico tecnocrático, y tal como se mencionó anteriormente, los procedimientos de atención tienen una influencia en el desarrollo del parto fisiológico. En este sentido es prudente y necesario considerar dentro de las variables, el modelo de asistencia en las investigaciones futuras y también las particularidades poblacionales a las que se asiste y estudia (OMS, 2015). El modelo de atención del parto en los estudios obstétricos adscritos a la biomedicina alopática, sólo ha sido parcialmente sopesado y es plausible que la mayoría de estos estudios se realizó en recintos hospitalarios.

En las encuestas realizadas en Chile, el año 2014, se identificó en alrededor de un 10 % las causales de macrosomía fetal y desproporción feto-pélvica (DFP) como criterio de cesárea. Además, en entrevistas cualitativas realizadas a mujeres, matronas y obstetras, se observa frecuentemente la asociación entre el crecimiento fetal y la estrechez pélvica de la mujer chilena como criterio diagnóstico recurrente para derivar a cesárea. Tales asociaciones no tienen un sustrato científico contundente para la población chilena y la tasa de cesáreas se perfila como epidemia sanitaria. (Sadler, M., Leiva, G. y Sáez, M. 2015d; Sadler y cols., 2013)

En esta investigación se abordó el fenómeno del parto mediante una perspectiva teórico-metodológica mixta. La colecta de datos se realizó desde centros de atención perinatal que luego fueron triangulados en función de los contextos de atención hospitalarios. Se estudiaron las medidas antropométricas, talla materna (TM) y diagonal transversa de Michaelis (DTM), para evaluar su aplicabilidad como estimador de distocia por desproporción feto-pélvica (DFP) en una muestra poblacional chilena (n=54) y se realizaron entrevistas semi-estructuradas para conocer las diferencias contextuales en torno al fenómeno de la asistencia perinatal y la experiencia de parto de usuarias del servicio público (n=30).

Justificación del estudio

Muchos estudios han intentado predecir las posibles dificultades que pueden presentarse durante el trabajo de parto para así evitarlas o planificar una intervención adecuada. Una revisión de los trabajos vinculados a este tópico demuestra que no existe claridad en la apreciación de los factores que influyen en desarrollo de la labor. La gran mayoría han buscado formas de prever una posible distocia sólo en la bio-morfología de la gestante, sin embargo, pocos han volcado su esmero a conocer el impacto de la asistencia del parto.

En esta investigación se evaluaron dos medidas antropométricas que han sido usadas para predecir distocia por DFP, talla materna (TM) y diagonal transversa de Michaelis (DTM) (Liselele, 2000; AT Rozenholc y cols., 2007; Alijahan y Kordi, 2014), testeando su comportamiento para una muestra poblacional chilena en dos establecimientos hospitalarios con modelos de atención disímiles (n= 54). Corresponde a un método no invasivo de pelvimetría externa, útil para poblaciones alejadas de recintos de atención hospitalarios. En Chile no existen estudios que lo avalen como método de estimación de distocia, por lo que se propone como estudio exploratorio descriptivo, dando importancia al contexto de atención del parto. Se abordó la influencia de los establecimientos de salud y su modelo de asistencia en el resultado del trabajo de parto, y también se indagó en la percepción de la usuaria de la calidad de la atención recibida (n=30).

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Influye el modelo de asistencia obstétrica en la incidencia de distocias en mujeres chilenas de bajo riesgo obstétrico?

¿Cómo se distribuyen, en una muestra poblacional chilena, las variables antropométricas: Talla Materna (TM) - Diagonal Transversa de Michaelis (DTM); son útiles para predecir distocia en contextos de atención distintos?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Evaluar si el contexto de asistencia del parto es un factor considerable de riesgo obstétrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la distribución de las variables antropométricas, estatura-diagonal transversa de la zona sacra romboide de Michaelis en la muestra poblacional chilena.
2. Evaluar la capacidad predictiva de distocia del estimador (Talla Materna (TM) -diagonal transversa de Michaelis (DTM)) en ambos contextos de asistencia.
3. Identificar y describir las diferencias entre los establecimientos de atención obstétrica.

FUNDAMENTOS TEORICOS

Se realizó una propuesta hipotética-deductiva, que fue trabajada desde una visión científica empírica de enfoque popperiano, caracterizado por premisas como 'no existen puntos de partida incuestionables, ni la racionalidad científica los requiere' (Verdugo, 1989). La aproximación al problema de estudio, como bagaje discursivo de la investigadora, fue desde modelos teóricos caracterizados por tener un componente fenomenológico, integrativo, relacional; donde la comprensión última del fenómeno no es el foco de atención, sino la observación de la complejidad humana y su riqueza intrínseca.

Dentro de la complejidad, la experiencia permitió la observación de la particularidad. La singularidad de las relaciones devino a la apertura de una interpretación fundada en el valor de los encuentros; la vivencia, entendida como experiencia corporizada, y las creencias personales como dispositivos que impactan la corporalidad⁵.

Los modelos teóricos más significativos que dieron fundamento e influenciaron la observación-interpretación de la investigación, se resumen a continuación:

Antropología Médica

Área de la antropología social que se orienta al estudio de las relaciones entre cultura y salud. Cada sistema cultural posee una forma de concebir la medicina, sus alcances y su implicancia en el entorno social y ecológico. Desde esta comprensión, un sistema médico

⁵ Se trabajó un dispositivo de observación propio, con base en la teoría energética de la medicina tradicional China conocida como Teoría de los Tres Tesoros (Jing-Qi-Shen), que permitió la contemplación de casualidades en distintas dimensiones del fenómeno estudiado.

concibe y recrea también la diferenciación entre la salud y enfermedad, que limita y da sentido a los procesos vitales, y en última instancia conforma el nexo referencial entre la vida y la muerte.

La antropología médica estudia los sistemas médicos desde una óptica no hegemónica. Buscando el diálogo y la comparación entre formas que son abarcables desde la horizontalidad discursiva. La biomedicina dentro de esta concepción constituye un sistema de creencias más, dentro la variabilidad cultural existente. Su estudio y comprensión demanda vincularse tanto al modelo teórico -biológico y tecnológico- como a la estructura y las relaciones y dinámicas de poder relativas al sistema, sus hábitos y creencias predominantes. (Martínez, 2008)

Medicina Antropológica

Línea de desarrollo de la biomedicina, que integra una comprensión orgánica de las relaciones entre cuerpo y mente, con un énfasis marcado en la fisiología como sustrato material de la relación inherente a los procesos mórbidos y de recuperación de la salud. Se enfatiza en la historia vital, e integra la biografía individual como fundamento del análisis de la psiquis y la relación funcional de los procesos cognitivos y la experiencia sensorial del cuerpo o soma. Se identifican en sus fundamentos los modelos psicósomáticos; dando especial atención al 'componente afectivo y emocional en tanto procesos vivenciados y experimentados corporalmente', orgánicos.

La medicina antropológica reconoce que "cada uno lleva en su personalidad, a partir de su historia vital, las fuerzas que determinan el origen, la forma, el desarrollo y la curación de la enfermedad" (Christian, 2000). "La persona humana está radicalmente constituida por los otros. Y solamente en ese plexo social alcanza significación, importancia y, en último análisis, vida propiamente humana" (Christian-Hass y Lolas, 2009) Los procesos cognitivos influyen, restringen o propician los cuadros mórbidos o de curación.

Teoría de la bipersonalidad

Sienta sus bases en la medicina antropológica, en ese sentido, su fundamento es el sujeto social. Sostiene que existen realidades que adquieren significancia concreta sólo en la relación de dos o más personas, de ahí proviene la idea de bipersonalidad. La realidad como fenómeno, se manifiesta antropológicamente sólo en el encuentro, es decir, existen aspectos o procesos que no pueden ser entendidos fuera del encuentro de los involucrados; se precisa más de un individuo para que el fenómeno se despliegue como tal. Presenta una visión o forma de concebir la naturaleza humana, sugiere -y propone comprobar- un "modo de ser" en el diálogo constante del fenómeno de la presencia en acción.

La forma de encuentro del modelo bipersonal se fundamenta en un tipo de encuentro social donde existen roles predefinidos por los participantes, por ejemplo, la diada médico-paciente o para esta investigación la diada, gestante-asistente de parto; donde existe además un contexto material, que en este caso sería el establecimiento de salud. Lo más importante es que comprende que tales sujetos-roles deben cumplir con una labor, un

objetivo que es común para ambos, y que, en el cumplimiento de esa labor, el sujeto se realiza. En función de sí mismo y del otro siendo con él y para él; 'no existe un yo sin un nosotros'. La paradoja es que el sujeto aparece en el abandono de sí mismo, en la entrega a la labor: "en la disolución del sujeto individual o en su autoocultación espontánea donde emerge la persona en un sentido antropológico, útil para la medicina y otros oficios éticos".

Otra de las características de un encuentro bipersonal es que puede desplegarse -cuando es efectivo- como un fenómeno relacional metalingüístico, siempre eminentemente comunicativo, pero que requiere de conductas implícitas conocidas por los participantes, de un flujo en el hacer que tiene características únicas 'la misteriosa propiedad de decir sin hablar de concordar sin acordar, de aunar esfuerzos sin vencer, ni convencer'. (Christian, P. y Hass, R., 2009). Este tipo de encuentro se manifiesta cuando las relaciones se perciben, por los integrantes, como afiatadas, íntimas y sinceras.

Pensamiento sistémico

Forma de interpretar los fenómenos, que asume la existencia de un todo integrado donde cada componente cumple una función, siendo más que una sumatoria o agregado de subunidades. Se entiende que 'el todo es más que la suma de sus partes'.

El foco de la observación se orienta a las relaciones y el intercambio de información, a la efectividad o dificultad de las interacciones o transferencias de información entre el todo y sus partes. Se puede ampliar o reducir, dependiendo de lo que se quiera observar.

Cada sujeto social -individuo-, organización, institución, etc. puede ser entendido como un sistema -unidad por sí mismo que se amplía a un sistema mayor al observarlo en un entorno o ambiente, incrementando la complejidad del sistema total, en tanto aumenta la información y también las interacciones dentro de él, cualitativa y cuantitativamente. Un sistema puede ser abierto, cerrado o mixto -semipermeable. Según el tipo de relaciones que establezca con el entorno.

Se identifican dos formas complementarias para analizar un fenómeno desde esta perspectiva, aquella que se centra y busca comprender las cualidades esenciales de un sistema, en la interdependencia de las partes que lo integran y el orden que subyace a tal interdependencia; y otra donde el foco se orienta a las corrientes de entradas y de salidas mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente. (Arnold, M. y Osorio, F., 1998). Así, la forma de abordar el fenómeno se puede complejizar o simplificar, dependiendo de dónde se enfoque el interés del intérprete.

METODOLOGIA

El parto en tanto 'encuentro bipersonal', corresponde a una experiencia única e irrepetible cargada de sentido, inútilmente reducible sólo a un hecho biológico-fisiológico; amplio en su particularismo sensible, individual, psíquico y espiritual. Las técnicas cualitativas permiten abordar el imaginario social del parto en su estado actual, accediendo a experiencias plurales en su contenido significativo, que, a la vez, como evento social, pueden compartir un sentido horizontal comprensible que visibilice la problemática existente en torno a la distocia y la cesárea.

La comprensión fenomenológica-hermenéutica del parto/nacimiento como evento biográfico es la forma de aproximación en esta investigación. La metodología es una forma experimental mixta de aproximación al fenómeno. Se complementa el abordaje cualitativo de técnicas etnográficas con la aproximación cuantitativa de técnicas antropométricas. Se trata de un estudio longitudinal exploratorio-descriptivo. El componente cuantitativo (variables antropométricas) se dirigió a evaluar un estimador de distocia por DFP y el componente cualitativo se orientó a reconocer las diferencias contextuales existentes en el sistema de atención pública e indagar en su impacto en el devenir del proceso.

El concepto *contexto*, como se mencionó anteriormente, referirá a los establecimientos de salud, y remite a las dinámicas propias de los grupos humanos en un espacio común. El concepto *modelo* de atención, previamente abordado, refiere al sistema de creencias y procedimientos que se vinculan y orientan la práctica clínica; modelo biomédico de corte tecnocrático y modelo personalizado de atención del parto.

Todos los datos fueron relevados desde los establecimientos asistenciales de atención perinatal CESFAM de dos comunas de la RM, Pudahuel y Recoleta.

MUESTRA

Componente cuantitativo

Número de participantes

La muestra poblacional para el estudio antropométrico fue constituida por 54 gestantes chilenas. 22 mujeres del CESFAM Violeta Parra de la comuna de Pudahuel, que deriva a sus gestantes al hospital San Juan de Dios, comuna de Santiago, RM; y 32 mujeres de los CESFAM Quinta Bella, Dr. Juan Petrinovic y Recoleta, de la comuna de Recoleta, que derivan a sus gestantes al hospital San José, comuna de Independencia, RM.

El N° de la muestra fue reducido en relación con el último utilizado, en el estudio Alijahan y Kordi (2014), por lo que, en tanto estudio morfométrico, se considera exploratorio.

Criterio de inclusión

El criterio de inclusión se dirigió a mujeres primíparas y múltiparas, mayores de 18 años, en el tercer trimestre de gestación; de bajo riesgo obstétrico, ateniéndose a las pautas del MINSAL (anexo: tabla N°1).

Tabla 1: Componente cuantitativo (antropométrico), perfil de la muestra por comuna, CESFAM de atención perinatal			
Técnica utilizada	N° Total	Comuna	
Antropometría; talla y pelvimetría externa	54	Recoleta	32
		Pudahuel	22

Componente cualitativo

Número de participantes

El número de participantes se constituyó por 30 individuos vinculados al sistema de atención público. 22 mujeres usuarias, de las cuales 21 se encontraban en periodo perinatal. 9 funcionarios, asistentes perinatales, seis matronas y un matrón.

Tabla 2. Componente cualitativo: perfil de la muestra por rol y comuna de atención perinatal				
Técnica utilizada	N° Total	Rol	Comuna	N°
Entrevista Semiestructurada	30	Usuarios	Usuaría(os) Pudahuel	12
			Usuarías Recoleta	11
		Funcionarios	Matron(as) Pudahuel	2
			Matronas Recoleta	5

Criterio de inclusión

Se orientó mayormente a mujeres en el periodo perinatal, gestantes múltiparas o púerperas, que hayan sido atendidas o en vía a ser asistidas en los hospitales seleccionados; con excepción de una usuaria de 80 años que se aproximó y quiso ser entrevistada.

Los funcionarios corresponden a asistentes perinatales, profesionales e internas de la carrera de obstetricia y puericultura, que cumplían servicio dentro de los establecimientos de atención primaria seleccionados.

Criterio comparativo de los establecimientos de atención del parto

Los contextos asistenciales comparados corresponden a dos establecimientos de la región metropolitana. Fueron seleccionados avalando *a priori* diferencias en su modelo asistencial. Dentro del sistema de atención biomédico intervencionista se optó por el Hospital San José de la comuna de Independencia, y dentro del sistema personalizado de atención, se eligió al Hospital San Juan de Dios de la comuna de Santiago. Los CESFAM elegidos para recopilar los datos corresponden a establecimientos que derivan a sus gestantes a los hospitales antes mencionados. El criterio utilizado para categorizar los establecimientos hospitalarios fue la consulta directa a dos especialistas dedicados a la investigación crítica del fenómeno del nacimiento; la antropóloga médica Michele Sadler⁶ y el obstetra y puericultor Gonzalo Leiva⁷; reconociendo criterios de violencia obstétrica y de activismo pro-parto humanizado.

Dificultades de la investigación:

Número de participantes y perfil del componente cuantitativo

Eventualmente se seleccionarían 50 mujeres por cada establecimiento de atención médica con un N total de 100. Sin embargo, tal cifra fue inabarcable por la investigadora. El trabajo se tornó dificultoso a nivel administrativo y luego procedimental, principalmente por la desinformación de las usuarias captada en la firma del consentimiento informado. El perfil de mujeres de bajo riesgo obstétrico tampoco fue muy plausible en el trabajo de campo, casi todas las mujeres atraviesan algún grado de desequilibrio vinculado a la gestación, por lo cual este criterio fue laxo, y tuvo que ser evaluado en campo, se incluyeron tres gestantes con sobrepeso moderado y dos con diabetes gestacional, en total cuatro participantes, que no influyeron los resultados estadísticos.

Elección de los establecimientos

Se pretendía tener contextos de asistencia que tuviesen diferencias sustanciales en su forma de atención del parto, para que las comparaciones biológicas tuviesen más contundencia. Sin embargo, el proceso de aprobación de la investigación fue demorado, probándose varias alternativas para finalmente iniciar el trabajo en el CESFAM Violeta Parra de la comuna de Pudahuel, con el Hospital San Juan de Dios como establecimiento más próximo al modelo biopsicosocial y de parto personalizado. La elección comprometió una expectativa más que un dato fehaciente.

⁶ Profesora asistente, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁷ Profesor, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

TÉCNICAS CUALITATIVAS DE RELEVAMIENTO DE DATOS

Etnografía

Se llevó un registro del trabajo de campo, mediante grabaciones de voz de la investigadora y también a través de un cuaderno de anotaciones. Se realizó una descripción etnográfica por observación simple que concluyó con una observación acción-participativa, en los CESFAM donde se focalizó el trabajo.

La observación etnográfica se orientó en primera instancia a describir el uso del espacio y de recursos muebles e inmuebles en función de las dinámicas sociales que allí se presentan. Permitió registrar las impresiones subjetivas de las interacciones con usuarias y funcionarios de los establecimientos de atención perinatal.

La investigación tuvo un marcado componente etnográfico, las visitas a los establecimientos de salud permitieron ir ajustando la metodología del trabajo de campo, la comprensión de su funcionamiento a nivel institucional y la observación de las particularidades administrativas y relacionales. Se reconoció posteriormente el matiz de investigación acción-participativa que embebió esta investigación, dividiéndose en dos fases. La primera de observación pasiva, donde el foco se centra en el reconocimiento del espacio de campo y las relaciones institucionales; y la segunda fase de la investigación, marcada por el inicio de la observación participante activa, donde el trabajo de campo incluyó talleres de gestación consciente como forma de captación de interesadas y retribución a la comunidad. Este fue un trabajo conjunto con algunas de las matronas de planta e internas, que me permitió acceder a la labor educativa prenatal desde la participación.

Los primeros meses de aproximación a los establecimientos de salud, CESFAM, se realizaron en la comuna de Recoleta, con un total de cinco recintos involucrados. Se estableció un contacto superficial con el personal de los establecimientos, funcionarios de recepción, matronas, otros profesionales de la salud, personal de aseo, asistentes sociales, etc. El enfoque estuvo principalmente en el reconocimiento del entorno: aproximación al tema, observación de la forma de atención, tipo de público, relaciones interpersonales, afluencia, horarios, accesos, dificultades de la organización administrativa, etc. En esta aproximación, se concurrió a los CESFAM: Quinta Bella, Cristo Vive, Patricio Hevia, Juan Petrinovic y Recoleta. El CESFAM Cristo Vive fue descartado por tener un sistema de administración de datos menos accesible. Patricio Hevia, se descartó por tener difícil acceso y Recoleta por la alta afluencia de población migrante. Posteriormente se trabajó únicamente con dos, Juan Petrinovic y Quinta Bella, en este último la observación se hizo más participativa activa y se concretó un trabajo conjunto de talleres prenatales.

Entrevistas y conversaciones informales

Entrevistas semiestructuradas, hicieron posible la obtención de los datos de forma distendida y próxima a la usuaria participante. Se realizaron dos tipos de entrevistas, individuales y grupales, las que se triangularon con las conversaciones dirigidas de tipo etnográfico:

1) Las *usuarias en su periodo perinatal*, fueron entrevistadas durante el periodo de espera de asistencia de sus controles perinatales dentro de los CESFAM involucrados; habiendo o no participado de la toma de datos antropométricos (anexo 2, p.10). Sólo una fue entrevistada en su casa.

Todas las entrevistas fueron semiestructuradas, y ajustadas en campo, por lo que el flujo de información recopilada se orienta a un relato de contenido significativo *etic*, que permite observar tópicos presentes en el discurso de cada entrevistada. La entrevistada realizó una narración libre de su historia de parto, donde el énfasis del relato fue dado por la propia entrevistada. Desde la narración se ahondó sólo en aquellos datos expuestos por la usuaria que pudiesen tener algún tipo de relevancia clínica, procedimientos y percepción de la asistencia.

La investigadora compartió información atingente a las temáticas expuestas por las entrevistadas, experiencia personal biográfica, asistencial alternativa, investigativa y bibliográfica.

2) Los funcionarios participantes, fueron entrevistados en los box de atención o dentro de las dependencias de los establecimientos CESFAM. La entrevista se orientó a indagar aspectos formales de la propia experiencia laboral en atención de partos, aspectos de la formación académica y percepción personal de la importancia del rol asistencial del parto y cuidado perinatal (anexo 2, p.11).

Se incluyó en el análisis a dos usuarios que entregaron una visión distinta del fenómeno. Una usuaria de 80 años que se aproximó a narrar su historia de partos, y un usuario que participó del parto de su esposa y quiso ser parte de la entrevista. (detalles del perfil cualitativo en anexo 2, tabla 1, p.12).

Conversación informal y contacto telefónico

La dirección de las conversaciones informales se orientó principalmente a tres grandes tópicos, cuidado perinatal, experiencia de parto y la experiencia en asistencia obstétrica. Los contextos y agentes involucrados fueron diversos; se realizó vía telefónica a las gestantes y familiares, en las salas de espera a usuarias de diversas edades y en encuentros cotidianos con profesionales de la salud y administrativos. Estas conversaciones no fueron grabadas, sólo registradas. Fue parte del enfoque etnográfico y se mantuvo durante toda la investigación.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS, ASPECTOS RELEVANTES Y PARTICULARIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Se reconoció que, desde esta metodología, no todas las dimensiones de interés investigativo tuvieron una respuesta en cada entrevista realizada, pero permitieron reconocer las representaciones sociales que son comunes y transversales; aquellos aspectos que son mayormente valorados por la mujer, los *lugares comunes*, lo no visibilizado, y lo no reconocido como relevante. Se identificó que efectivamente existen recurrencias en algunos tópicos y gran desinformación en otros, particularmente en los procedimientos clínicos y en los derechos y deberes de las usuarias.

Relación entre atención primaria y secundaria

Este es un aspecto relevante de la presente investigación, ya que metodológicamente la colecta de datos a funcionarios se realizó únicamente en los CESFAM, centros de atención primaria. Asumiendo una relación desconocida entre discursos y procedimientos respecto al tratamiento del embarazo de término y de la dinámica de organización interna a nivel institucional e interinstitucional. Por lo que los datos fueron trabajados como referentes discursivos de una representación social que remite a un conocimiento experiencial, de índole laboral, de los principales agentes involucrados.

Acceso a los datos de las gestantes y colecta de datos

La metodología varió principalmente en el acceso al dato de componente cuantitativo rotulado como: resultado de trabajo de parto (RTP), que en vez de ser recopilado telefónicamente se realizó mediante la consulta directa de los datos ingresados a RAYEN, sistema de información clínica de los usuarios del sistema de salud pública; y/o por encuentros presenciales con las puérperas en la visita al CESFAM.

Paridad

En el transcurso de la investigación se decidió indagar en un conflicto expuesto por una gestante en una conversación informal, donde planteó la problemática de gestantes multíparas de partos normales previos, que terminan en cesárea por distintas causales. De esta conversación se decidió la participación de mujeres primíparas y multíparas sin distinción.

Observación participante activa

El vínculo entre investigadora y agentes de la salud se forjó principalmente a finales del año 2017 e inicio del 2018 con un trabajo voluntario individual y también con actividades conjuntas, en talleres prenatales que se impartieron en el CESFAM Quinta Bella. Luego se trasladó el trabajo voluntario como propuesta de integración y retribución, al CESFAM Violeta Parra el año 2018. Esta relación tuvo un sentido cooperativo y el trabajo realizado fue muy inspirador. Se compartieron experiencias y nuestra visión comprensiva del nacimiento. La propuesta de entrega en los talleres fue una forma de apertura a la

medicina integrativa, donde se relacionó la comprensión biomédica de la gestación y puerperio, con conocimientos de la filosofía yóyica y la medicina oriental.

Talleres prenatales: Gestación Consciente y preparación para el parto

Los talleres permitieron la apertura de un espacio de interacción diferente a los habitados por funcionarias y usuaria/os. Aquí, el rol se tornó difuso y la experiencia enriquecedora etnográficamente. Se expandió el horizonte de interacciones hacia gestantes de distintas nacionalidades, y latitudes geográficas: Haití, Ecuador, Perú, Colombia, Venezuela, China. El encuentro fue más íntimo y consistió en un trabajo informativo de la asistencia personalizada del parto, y un trabajo práctico psico-físico. En enfoque exploró lo sagrado del nacimiento y la conexión madre/hijo. La acogida fue muy buena, las gestantes y puérperas manifestaron su gratitud amablemente.

La firma del consentimiento informado

Esta fase tuvo varias modificaciones ya que la sensibilidad del tema de estudio involucraba un compromiso comprensivo de la usuaria y se le dio tal relevancia. Se realizó mediante invitaciones abiertas en las salas de espera, o en el taller prenatal. Se trabajó en el componente discursivo de la importancia de la investigación, abordando también algunos aspectos educativos vinculados al programa de protección de la infancia Chile crece contigo, y la normativa legal vigente de los derechos de los usuarios del sistema de salud pública. Esta fase permitió el despliegue de la conversación dirigida y la investigación acción, haciendo más satisfactorio el vínculo y facilitando algunos encuentros en el control posparto.

CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación utilizó una metodología mixta, siendo la primera experiencia investigativa dirigida por la investigadora y, por las características de las temáticas que fueron emergiendo en el estudio, se dio gran énfasis al mantenimiento de los estándares de calidad de los criterios de validez y confiabilidad⁸ y los juicios éticos aceptados para la investigación científica.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (FACSO). Además, fue revisado y avalado por los respectivos departamentos de salud de las comunas en las cuales se realizó la investigación; Recoleta y Pudahuel, y de los directores de los CESFAM en los cuales se trabajó principalmente: Quinta Bella, Recoleta, Juan Petrinovic, por Recoleta y, Violeta Parra por Pudahuel. Estos acuerdos fueron explicitados en reuniones formales de presentación y se estableció un compromiso de palabra.

Todos los consentimientos informados fueron firmados luego de una conversación de explicitación de términos y posibilidades de encuentro. Explicitando los objetivos, la importancia y el alcance de la investigación. Todos(as) los(as) participantes, tanto del componente cuantitativo como cualitativo, lo hicieron de forma voluntaria. Todas las gestantes que participaron del componente cuantitativo firmaron un consentimiento informado (anexo 2, p.6). No todos los funcionarios(as) y usuarias(os) que participaron del componente cualitativo firmaron consentimiento y el acuerdo fue de hecho.

Se resguardó la identidad de las participantes y la confidencialidad de la información entregada por ellas, sólo la investigadora manejó la información de las entrevistas y sólo ha sido usada para fines de la presente investigación; proyecto nominado inicialmente “Estudio comparativo de modelos de asistencia obstétrica disímiles: Talla materna y pelvimetría externa para predecir distocia en una muestra poblacional chilena”.

Fue muy importante asegurar la comprensión de cada participante, para agilizar el proceso de toma de decisión de participación y fidelizar los encuentros posteriores, por ello se realizó una campaña informativa con afiches en los CESFAM donde se explicitaron los fundamentos principales de la investigación.

⁸ Criterios de validez y confiabilidad de Guba y Lincoln, que se aplican a la metodología cualitativa con enfoque fenomenológico (Carvajal, 2016 remitiendo a Paredes, L. 2013).

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CUALITATIVO

ANÁLISIS DE CONTENIDO CUALITATIVO

En esta forma de análisis socio antropológico se recupera el contenido semántico de los datos. Se privilegia, más que el conteo de individuos o relatos, el acceso al fundamento significativo del relato, lo que emerge como lo más importante en cada narración.

Las entrevistas semiestructuradas, las notas de campo etnográficas y los audios de narraciones descriptivas, corresponden al dato registrado que dieron el cuerpo al análisis. La experiencia etnográfica, permitió el discernimiento para identificar los tópicos más relevantes en el diagnóstico o evaluación del problema de investigación. El fundamento de esta forma de abordar el problema de investigación se orienta al reconocimiento de que, estar en el espacio de campo, el encuentro en conversaciones informales, la observación de las conductas y las relaciones en un plano más profundo que sólo desde el rol de investigadora, es el fundamento del trabajo antropológico crítico y permite acceder a la profundidad del fenómeno y sus problemáticas.

El objetivo específico N° 3 (OE.3), que remite a identificar y describir las diferencias contextuales de atención obstétrica; fueron abordados mediante el método cualitativo de análisis. Se mantuvo como eje la transversalidad de la pregunta de investigación N°1: ¿Influye el modelo de asistencia obstétrica en la incidencia de distocias en mujeres chilenas de bajo riesgo obstétrico?, más el objetivo general: evaluar si el contexto de asistencia del parto es un factor considerable de riesgo obstétrico.

Se trabajó diferenciando tres subunidades temáticas generales, que fueron anexadas al OE.3 a continuación, planteadas como objetivos específicos del componente cualitativo. Se subdividieron en nueve dimensiones de relevancia (ver tablas 4 y 5), constituyendo el cuerpo de esta investigación.

Tabla 4: Pregunta de Investigación N°1, OE3 y subunidades planteadas como objetivos	
Objetivo Especifico N° 3 (OE.3)	Identificar y describir las diferencias contextuales de atención obstétricas en dos establecimientos de la RM.
OE3.1	Conocer la percepción de la asistente perinatal, abordando aspectos cognitivos, éticos, ideacionales y pragmáticos de la atención obstétrica, y la reforma del nacimiento en Chile bajo el modelo de parto personalizado.
OE3.2	Conocer la percepción de los usuarios, abordando aspectos cognitivos, valorativos y afectivos (comprensión, elaboración discursiva, apreciación significativa de lo bueno y lo malo, aspectos psicoemocionales desplegados) de la asistencia del parto.
OE3.3	Describir y comparar las representaciones sociales presentes en la relación asistente/usuario relativas a las tensiones y problemáticas derivadas del ejercicio práctico de la aplicación del modelo de parto personalizado y la visión institucional sobre su avance y posibilidades futuras de desarrollo.

Las dimensiones desarrolladas para cada subunidad temática permitieron el orden de la diversidad de aspectos mencionados en la narrativa de los entrevistados. Finalmente, se sintetizaron en los escritos de contenido narrativo expuestos posteriormente.

Tabla 5: Subunidades temáticas y dimensiones reconocidas para cada una según los objetivos específicos	
OE3.1	Formación profesional de la asistente del parto y su impacto en la atención obstétrica.
	Humanización del parto: aproximación personal al paradigma biopsicosocial y la reforma del nacimiento en Chile.
	La educación prenatal, asistencia personalizada y su importancia en el cuidado preventivo de la salud de la mujer.
	Atributos valóricos o éticos característicos del discurso de la asistencia en salud y su aplicación.
OE3.2	Conocer la relación usuaria/asistente de salud durante el fenómeno del trabajo de parto asistido, desde la percepción de gratificación y/o disconformidad de la usuaria.
	Identificar recursos valorados por la usuaria que hayan tenido un impacto positivo en su experiencia de parto.
	Identificar prácticas que hayan influenciado negativamente su experiencia de parto.
	Percepción de los aspectos críticos de la <i>praxis</i> obstétrica y la proyección de su rol en la salud pública.
OE3.3	Construcción de discurso social como agente causal de las transformaciones en la práctica de la obstetricia y la nueva comprensión del nacimiento desde una perspectiva comunitaria.

METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO: TÉCNICAS CUANTITATIVAS

Antropometría

Se trabajó con las variables talla materna y diagonal transversa del área sacro-romboide de Michaelis (anexo 1, fig.c)

Materiales

Ambas mediciones fueron realizadas con un tallímetro y una cinta métrica regular marca SECA.

Técnica de medición

La diagonal sacra transversa de Michaelis se define como las depresiones entre las espinas postero superiores y los extremos horizontales del hueso sacro (Rahele y Kordi, 2014) (anexo 1, figura c). Específicamente corresponde al espacio aponeurótico generado entre los procesos transversos de L5-S1, las apófisis articulares superiores del sacro y las alas del mismo (Anexo 1: figuras 1 y 2). En anatomía de superficie se les reconoce como fosas lumbares laterales e identifica popularmente como los hoyuelos de venus.

La técnica utilizada para encontrar el hito anatómico de forma precisa corresponde a un método de palpación de superficie de la Medicina Tradicional China (MTC). Se eligió esta metodología por su simpleza y especificidad. Este hito anatómico es un pliegue o punto de superposición de músculos, fascias y ligamentos. Se corresponde con el punto acupuntural denominado, Shu de la puerta del origen o GUAYUANSHU. La medida se tomó desde el centro de la hendidura.

Los datos antropométricos fueron obtenidos mediante la medición directa de la gestante en el tercer trimestre, durante el control médico regular. La investigadora responsable fue quien relevó todos los datos antropométricos.

Tratamiento de los datos

Se elaboró una base de datos de una entrada que contempló las siguientes variables: talla materna, diagonal transversa de Michaelis, contexto asistencial, edad, paridad, resultado del trabajo de parto (RTP): presencia o ausencia de distocia. El criterio analítico de parto distócico fue el mismo utilizado en el estudio de Liselele, y cols., (2011) remitiéndose a partos con uso de instrumental (fórceps) y/o cesárea.

HIPÓTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS

El análisis fue realizado utilizando los programas estadísticos R y Stata, y corresponden a estadística descriptiva e inferencial.

Las propuestas hipotéticas para esta investigación se presentaron en tres planteamientos que siguen una lógica ordenada, concordante con el trabajo estadístico propuesto. A continuación, se expone el modelo del diseño de investigación con las preguntas específicas para el desarrollo del análisis estadístico, y luego el desarrollo del análisis realizado con las variaciones sugeridas por el analista.

HIPÓTESIS

Las hipótesis por falsear fueron las siguientes:

I. El contexto de atención es un factor de riesgo obstétrico.

Variables observadas: Comuna (hospital de atención) y resultado del trabajo de parto.

H β C0: Las mujeres atendidas en contextos personalizados no muestran diferencias respecto a las atendidas en el sistema biomédico tradicional, ambos grupos tienen el mismo riesgo de distocia.

H β C: Las mujeres atendidas en contextos personalizados tienen menos riesgo de distocia que las asistidas en el sistema biomédico.

Preguntas a responder:	Estadístico a utilizar:
1) ¿Son ambos grupos iguales?	Análisis de contingencia y chi cuadrado
2) ¿El modelo de atención es un factor de riesgo?	ODD Ratio

II. El estimador (TM/DTM) es un predictor adecuado de distocia para la muestra de población chilena utilizada.

Variables observadas: Talla materna, diagonal transversa de Michaelis y resultado del trabajo de parto (RTP).

H_0 : Las variables antropométricas presentan el mismo comportamiento estadístico en ambos grupos.

H_1 : Las variables antropométricas se comportan estadísticamente de manera independiente en ambos contextos de asistencia.

Preguntas a responder:	Estadístico a utilizar:
1) ¿Son ambos grupos iguales?	T de student
2) ¿Se distingue una disgregación entre mujeres con y sin distocia? ¿Es separable en dos grupos?	Man Withney
3) ¿Es separable tanto en modelo de atención A como en B?	Análisis de contingencia (usando el índice) (o las variables independientes)
4) Si 2 es así, ¿cómo se construye un modelo predictivo de distocia según esta muestra poblacional?	Análisis de covarianza en los cuatro grupos resueltos en el análisis de contingencia, y análisis discriminante para evaluar efectividad del modelo predictivo.

III. El modelo de atención tiene relevancia en la incidencia de distocias en el trabajo de parto.

Variables a observar: TM, DTM, RTP, comuna (hospital de atención).

H_0 : Las muestras poblacionales no presentan diferencias estadísticamente significativas en el resultado del trabajo de parto en ambos modelos de atención.

H_1 : Existe una diferencia estadísticamente significativa en el resultado del parto en el modelo de atención personalizado.

Preguntas a responder:	Estadístico a utilizar:
1) ¿Presentan ambos grupos la misma distribución de distocia?	T de student o Man Whitney
2) ¿Qué medidas límite pueden predecir distocia?	ANOVA si es paramétrico, Kruskal Wallis si no es paramétrico.

RESULTADOS

I. *El contexto asistencial como factor de riesgo obstétrico*

Se realizó un análisis de contingencia para ver la distribución de los datos:

Tabla 1: Comparación entre San José con San Juan de Dios respecto a la presencia o no de distocia			
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	NORMAL	DISTOCIA	TOTAL
Hospital San José	0	1	
%	21	7	28
Hospital San Juan de Dios	75	25	100
%	11	5	16
Total	68,75	31,25	100
%	32	12	44
	72,73	27,27	100

El total de la muestra estudiada tuvo un 27% de distocia en el sistema de salud público. Hubo 7 mujeres que finalmente decidieron tener su parto en una clínica y la relación fue de dos partos normales y cinco distocias, es decir, un 55,5% de partos con distocia. Una muestra pequeña que asemeja las relaciones porcentuales de otros estudios (Sadler, 2015a,b,e). Todos los porcentajes se muestran sobre las recomendaciones de la OMS, 2015.

El sistema de salud pública no arrojó diferencias significativas entre los resultados de parto de los dos establecimientos estudiados. Los resultados de la regresión logística ODD ratio muestran que no hay asociación entre la variable dependiente resultado trabajo de parto (con distocia y sin distocia) y la variable independiente contexto de asistencia (hospital San Juan y San José).

Se puede concluir, que las mujeres atendidas en el contexto hospital San Juan de Dios (modelo personalizado) no muestran diferencias respecto a las atendidas en el contexto hospital San José (modelo biomédico intervencionista), en relación con la distocia, ambos grupos el mismo comportamiento estadístico. Se avala la hipótesis nula (H_0) para esta razón estadística.

II. El estimado (TM/DT) es un predictor adecuado de distocia para la muestra de población chilena.

Tabla 2: Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la variable TM/DTM con el fin de probar la normalidad					
TM_DTM	Obs	W	V	Z	Prob>z
Todas	51	0,98499	0,717	-0,711	0,76142
Sin distocia	35	0,97388	0,932	-0,147	0,55827
Con distocia	16	0,96327	0,744	-0,587	0,7213

Los datos fueron trabajados generando un índice relacionando las variables talla materna/diagonal Transversa de Michaelis. Desde esta nomenclatura los resultados fueron semejantes para ambas muestras poblacionales. La distribución de las variables talla materna y diagonal transversa de Michaelis fue normal para ambos grupos; distócico y no distócico.

Para las mujeres sin distocia hay un 55% de probabilidad de aceptar la hipótesis nula (H_0), en tanto para las mujeres con distocia, hay un 72% de probabilidad de aceptarla. En conclusión, se puede reconocer que la distribución del índice TM/DTM es normal para la muestra poblacional abordada por subcategorías con distocia y sin distocia.

Para todas las mujeres, hay un 76% de probabilidad de aceptar la hipótesis nula H_0 : Las variables antropométricas presentan el mismo comportamiento estadístico en los datos tomados como conjunto, por lo mismo, se puede aceptar que la distribución del índice TM/DTM es normal para la muestra poblacional tomada como conjunto único.

Por lo tanto, no hay inconvenientes para realizar prueba t de Student, ya que la variable distribuye normal.

Tabla 3: Prueba t de Student para comparar TM/DTM entre mujeres con y sin distocia						
Group	Obs	Promedio	Error estándar del promedio	Desviación estándar	[95% Conf.	Interval]
Sin distocia	35	13,9186	0,2006377	1,186989	13,51086	14,32635
Con distocia	16	13,69743	0,342891	1,371564	12,96657	14,42828
combined	51	13,84921	0,173385	1,238217	13,50096	14,19747
degrees of freedom =	49					

$$\Pr(|T| > |t|) = 0.5592$$

La prueba t de Student mostró que no hay diferencias significativas en el índice TM/DTM entre mujeres con distocia y sin distocia. Por lo tanto, podemos sugerir en base a la presente muestra que el índice TM/DTM no separa individuos con distocia o sin distocia. Se concluye que el índice sugerido no es predictivo de distocia por DFP para esta muestra.

Tabla 4: Regresión logística con el fin de conocer si el índice TM/DTM explica la presencia o no de distocia (si el índice TM/DTM se asocia a distocia)

Resultado del Trabajo de parto	Coefficiente	Error Estándar del coeficiente	Z	P>z	[95% Conf.	Interval]
TM_DTM	-0,1492359	0,2504794	-0,6	0,551	-0,6401665	0,3416946
_cons	1,277784	3,461244	0,37	0,712	-5,506131	8,061698

Se aplicó la regresión logística para observar si el índice TM/DTM explican o no la presencia o ausencia de distocia. Los resultados del análisis mostraron que no se puede observar una relación entre el índice y el resultado del trabajo de parto, el índice no explica la presencia o ausencia de distocia.

Ya que los datos trabajados como índice no entregaron respuestas significativas, se trabajaron como variables independientes. El estadístico utilizado fue t de Student y los resultados fueron los siguientes:

Tabla 5: Prueba t de Student para comparar estatura entre mujeres con y sin distocia

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf.	Interval]
0	35	160,8029	0,7099115	4,199893	159,3601	162,2456
1	16	157,6812	1,551457	6,205827	154,3744	160,9881
combined	51	159,8235	0,7097118	5,068356	158,398	161,249

La variable antropométrica de talla materna no arrojó valores significativos para diferenciar distocia ($\Pr(|T| > |t|) = 0.0400$).

Tabla 6: Prueba t de Student para comparar diagonal transversa entre mujeres con y sin distocia

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf.	Interval]
0	35	11,62571	0,1561266	0,9236573	11,30843	11,943
1	16	11,6125	0,2963493	1,185397	10,98085	12,24415
combined	51	11,62157	0,1401488	1,000862	11,34007	11,90307

No se observan diferencias significativas de la diagonal entre mujeres con y sin distocia ($\Pr(|T| > |t|) = 0.9656$).

La Hipótesis III no fue trabajada, ya que los resultados observados no arrojaron diferenciación entre contextos de asistencia y resultado de trabajo de parto. Sin embargo, considerar que el universo muestral fue reducido en relación a las investigaciones

precedentes (Alijahan, R. y Kordi, M., 2014; Rozenholc y cols., 2007; Liselele y cols., 2000).

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS PARA LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y SOCIOCULTURALES

La distribución de las variables antropométricas fue normal para ambos grupos. Las poblaciones fueron semejantes tanto en la estatura como en las dimensiones de la diagonal transversa de Michaelis. Se concluye que la muestra poblacional tiene características fenotípicas similares en los rasgos estudiados.

La diagonal transversa se utiliza como una herramienta antropométrica que permite inferir la capacidad del canal de parto; estos resultados nos muestran que tenemos una población que tiene canales de parto similares, que distribuyen de forma normal y que tienen una variabilidad semejante a otras poblaciones. La media fue de 11,6 cm tanto para el grupo distócico como el no distócico.

En relación con las poblaciones previas en que este estimador fue utilizado, medio oriente y áfrica, nuestra población se encuentra dentro de los rangos no distócicos en su valor promedio (11,6 cm). Incluso el valor más bajo presente para la DTM en el grupo con distocia (9,7cm para esta muestra) se halla dentro de los límites no distócicos de otras poblaciones (Liselele y cols., 2000). La diagonal transversa mostró un comportamiento aparentemente más aleatorio en su dispersión, pero es probable que un N° mayor sea conveniente para validarle o descartarle como estimador predictivo de distocia por desproporción feto-pélvica en población chilena. De todas maneras, es necesario hacer hincapié en que las variables disruptivas del trabajo de parto, dentro de la *praxis* médica, deben ser reducidas para mayor confiabilidad de cualquier variable antropométrica.

Tabla 8: Promedios de los datos analizados incluyendo edad, paridad y frecuencia del resultado del trabajo de parto (RTP) con valores porcentuales

U	TM	DTM	EDAD	PARIDAD	RTP (dist/no dist)
total obs 54	160,07	11,62	27,75		.
total obs 51					16/35 (31,7%: 68,6%)
total obs 53				1,92(2 hijos)	

Los resultados del análisis logístico muestran que la estatura está al borde de la significación en relación con la variable distocia, sin embargo, no es predictiva. Las medias de estatura para la población estudiada también se encuentran por sobre los valores distócicos hallados en otros estudios (Alijahan, R. y Kordi, M., 2014; Rozenholc y cols., 2007; Liselele y cols., 2000).

Para la muestra poblacional de este estudio los datos antropométricos no resultaron predictivos; el componente cualitativo de la investigación advierte las incoherencias

presentes a nivel asistencial que enturbian la observación del comportamiento osteológico y fisiológico de nuestra población. Los valores métricos no son suficientes para comprender el fenómeno de distocias en Chile.

La tabla 9 muestra una síntesis de las variables y las frecuencias del resultado de trabajo de parto separando la población por paridad. Se observan importantes diferencias entre mujeres primigestas y multíparas. Es probable que estas diferencias estén directamente relacionadas con el cuidado en los procedimientos en los que se incurre con las gestantes multíparas que están influenciando, de forma importante, las cifras generales de cesárea en el sistema de atención pública.

Tabla 9: Frecuencias del RTP según paridad expresada también en valores porcentuales e índice de incidencia				
Paridad	n° obs	Distocia	No distocia	índice
primigestas	20	5	15	(1:3)
%		25	75	
multíparas	30	11	19	≈ (1:2)
%		36,6	63,3	
total obs	50	16	34	(1:2)
%		32	68	

CONTENIDO NARRATIVO

Objetivo Específico 3.1	Conocer la percepción de la asistente perinatal, abordando aspectos cognitivos, éticos, ideacionales y pragmáticos de la
-------------------------	--

HUMANIZACIÓN DEL PARTO: APROXIMACIÓN DESDE EL PROFESIONAL DE LA SALUD AL PARADIGMA BIOPSIOSOCIAL Y LA REFORMA DEL NACIMIENTO EN CHILE COMO EJERCICIO ÉTICO

La formación académica marca inevitablemente la línea de trabajo del asistente de salud. Toda la comprensión que un sujeto social pueda elaborar como discurso cargado de sentido, tanto para su quehacer, en la labor que desempeña, como para su propia experiencia vital, se embebe de los recursos obtenidos durante su formación. Si bien, como sujeto de experiencia no se limita sólo a ese espacio; la utilidad de la labor que desempeñará como profesional está cargada de ideas respecto de las formas de hacer, *los porqués y para qué*. Estas ideas se traducen también en un discurso ético, que es finalmente lo que devela la coherencia de un sistema; la simple relación entre un 'saber hacer, decir lo que se sabe, y hacer acorde a lo que se sabe', dirigiendo la praxis clínica de un profesional en ejercicio (Lolas, 2000).

Transformación en la atención obstétrica

La mayoría de los entrevistados, usuarios y funcionarios, dice sentir cierta disconformidad con la forma actual en que se ejerce y se practica la matronería en el sector público. Las razones son reconocibles y aluden a diversas dificultades presentes en el sistema de salud.

Se identificó que el sistema de creencias en el que basa el profesional su praxis clínica es fundamental para reconocer el dilema ético que atraviesa la asistencia clínica. La experticia profesional, se fundamenta en un cuerpo teórico de rigor científico y humanitario, donde el quehacer laboral, la toma de decisiones respecto a procedimientos, está estrechamente vinculada -muchas veces subordinada- a criterios técnicos asumidos como verdad empírica, para la mayoría sólo cuestionable a la luz de nuevas evidencias.

La mayoría de las profesionales partícipes de esta investigación (5/7) reconocieron la importancia de la formación universitaria en su toma de decisiones. La experiencia clínica en los profesionales más jóvenes ha marcado algún nivel de insatisfacción en su ejercicio laboral. No haber tenido una buena experiencia en la formación práctica, o la discordancia entre los ideales asumidos durante la formación universitaria y el ejercicio médico, tiene un impacto significativo en el profesional de la salud. Muchos profesionales se desvinculan del parto y se asientan en la atención perinatal, como forma de autocuidado.

Se distingue una 'reforma del nacimiento', donde se reconocen los liderazgos de algunas instituciones de formación profesional, profesionales, y activistas comunitarios que se encuentran actualmente legitimando e incentivando la aplicación del nuevo modelo de parto personalizado. La matronería se encuentra en un debate interno, que se está visibilizando, donde ya se observan las dos tendencias en el hacer y donde los

profesionales se identifican con una u otra forma. El aumento excesivo de cesáreas ha sido el detonante de la reformulación del quehacer experto.

“El enfoque antes era muy biológico muy clínico y se viene a instalar este modelo biospsicosocial. Así es que yo creo que ese ha sido el cambio, yo te estoy hablando de hace como treinta años atrás, es bastante distinto [...] la verdad es que, sí, está teniendo importantes cambios [...] yo creo que el impacto, no podría ser de otra forma; son de los cambios sociales incluso” *Matrón, 30 años de experiencia clínica.*

Respecto a la transición paradigmática y su influencia en la asistencia del parto, la estudiante comenta algo muy significativo, que permite observar los cambios cualitativos del nuevo modelo. Se puede identificar una diferencia relacional y actitudinal hacia la asistencia.

“vi un cambio [...] ya había matronas nuevas, entonces ya iban saliendo con esta idea del parto humanizado. Las matronas van rotando así es que, en realidad yo encuentro que depende mucho de la matrona, más que del parto. Algunas matronas del hospital San Borja apagan las luces, colocan música, hablan despacio. Nosotras intentamos tener un ambiente más o menos humanizado y generalmente tienden a ser las matronas nuevas”. *Interna, 24 años de edad.*

La crítica común se dirige a reconocer que la asistencia y la forma en que se ejecuta no es inocua. El sistema de creencias de un profesional y su toma de decisiones impacta en su ejercicio clínico. A modo de ejemplo de las diferencias procedimentales: ‘es muy distinto esperar o no una respuesta endógena para una dilatación que se ve demorosa; incluso, si hubiere una respuesta endógena, los procedimientos posteriores siguen reclamando una coherencia en el hacer. Se puede decidir dar un masaje o, realizar una episiotomía; y aquí es necesario recalcar que tampoco da lo mismo, con qué disposición anímica el asistente masajea el periné de la mujer’ (Olza, 2014).

“dependía del profesional que estaba a cargo mío como docente, porque también se marca eso, y uno como alumno tiene que seguir lo que le está encargando cada docente. Así, como profesional autónoma, no he tenido cercanía en relación con el parto. Así que, ahí tengo mi experiencia basada como alumna. [...] yo creo que el tema es trabajar desde la universidad”. *Matrona, 26 años.*

Citando a Lolás, en Christian y Hass (2009): “en la ejecución de las actividades relacionadas a la salud (incluyendo la investigación científica, la asistencia sanitaria, la docencia) existe una dialéctica inevitable entre deberes, derechos y objetivos (metas). Es un hábito pensar que los profesionales tienen deberes y los ciudadanos derechos, en realidad ambos grupos tienen unos y otros y deben ser rectamente empleados en formular y conseguir metas razonables y razonadas”.

Reproducción de hábitos como foco de conflicto:

Hábitos relacionales

El tipo de relación que se establece entre el profesional en formación práctica, sus colegas evaluadores y la usuaria; difiere sustancialmente en muchos casos de la enseñanza ética recibida durante su instrucción teórica. Se produce entonces un desajuste entre los ideales del quehacer profesional y los procedimientos que son habituales o requeridos en la práctica clínica.

“había una paciente que había llegado, y ella ya había sido sometida a muchos tactos vaginales, yo estaba con una matrona y yo le pregunté, si yo podía examinarla y la paciente dijo que no, y yo entendí que ella bien dijera que no, porque yo soy una estudiante y ella tiene el derecho a decidir, entonces la matrona solamente la examinó. Y después la matrona con la que yo estaba, y otras matronas, me retaron porque me dijeron que no podía ser posible que una paciente a mí me mandara. Como que no podía ser que ella tomara una decisión. Y me dijeron que ‘si tú sigues así, nosotros no te vamos a poder pasar el próximo año’ *Interna, 24 años*

La estudiante aboga por una relación más respetuosa entre asistente y asistida. Su fundamento es la observación de un exceso de tactos y la búsqueda de un consentimiento que es negado por la gestante, a lo que ella cede sin problemas. El criticismo posterior y la amenaza proveniente de sus formadores da cuenta de la recurrencia de una forma vincular, donde el fundamento prioritario es el mantenimiento de la jerarquía y no el respeto por los derechos o necesidades de la asistida.

La disposición anímica del profesional, respecto a lo que considera prudente, atingente o conveniente, y al afán de integrar sus expectativas, se ve muchas veces subyugado a los intereses personales y hábitos de los funcionarios que ocupan nichos de jerarquía mayor (Olza, 2014).

“bueno, acá en Santiago fue como un encantamiento de nuevo con la atención de parto, pero la verdad ni en Arica ni en Iquique... a mí me desencantó, ... lamentablemente lo que es Arica e Iquique es una atención...; no sé cómo será ahora.” *Matrona, 26 años*.

Irrespeto mutuo:

“el personal se ve súper expuesto, pero hay un accidente dentro de no sé poh, tres mil partos, no toman en cuenta esos tres mil partos en que no hubo ningún problema, sino que solamente la señora que tuvo la guagua en el baño y cosas así; y en general el usuario yo siento que, es súper demandante con la gente del área de la salud, y muchas veces es muy irrespetuoso, como están con dolor, como se sienten frustrados porque no son atendidos rápido, empiezan con descargas contra el personal.” *Matrona, 28 años de experiencia*.

La demanda por una mejora en las relaciones vinculares, viene desde ambos agentes. Existen varias explicaciones respecto al por qué de las complicaciones en los vínculos asistenciales.

Se identificó que existe una brecha informativa muy importante a la cual no se le ha dado el lugar preponderante que corresponde: la educación prenatal y el trabajo de preparación para el parto. Existe un gran vacío en la toma de responsabilidad tanto de la usuaria como

del sistema de salud con sus agentes, respecto a la puesta en valor de la información y a la adaptación de los recintos asistenciales, a dar lo mejor que se pueda.

Los protocolos sugeridos por las entidades reguladoras como el CHCC no están siendo acatados, y – lamentablemente- las cifras negativas han tenido un alza superior a lo esperado. Se puede reconocer que los procesos de transformación deben tener una visión conjunta, intra e intersectorial a nivel de funcionarios de salud y, además, es necesaria una planificación acorde a las características de la población a la que se asiste.

Desconfianza en la relación:

La mayoría de las matronas que se dedican a la asistencia prenatal, dicen haber elegido tal rol por la proximidad que se puede establecer con la gestante. Una relación más duradera, donde pueden aproximarse a su intimidad y conocer más de sus historias vitales.

“...De hecho, a mí siempre me ha gustado la atención primaria, por el tema del seguimiento que hay con las personas, pero me encanta la sensación que me provoca atender un parto” *Matrona, 26 años.*

Respecto a la apreciación del parto se reitera que es un momento de premura, de celeridad y que no tiene mucho de conectar con la gestante. El vínculo es esporádico y poco gratificante en términos afectivos.

“todo es muy rápido, no alcanzas a interactuar con la paciente, a enganchar con su historia, entonces como que la viste... Entonces no sabes si la vez mañana o no la ves más. Entonces a mí me encanta interactuar con la paciente conectarme con lo que pasa, con su día a día. Como para así llevar mejor el embarazo que son todos diferentes. Por eso me gusta más el APE” *Matrona ecuatoriana.*

La mayoría de las matronas alude a una relación bipersonal mayormente gratificante. Ambos individuos -asistente/gestante- se conocen e interactúan con una mayor profundidad, estableciendo vínculos afectivos que en el proceso se identifican como beneficiosos; se puede entrever que existe una relación muy estrecha entre la apreciación de la calidad del ambiente laboral con calidad de vida y sus elecciones en torno al área de la profesión a la que dedican su labor.

Competencia desleal versus cooperación:

En contraposición a la asistencia perinatal se reconoce el trabajo en hospital, como un contexto estresor, muy demandante psico-emocionalmente; se infiere también un ambiente hostil y competitivo.

“son como super cortantes, hay más agresividades. Entonces como que no va con mi personalidad; no me gustó esa parte. Cuando lo he hecho y he tratado de hacerlo a mi manera, para tratar de hacerlo mejor...” *Matrona ecuatoriana*

Muchas matronas que buscan mejorar la calidad de la asistencia se encuentran con un muro de criticismo y competitividad. Es una de las problemáticas presentes en este

sistema de atención de salud. Se reconoce como una deficiencia del modelo hegemónico imperante, pero lamentablemente tiene una raíz social más profunda.

Estas conductas se reproducen y se fomentan con el sistema educacional jerarquizado y clasista donde el médico es quien tiene un mayor control de las actividades dentro de la institución de salud. La matrona dentro de la biomedicina lamentablemente normalizó algunas prácticas ginecobstétricas que no fueron ni son beneficiosas para la atención del parto (Davis-Floyd, 1993).

Algunas prácticas invasivas han transgredido la ética profesional del no daño, *non nocere*, hacia la usuaria y hacia el propio profesional de la salud. Formato recurrente en el disciplinamiento en algunas prácticas profesionales, donde se aprende la desacreditación frente a pares y pacientes (Sadler, 2016; Olza, 2014; Davis-Floyd, 1993).

“atención primaria siempre se me hizo muy fácil, el contacto con la gente, con las embarazadas, hospitalizadas también, neonatología también me gustaba mucho; sin embargo, el parto era como que me daba un poco más de temor, creo que asociado también a las primeras experiencias que tuve, pero finalmente tú ves que en la práctica son los menos partos, los que se pueden llegar a complicar y si tienes buen equipo todas esas emergencias obstétricas se pueden resolver de alguna manera.” *Matrona, 10 años de experiencia.*

Hábitos discursivos

La defensa de la institucionalidad de la práctica de formas autoritarias de trato, o de aquellas que incurren en malas prácticas o violencia obstétrica directamente, hace alusión preferentemente al exceso de demanda del servicio, y a la poca capacidad infraestructural y de recursos humanos presentes, una saturación del sistema que no da abasto, y que llega a niveles de incoherencia interna que precipitan como violencia.

Escasez:

“hay una población demasiado alta, y una planta física pésima. Los turnos son super estresantes porque es mucha, mucha la demanda [...] la cantidad de personal y la cantidad de espacio que hay es muy reducida, [...] por eso yo me fui, porque no me gustó la forma de trabajar, [...] absolutamente sobrecargados. No se puede dar una buena atención porque no está el tiempo, ni las condiciones pa’ darla. Por muchas ganas que tenga la gente, no puede dar una buena atención”. *Matrona, 28 años de experiencia*

Lamentablemente tal tendencia discursiva es pesimista, y formó parte de un *lugar común* en el sistema de atención público de la salud. Es aparentemente razonable, pero evade un compromiso social de mejora en la asistencia mediante el argumento de la discapacidad por falta de recursos humanos o inmuebles. Sólo dos entrevistadas otorgaron importancia a la calidad de los vínculos entre asistentes, su preparación, la coordinación del rol perinatal, y la importancia de la gestión psicoemocional del funcionario -a fin de cuentas- la verdadera gestión de los recursos humanos.

Los problemas infraestructurales y administrativos en cada establecimiento van generando un círculo vicioso. Donde la disconformidad por el desempeño personal del asistente y la disconformidad de los usuarios repercute en formas de estrés laboral o de miedo a ser asistido en el servicio público. El foco de la labor se centra en la 'extracción' de la criatura y no en la calidad humana de la asistencia y del asombro ante el fenómeno vital.

"Entonces se enfocan más en resolver el problema médico que en la satisfacción del usuario en sí, y en los derechos del paciente. Eso igual, lo que uno se da cuenta en la clínica; está super potenciado por el hecho que no da abasto el sistema." *Interna, 23 años.*

Eficiencia:

Lo eficiente y lo ético debiesen ir aparejados dentro del ejercicio disciplinar. Los procedimientos debiesen estar sujetos al rigor de la experticia teórica, explicitados en guías prácticas que tengan coherencia con las líneas de trabajo de las recomendaciones internacionales. Esto es lo que se ha denominado Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que se refiere a la utilización consciente y explícita de la mejor información científica disponible para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas. Su práctica requiere de una apreciación crítica de la evidencia disponible y de la interpretación de esa información y su aplicación en la atención de salud, evaluando los resultados obtenidos (Ramírez, 2015 citando a Sadler, 2009).

"Bueno, eso es lo que nos enseñan en la 'u', tenemos como en el fondo las dos visiones y siempre nos recalcan que es para ellos lo que consideran más correcto, que es el parto humanizado, normal, pero lo que pasa es al momento después al entrar a la práctica, ahí queda la embarrá'; casi la mayoría de los centros de los hospitales, están sobrecargados de población entonces, en el fondo, ellos siempre van a preferir... (sacar un parto rápido), [...] es que también se mete el tema de la gestión de los sistemas públicos". *Interna, 23 años.*

La sobrepoblación de los recintos se utiliza como justificación implícita de algunos procedimientos, que, si bien se reconocen como no ventajosos para la calidad de la asistencia, son utilizados como herramienta para excusar una atención aparentemente eficiente en celeridad y equidad en el uso de los recursos disponibles, pero deficiente en calidad y rigurosidad obstétrica-médica. Este hecho deja manifiesto el desacomodo entre deberes, derechos y objetivos.

Sin desmerecer un eje principal que refiere a la gestión de los sistemas públicos, donde se enfrenta la paradoja de la calidad y la cantidad de asistencias realizadas o recibidas. La sobrepoblación de los recintos asistenciales no debe ser una excusa para desatender los criterios de eficiencia médica.

EL ROL LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA ASISTENCIA PERSONALIZADA: IMPLICANCIAS PARA EL TRABAJO DE PARTO

“El lenguaje que dice la verdad, es el lenguaje sentipensante. El que es capaz de pensar sintiendo y sentir pensando” Galeano

Se reconoce que a partir del impulso de Chile crece contigo, desde su inicio el año 2008 hasta la actualidad, a diez años de su implementación; se ha ido recuperando la noción de educación en salud preventiva, y existen talleres generados por el programa, que buscan hacer conciencia de la importancia de los cuidados perinatales y de la preparación de la mujer para el parto.

Estudios han verificado la importancia de la educación prenatal en la asistencia del parto (Sadler y Leiva, 2014b). Sin embargo, durante esta investigación se ha observado que el énfasis no ha sido puesto en esta área de salud preventiva. La asistencia sigue muy estrechamente vinculada a los aspectos más básicos y existe una suerte de descuido o subvaloración de la educación en salud.

Las experiencias son diversas, pero en términos generales han tenido parcial acogida por la comunidad, y las causas son múltiples, pero pueden resumirse en las siguientes:

- a. La funcionaria no tiende a valorar el rol educativo que cumple la atención perinatal.
- b. La funcionaria comprende su rol, pero existen deficiencias a nivel administrativo de gestión y orientación del trabajo conjunto, apoyo administrativo.
- c. La usuaria no toma la herramienta educativa porque subvalora su relevancia.
- d. Funcionaria y/o usuaria no toman la herramienta porque el formato de entrega es poco atractivo y no tiene afluencia.

Subvaloración:

Cada establecimiento asistencial CESFAM, funciona como unidad autónoma. Es aquí donde se toman las decisiones de ofrecer los talleres en el formato de Chile crece contigo, o entregar algún otro tipo de formación o preparación. Se observó que no siempre el método de talleres se mantiene activo en cada unidad asistencial y que el formato de entrega y el énfasis de su importancia es generado por el mismo personal que trabaja en el establecimiento, por ende, dependiente de la valoración comunitaria de la herramienta.

Como referencia histórica de la subvaloración, el matrón comenta:

“tengo la sensación de que nos avocamos mucho a lo asistencial, (refiriéndose a la década de los 80) [...] lo educacional se dejó de lado y ahora se está retomando, sobre

todo con la implementación del programa de protección a la primera infancia del Chile Crece Contigo” *Matrón, 30 años de experiencia*

Se identificó que la inasistencia de las usuarias es una de las principales desmotivaciones de las asistentes, se suma a esto que la labor de educación queda a cargo de una matrona que debe ejercer un rol con el que no siempre se siente cómoda, o donde siente que no tiene la capacitación adecuada.

“no hay mayor adherencia al taller, [...] no es culpa en sí de las mujeres, es culpa de nosotros que hacemos una cuestión fome con un power point; cuando sabemos que a la mujer..., su cerebro cambia totalmente, porque está preocupada de criar, de crear vida, y no está preocupada de aprenderse una enciclopedia acerca del embarazo. O sea, la mujer necesita datos útiles cosas prácticas” *Matrona, 26 años de edad*

La asistente hace hincapié a la necesidad de adecuar los modelos de enseñanza a las necesidades y las diferencias psico-emocionales de la mujer en gestación. Atendiendo las diferencias cognitivas y afectivas que se producen en el periodo gestación. Es de suma importancia integrar esto como conocimiento empírico, para generar un modelo eficiente de entrega de información que sea útil y que se haga plausible al momento de la atención del parto en los hospitales. Este sencillo ejemplo alude a una deficiencia que debe ser atendida seriamente desde un enfoque integral; el sistema de salud debiese adaptar sus metodologías pedagógicas de forma coherente a las características de la población a las cuales orientará la alfabetización en salud.

Gestión:

Se identificó una deficiencia en la gestión, específicamente en la planificación de los talleres. La coordinación intra sectorial y el apoyo del establecimiento en función del rol educativo aún es ineficaz en este sistema. No existe una difusión que sea efectiva en la concientización de la usuaria, respecto a la importancia de su preparación. La sensación percibida es la de indiferencia, falta de interés y/u obligatoriedad sin motivación real.

“por eso la asistencia no es tan buena, porque se van agregando cada cierto rato las embarazadas. No es que parto con todas al mismo tiempo, sino que se van agregando después” *Matrona, 23 años de edad*

Existen diferencias importantes en el énfasis que se le da a la educación prenatal en los distintos establecimientos de salud. La regularidad de los talleres y el compromiso con la labor es uno de ellos; el factor identificado como clave para fortalecer la visibilidad del rol educativo de los CESFAM es la difusión del trabajo realizado, y el fortalecimiento del trabajo comunitario.

“un espacio como te digo yo de conversación, porque acá, por ejemplo, hay hartas mujeres [...] población migrante, incluso mujeres chilenas que están todo el día solas en su casa, que no tienen contacto con nadie, entonces acá incluso forman red de apoyo entre ellas, se encuentran en los talleres se saludan, ya se han visto en otros talleres, van generando ciertos lazos” *Matrona, 26 años de edad*

Evasión:

La educación prenatal no tiene el estatus que amerita. Es vista como una asistencia tipo voluntariado por algunas usuarias y asistentes, y no se exige como un derecho, ni se toma como un deber cívico o moral, ni siquiera como herramienta de relevancia para un buen resultado de parto. A pesar de que existe un programa gubernamental que avala la entrega, con una implementación con recursos que permiten su ejecución, aún falta el compromiso y la toma de conciencia de las usuarias y funcionarias hacia una transformación eficiente del modelo de atención del nacimiento.

“venir al taller y venir a talleres que significan varias sesiones, es dificultoso, entonces, me refiero a los tiempos de permiso y los lugares de trabajo... No sé qué otros factores han influido” *Matrón, 30 años de experiencia.*

El matrón excusa a las usuarias de sus inasistencias con los argumentos más comunes que dan las mujeres para no concurrir. Sin embargo, tal como se ha expuesto previamente, es una falencia que debe asumirse desde los distintos agentes sociales involucrados.

Inclusión de la comunidad:

Se identifica precisamente en esta área, el importante rol que ha tenido la comunidad de interesadas en la humanización del parto, haciendo de agente garante de la aplicación del modelo de parto personalizado. Se reconocen organizaciones comunitarias que han realizado un trabajo colaborativo con las funcionarias de salud, implementando otras modalidades pedagógicas para abordar los contenidos de la educación prenatal. Es posible reconocer que existen agentes comunitarios, no profesionales de la salud, que se han encargado de la alfabetización en salud prenatal, cuidados y preparación para el parto. Se ha observado que la inclusión de agentes no profesionales en la entrega de esta información ejerce un efecto positivo en la población estudiada.

“eso fue en lo que nos ayudaron, como a cambiar ese estilo de talleres. Entonces, así fue como tuvimos un poquito más de acogida. Aunque a veces igual hay temporadas que no vienen porque les hizo calor, frío o está lloviendo; ya, pero hay talleres que han ido bien, que han venido hasta seis mamás, tres con pareja. Entonces son super buenos” *Matrona, facilitadora comunitaria.*

El rol de la asistencia en salud, aún se percibe como una oligarquía que asume un rol de conocimiento, que comúnmente impide la apertura al diálogo horizontal, y limita la transmisión de información efectiva. Se reconoce que en algunas comunidades territoriales las estrategias de entrega de información deben tener otras características pedagógicas y de encuentro social; así se ha observado en los CESFAM involucrados, con una alta acogida del intercambio de información, cuando la tallerista es distinta de la matrona que la atiende en sus controles regulares.

Respecto al formato expositivo de educación prenatal y la diferencia con el modelo comunitario, la asistente comenta:

“incluso hay días en que lo hacemos sin presentación, yo hablo, de alguna duda o el tema que surja en el momento. No nos guiamos por los temas, porque a veces hay otro tema que es..., hablamos de otras cosas, entonces no es muy estricto lo que hablamos en cada taller, depende de cada embarazada que va llegando al taller.” *Matrona, facilitadora comunitaria.*

El cambio en el modelo pedagógico fue lo que más influyó en el interés y recepción de la usuaria. Evaluar la implementación el modelo de parto personalizado desde la educación prenatal, puede ser una vía muy certera que resuelva la problemática de partos instrumentales presentes en el sistema de atención pública⁹.

Objetivo Específico 3.2	Conocer la percepción de los usuarios, abordando aspectos cognitivos, valorativos y afectivos (comprensión, elaboración discursiva, apreciación significativa de lo bueno y lo malo, aspectos psicoemocionales desplegados) de la asistencia del parto.
-------------------------	---

ESTADIOS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SISTEMA HOSPITALARIO Y SU IMPACTO EN LA PSICOBIOLOGÍA DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO

Se pueden reconocer diferencias en las relaciones establecidas entre usuarios y asistentes de salud, e identificar cómo estas relaciones marcan una pauta en la percepción del parto en sí mismo. Así también, es factible identificar cómo es importante la expectativa de atención y el reconocimiento de un buen trato, para esclarecer cómo, la usuaria que asiste a un establecimiento de salud -sin parámetros básicos de una buena asistencia-, tiende a ceder, sin darse cuenta, a los requerimientos del establecimiento, que incurre en tratos poco éticos, incluso vejatorios.

Se reconoció también que existen individualidades que marcan una diferencia significativa en la valoración y la apreciación de la experiencia de parto vivida por la mujer. Se identificó en esas individualidades, una relación más asentada con el modelo médico biopsicosocial y la asistencia de parto personalizado.

⁹ (...) “una encuesta a 198 parejas de la Región Metropolitana que participaron en los últimos años en talleres de preparación al parto dictados por una matrona independiente, con enfoque de promoción del parto fisiológico (vaginal). La totalidad de las parejas se atendieron en salud privada, donde mencionamos que la tasa de cesáreas del año 2012 fue de 71,8%. En la muestra hubo un 26% de cesárea (bebés nacidos tras la participación en el taller de preparación al parto), es decir, 45,8 puntos porcentuales menos que en salud privada en general. De hecho, un 77% de las parejas señaló que el curso les permitió establecer una conversación más horizontal con su equipo médico” (Sadler y cols., 2014b)

El ingreso

Se distinguió que esta fase es muy poco significativa o valorada por la mujer, se identifica como un pasaje laborioso y poco conveniente para el momento, muy desconectado. Donde deben atender requerimientos administrativos, pero sin mayor significancia. Emocionalmente se percibe como un deambular involuntario, cargado de ansiedad o expectación, con muy poca contención emocional.

“Me tomaron la temperatura, la presión, todo eso. Después esperé al matrón...después me llevaron a otra sala para hacer la ficha...después a otra sala para que me prepararan la camisola, dejar mis cosas personales; después me pasaron a las salas de arriba. De ahí, tipo cinco de la tarde, llegó una matrona para ver cómo iba; y ya como a las 7 y media, empecé [...]” *Usuaría, 28 años, puérpera, tercer hijo.*

La reiteración hace hincapié en una recepción poco fluida, donde cada encuentro es un trámite, una dificultad. Remite a un desplazamiento constante y poco amigable, donde se deambula de sala en sala, para por fin terminar en la sala de parto.

Durante esta fase ya se pueden advertir los cambios prodrómicos¹⁰ de cada usuaria. Los niveles de ansiedad aumentan en la mayoría de las gestantes.

Preparto

Durante la fase de preparto -que se identificó como la más extenuante emocionalmente- la mujer muchas veces permanece acostada e inmóvil, no se respeta el derecho al movimiento y la asistencia en este periodo es la más deficiente. Es un periodo decidor para lograr finalmente un parto normal, no obstante, aquí, es donde se producen la mayoría de los desencuentros entre funcionarios y usuarios, que influyen algunos estados de desequilibrio psico-emocional que repercuten en el resultado del proceso.

Es innegable que esta fase de la asistencia tiene una carga valorativa mayor para la gestante que para la funcionaria, que tiende a subvalorar el rol del acompañamiento y los procedimientos que aquí se efectúan.

“yo era menor de edad, yo no entendía mucho, pero te hacen lo que ellos quieren. No tenía como..., pucha aparte como que uno no sabe. Yo a los 16 años, no sabía, no entendía nada. No tenía idea, no sabía de dilatación, ni que podía pedir anestesia.” *Usuaría, 22 años, gestante, segundo hijo.*

La mujer –sin preparación prenatal- se siente en un ambiente hostil y desconocido. Donde no se siente amparada, protegida, ni atendida por los asistentes. Además, se describió como una mujer joven que desconocía el proceso del parto, las normas, derechos y deberes dentro del recinto asistencial. Algo muy común en la mayoría de las entrevistadas.

¹⁰ energéticos, anímicos.

Algunas usuarias, sienten temor a la asistencia del parto, y el temor al parto está muy vinculado al temor a la mala asistencia, no sólo al dolor físico. Por parte de la gestante existe desconocimiento de la normativa legal y de esta forma, muchas reciben intervenciones innecesarias como la aceleración con oxitocina sintética y la analgesia epidural; padecen sus manifestaciones, pero sus bajas expectativas iniciales y el desconocimiento del efecto del fármaco, le permiten mayor conformidad en desconocimiento de sus perjuicios.

“me atendieron bien, yo gritaba y no me retaban no me decían nada, sólo me veían o me ponían anestesia, la epidural me la pusieron como tres veces, porque yo le pedía que me pusieran.” *Usuaría, 18 años, puérpera, primer hijo.*

La mujer refiere una buena asistencia en tanto no recibió retos y tuvo asistencia farmacológica en los momentos en que lo solicitó.

“Cuando ya tenía la güagüa no quería ni pujar poh, estaba muerta, muerta, muerta y con la anestesia estaba como dormida; no me querían hacer cesárea y cachai que la guagüita venía..., porque yo empujé y lo devolví, porque no tenía..., grité y no tenía como fuerza...” *Usuaría, 22 años, gestante, segundo hijo.*

La gestante tiende a sobrevalorar la ayuda farmacológica en desconocimiento de los efectos secundarios de su administración. Por otra parte, el procedimiento, si bien es intuitivo como poco beneficioso, no es tan criticado por la usuaria que desconoce las opciones de asistencia.

“yo estaba ahí con la guagua ya fuera. Me decía no, no se mueva..., yo estaba esperando que saliera la otra niña pa’ entrar yo. Entonces eso no me gustó, pero me atendieron super bien, me pusieron anestesia.” *Usuaría, 24 años, gestante.*

La referencia es similar, respecto a la asistencia farmacológica. Esta gestante tuvo que tolerar la inmovilización durante su parto.

“yo me quería parar porque sentía que me tenía que parar y no me dejaban, me tenían sentada” *Usuaría, 24 años, gestante.*

Se reconoció un patrón nocivo en la inhibición del impulso del pujo durante la espera de cama, dejarla sentada y no darle importancia a su insistencia en la necesidad de pujar; la mujer tuvo un desgarro perineal durante el expulsivo.

Es aún demasiado frecuente que los funcionarios del sistema de salud público tomen actitudes poco apropiadas con las usuarias. El abuso del sistema médico y la violencia obstétrica están siendo visibilizados gracias a las denuncias de usuarios y de los mismos funcionarios que abogan por un trato ético. Otra usuaria nos narra:

“Ya po’ apúrate me decía, ‘que yo me tengo que ir a las ocho’ y... cómo quiere que me apure si esto no es asunto mío... y me decía: ‘ya po’ hácela corta, pone de tu parte’.” *Usuaría, 34 años, puérpera, cuarto hijo.*

La mujer tuvo una inducción con oxitocina sin encaje del móvil fetal, siendo múltipara y con sospecha de desproporción feto pélvica. Se le realizó una maniobra de rotación fetal que provocó una inflamación perineal y finalmente una cesárea. Su narración estuvo cargada de frustración por el maltrato recibido, sus expectativas estaban orientadas a una atención personalizada, y fue totalmente lo contrario. La ansiedad de la asistente y el poco cuidado, fueron los detonantes del inicio de un parto y parto cargado de maltrato, que, a pesar del cambio de matrona por cambio de turno, finalizó con una cesárea de urgencia.

Dentro de lo positivo se observaron también algunos casos diferentes, muy valorados por las gestantes, donde es posible apreciar cómo la meticulosidad y la diferencia vincular de algunas matronas, marcan definitivamente el devenir de un trabajo de parto. Se puede visualizar el rol de la contención psico-emocional y su impacto en la labor (Hastie, C. y Fahy, K., 2009).

“la primera, sí, porque me tocaron dos matronas; justo estaba cambio de turno. La primera matrona me dejó sola todo el rato. Como que me dejaba con la oxitocina..., ‘me avisai si te sentís mal’..., y se iba. Ya el cambio de turno con la otra matrona me hizo todo lo que fue, aromaterapia, puso música; estuvo ahí, lo que yo necesitara, masaje, porque yo estaba con mucho dolor.” *Usuaría, 23 años, puérpera, primer hijo.*

Los encuentros fueron distintos cualitativamente, con la asistente que finalmente atendió su parto, sintió mayor conexión y empatía. Siendo una usuaria primigesta, manifiesta su molestia por haber sido dejada sola en una primera fase, luego, la asistencia de la segunda matrona fue fundamental en la modalidad de parto, que fue normal.

“me ayudó a que fuera parto normal, porque la primera matrona me estaba mandando a cesárea [...] sí, pero va todo en las matronas, porque hay matronas que no están ni ahí y otras que realmente..., me ayudó harto” *Usuaría, 23 años, puérpera, primer hijo.*

Es posible identificar el valor del modelo de parto personalizado y también la importancia del rol de la asistente del parto, que pone en práctica las recomendaciones asistenciales del programa Chile crece contigo. Queda evidenciado como el sistema de creencias y el ejercicio ético, en el vínculo con la usuaria, tienen un efecto positivo en la relación vincular y en el resultado del trabajo de parto y de la calidad de atención percibida.

“la última matrona que me atendió, del turno de la noche era muy amorosa, ella era muy pro-parto natural, me preguntó en qué posición quería para tener a mi niña, me permitieron estar con mi marido adentro, hacer ejercicios con la pelota.” *Usuaría, 35 años, puérpera.*

Parto

La fase expulsiva del parto, se integra como un proceso que ha tenido un recorrido visible y cuestionable en razón y función de la integración biomédica. La fase previa, el periodo

de dilatación y contracciones, marcan el trazado del proceso que culmina con el alumbramiento. Es aquí donde el desánimo por la falta de afectividad, el cansancio por exceso de oxitocina o la inmovilización, la impotencia por una ofensa, o el desprecio por un desatino, cobran la importancia que realmente tienen. Es un estadio al que muchas no llegan, siendo derivadas a cesárea.

“Me atendieron bien. Las que estaban de ayudantes y que estaban de práctica también atienden súper bien y las únicas que me atendieron mal fueron las que auxiliaban (paramédicos), las penquitas digamos” *Usuaría, 19 años, puérpera*

La mujer tiene una buena percepción de la atención recibida. Se muestra conforme y agradecida, sin embargo, manifiesta cierta reticencia a un sector del equipo. Se desprende que la integración del personal no es homogénea, no existe un trabajo en equipo efectivo. La relación bipersonal se plantea como un encuentro de individuos que se posicionan en un espacio-tiempo con un afán en común, y una jerarquía definida previamente ‘sistema de creencias de la usuaria’. Existen prejuicios y nociones de orden, que influyen en los tipos de relaciones que se dan.

“sí, o sea, la matrona y los demás que eran sus practicantes. Eran súper atentas, igual que la matrona. Así que no, en ese momento ahí me sentí súper apoyada, por todos en verdad; en ese momento no fue tan fome para mí.” *Usuaría, 19 años, puérpera*

La mujer da cuenta, que fue en el periodo expulsivo en que sintió la contención, y que eso la ayudó a finalizar un parto normal.

“tanto que me metían la mano y me lo daban vuelta, me lo daban vuelta, entonces no. Y llega el doctor, me revisó y dijo no: ‘esta guaguüta ya está [...]’” *Usuaría, 34 años, puérpera, cuarto hijo.*

Un periodo de dilatación cargado de discrepancias actitudinales e inconsistencias técnicas que finalmente desencadenan una cesárea en una mujer multípara de tres hijos. La mujer manifiesta su desazón en la entrevista posparto, aún con una carga emocional muy dañada.

Otro caso:

“ni me la mostraron, ni me dijeron que tenía; y aparte de eso, porque fue horrible mi parto, [...] eh, tengo a mi niña, se la llevan, no me ponen nada de anestesia, cero anestesia. Me empiezan a coser donde yo sentía todo, eh...después que yo tenía tres puntos puestos, llega una matrona a la sala donde yo estaba en parto, pregunta por mi placenta y no me la habían sacado. Tuve que pujar de nuevo con tres puntos y recién me sacaron la placenta [...]. Tengo mucho miedo por lo mismo, porque yo ahora tengo cuarenta y estoy de nuevo con contracciones más de una semana y de urgencia me dicen que no estoy lista, me mandan pa’ la casa [...]” *Usuaría, 40 años, gestante, segundo hijo.*

La vivencia del parto como suceso traumático, es un gran problema para nuestra población. Se puede perfilar como un asunto de salud pública que debe ser abordado con celeridad. La mujer a nivel cognitivo carga de significado la experiencia negativa, creando

y reproduciendo fobias que distan de ser inocuas repercutiendo en otros ámbitos de su vida. Un parto mal atendido, desatendido o violentado no sólo afecta a los involucrados directos, madre-cría, sino que al núcleo familiar y muchas veces repercute en los vínculos de quienes asisten (Villalmea, Olza y Recio, 2015; Olza, 2014).

IDENTIFICANDO PRÁCTICAS NOCIVAS EN LA ASISTENCIA DEL PARTO: UNA INVITACIÓN A LA REFLEXIÓN CRÍTICA

Inmovilidad forzada

“Al hospital llegué con cinco de dilatación; y yo le digo a la niña que quería hacer pipí, y me ponen una chata porque no te dejan pararte. Me pusieron una chata y me dijo: ¿pudo? Y le dije: No, no puedo hacer. Me ve y yo, lo único que sentí, es que me calló un chorro con mucho pipí. Como que se me rompió la fuente donde ella me hizo como tacto. Y ahí ya me llevaron a la sala de parto al tiro.” *Usuaría, 28 años, puérpera, segundo hijo.*

Sensación de cohibición por el sistema de atención, la paciente describe como hábito el no dejar desplazarse. En este párrafo además agrega una rotura de membranas acostada; lo interesante de este caso, es que la mujer intuyó una rotura provocada de membrana, pero que no fue transparentada por la asistente.

amenaza de muerte

“dije que quería quedarme de pie y me dijeron que era responsabilidad mía si se me caía la güagüa o cosas así. Yo dije que sí, que asumía mi responsabilidad, porque, sentía yo que el dolor se me pasaba más rápido caminando [...] sí, yo no quería acostarme, prefería darle la cama a la otra niña, que las veía peor que yo”. *Usuaría, gestante, segundo hijo.*

Otras narraciones similares dan cuenta que la tensión y transgresión entre usuarias que conocen del proceso y las asistentes con prácticas rutinarias es mayor, aquí, por ejemplo, se transgrede el código ético y la normativa vigente, en tanto el ejercicio de poder vulnera el derecho a la seguridad y el derecho al trato digno. La mujer se hizo responsable de su necesidad y fue excluida de cualquier tipo de contención en lo que duró el proceso.

exhibición sin consentimiento

“iba con cuatro de dilatación, llegué, y después me pusieron en la camilla, me pusieron en el suelo, y después te iban haciendo todo esto, te hacían ir abriendo las piernas con un jarro de agua helada y te metían los dedos. Eso pasó como cinco o seis veces con un montón de practicantes como le digo.” *Usuaría, 22 años, gestante, segundo hijo.*

La mujer desinformada de la institución a la que acude se siente disconforme con el tipo de asistencia recibida. Es recurrente que la cualidad docente de un establecimiento no sea transparentada a la usuaria, o que se realice a última hora, es decir, que la mujer desconozca qué implicancias tiene atenderse en un hospital y cuáles son sus derechos como usuaria. Muchas se sienten impotentes al pedir un poco de resguardo a su

privacidad y no ser atendidas. Se vulnera el derecho a recibir información y por lo mismo el derecho de consentir o disentir informadamente.

mofa sexual

“no, no te dejan entrar, no los dejan entrar. Incluso yo no pedía que me dejaran entrar con mi pareja, yo pedía estar con mi mamá y ellos no...que si no me había gustado...que si acaso necesitaba a mi mamá cuando yo había hecho la guagua. Esa fue la respuesta que me dieron; entonces como que igual fue traumante. Es una lata igual porque no debería ser así, pero eso fue como lo más trágico.” *Usuaría, 22 años, gestante, segundo hijo.*

Conductas nocivas que son evidenciados por la gestante. Se nota que emocionalmente la mujer se sentía sometida a un sistema de asistencia donde se menoscababa su intimidad, y se cuestionaba su libertad con relación a derechos sexuales y reproductivos; sin acusar violencia obstétrica, el abuso es innegable.

manipulación

“yo empujé y lo devolví, porque no tenía..., grité y no tenía como fuerza..., me dijeron que ahí tenía el cordón. Le salieron como unos huevitos así, le quedaron como unos hematomas..., y me dijeron que lo empujara, que ‘el bebé tenía el cordón en el cuello y que yo lo había devuelto’ así que ahí lo empujé y salió no más poh...pero después no quería ni moverme, estaba muerta, muerta.” *Usuaría, 18 años, puérpera, primer hijo.*

La mujer es culpabilizada por realizar un mal pujo; en este caso nos encontramos con un lugar común dentro del discurso intrahospitalario ‘el cordón en el cuello’, explicaciones que se dan en el momento del parto, donde la intención se orienta a otro fin. Es sabido y todas las guías y normas nacionales e internacionales refieren a que el uso de oxitocina sintética y tres dosis de anestesia a una primigesta, pueden dificultar el expulsivo por una sobre exigencia física que entorpece la coherencia fisiológica del proceso y psico-emocional de la gestante, sin embargo, se le acusa de incompetente.

“eh, bueno, ahí no te pescan mucho cuando empiezan los dolores, y gritar y todos esos temas. No sé si serán técnicas de los asistentes, como que te dejan igual un rato estar ahí, que grití. [...]Te llaman ya cuando estás en la sala de parto, te llaman a tu pareja” *Usuaría, gestante, múltipara.*

Otra forma de mantener el control del espacio clínico es hacer caso omiso de los gritos de dolor, se infiere que tal hábito busca establecer una distancia entre asistente y usuarios, y vulnera el derecho a un trato digno.

Lamentablemente aquí es necesario abogar por un trabajo mancomunado que garantice mayor transparencia en los procedimientos y sus porqués, que debiese empezar a nivel de asistencia prenatal y continuar dentro del recinto hospitalario. Además, es importante que se integre de forma coherente el modelo biopsicosocial de salud humana, ya que se tiende recurrentemente a desatender el rol afectivo y contenedor del personal de asistencia.

incomunicación

“estaba en el San José; y ahí lo que tu preguntai, no te pescan” [...] “y yo me tapaba porque igual me daba vergüenza. Yo le decía de verdad, si te estoy diciendo que me voy a hacer caca y me dijo a ver; y tenía la guagua casi afuera. Ella decía: ‘ya, no pujis más, sino vai a tener el bebé aquí’. Si te estoy diciendo que me voy a hacer caca..., ella no sabía cuál era la sensación; y era porque iba a tener la guagua poh..., y después llega y me pasa a una camilla, y después a otra camilla”. *Usuaría, 22 años, segundo hijo.*

La omisión de la información a la mujer generó frustración y desconfianza, el error es comunicacional, no es efectivo el intercambio de información. Existe una insistencia en menoscabar el sentir de la usuaria y desatender su emocionalidad, a sabiendas de lo que acontece realmente ‘la mujer tiene una sensación de pujo’. Sin embargo, se siente desatendida en sus requerimientos, y es desinformada de su realidad. Al momento de la entrevista aún justificaba a su asistente ‘ella no sabía cuál era la sensación’.

Otra usuaria manifiesta que la diligencia en atender las necesidades de los familiares es muy escasa. Que los usuarios son menoscabados muchas veces, por falta de empatía y mala gestión del recinto asistencial.

“ahora mi mamá no quiere que me mejore allá. Me dice: ‘no, no te mejoré allá’ porque, mi hermana igual tuvo un hijo y fue pésima, fue pésima la atención. No nos dan información, no nos dan información, tienes que esperar dos horas para que te den información” *Usuaría, 24 años, gestante, segundo hijo.*

Inhibición del impulso fisiológico

“al último fue que desgarró, pero cuando expulsa la guagua no es tanto, pero igual eso que yo tenía que esperar que saliera la otra niña para entrar yo. Ahí me decía, ‘no puje, no puje’...porque tenía que esperar que saliera ella pa’ ocupar yo la camilla” *Usuaría, 24 años, gestante, segundo hijo.*

La inhibición del impulso por falta de recursos muebles, en este caso, hace alusión indirecta a la falta de integración de las pautas de asistencia entregadas por la OMS; en primer lugar, la de resguardar el proceso en su fisiología natural y, en segundo lugar, la libertad de elegir la posición para el parto. La insistencia en seguir protocolos de atención dificulta la labor de asistir racionalmente un requerimiento. El diálogo honesto y la contención efectiva podría subsanar la carencia de recursos en situaciones similares.

Insistencia farmacológica

“Iba caminando así y se me rompió la bolsa. Entonces llegué sin bolso sin nada, me atendieron bien, me llevaron y me indujeron el parto, hasta que me dilaté. Estuve como nueve horas. [...] No sé, me dolió tanto, me acuerdo que..., eran tan fuertes. Aparte que tenía, mira, llegué con uno, después me empezaron a doler con tres de dilatación poh, entonces era muy poco lo que tenía de dilatación y mucho lo que me dolía, entonces ahí me pusieron la primera inyección.” *Usuaría, 18 años, puérpera, primer hijo.*

La mujer recibe una inducción del parto, y tiene una mala experiencia en torno a este procedimiento. Ella percibe una buena asistencia, sin embargo, lo recuerda como una experiencia muy dolorosa. Está evidenciado que el mal manejo farmacológico en la asistencia del parto puede producir incoherencias fisiológicas por sobre-estimulación del órgano u órganos blanco, y un desbalance general. El proceso natural es perturbado por un 'agente externo', que no tiene el mismo comportamiento en todos los cuerpos.

“Me revisaron, no tenía dilatación, no tenía contracciones no tenía nada y me ingresaron; y después de ingresarme, me dijeron que me iban a inducir el parto con la oxitocina, y ahí me pusieron primero antibiótico a la vena, por haber estado tanto tiempo con la bolsa rota, y después me indujeron con la oxitocina. De ahí pasaron un par de horas hasta que empecé con las contracciones y empezaron bien, después empezaron muy fuertes y no tenía dilatación, entonces estuve muchas horas sufriendo con las contracciones y sin dilatación” *Usuaría, 35 años, puérpera*

La gestante refiere un parto terrible, muy doloroso, donde se somete a diversas intervenciones innecesarias, sintiéndose sola e incapaz de rechazar la inducción; en un ambiente clínico que no tenía previsto.

Pseudodiagnóstico

“me dijo: te has demorado muchas horas pa' dilatarte tres centímetros. Entonces, no, me dijo: 'sabí lo que voy a hacer, esta güagüa es muy grande ya no se puede hacer nada' y empezó a retar a la matrona, porque la vieja empezó a echarme la espantá que 'cómo no vai a poder, cómo no vai a poder tirarlo pa fuera', y yo le decía: 'oiga si no es una cuestión mía', si la otra matrona decía: 'no si está arriba'; ¡obvio poh! si lo tenía acá arriba el niño, ¡acá arriba!. Si tanto que me metían la mano y me lo daban vuelta, me lo daban vuelta, entonces no..., y llega el doctor, me revisó y dijo: 'no, esta guagüita ya está'”. *Usuaría, 34 años, puérpera, cuarto hijo.*

La negación y discrepancias entre asistentes generaron un cuadro ansioso en la gestante y su acompañante, que además fue maltratada por la funcionaria, sometiéndola a procedimientos dolorosos sin resguardo de su integridad psico-emocional; finalmente terminó en una cesárea de urgencia. Los cambios de actitud de cada funcionario y la falta de empatía hacia la mujer y su esposo generaron una relación completamente disarmónica y disfuncional. La experiencia fue descrita como traumática y el puerperio como dificultoso. La misma mujer narra:

“Obviamente las matronas y los médicos me dijeron que era..., que la güagüa era muy grande pa' yo ser tan chica, para que me enajara allá abajo. [...] me pusieron oxitocina pa' acelerarme (sin tener la guagua encajada)”. *Usuaría, 34 años, puérpera, cuarto hijo.*

La usuaria mide 1,46m su hijo anterior pesó 3.400 g y éste '3.785g y midió 51 cm', un bebé longitudinalmente grande con una presentación no habitual, que la mujer no menciona en el relato, por lo que probablemente no fue informada, remite al procedimiento de giro. La usuaria identificó que la asistencia tuvo una insistencia en la celeridad, que ingresó a las 3 de la tarde con cinco de dilatación, a las 6pm se le

administra la primera dosis de oxitocina y alrededor de las 9 es derivada a cesárea de urgencia.

Algunas usuarias reconocieron saber qué tipo de asistencia tiene el establecimiento de salud donde realizarían su parto; fue recurrente escuchar 'hay matronas malas y matronas buenas' 'depende de lo que te toque' 'todo va en la matrona'. Muchas de ellas, sin asombro, se entregaron al establecimiento y sus hábitos nocivos, sin quejarse ni reclamar. Otras como la usuaria previamente citada, reconoció faltas procedimentales y asistenciales que penosamente repercutieron en su puerperio.

Una de las actitudes más lamentables observadas durante esta investigación, da cuenta del hábito de vulneración de derechos, el escaso compromiso bioético, y el desconocimiento de los derechos por parte de la población usuaria del sistema de salud.

CONFIANZA LÚCIDA: EL ROL TRANSFORMADOR DE LA GESTANTE INFORMADA

La gestante informada es un factor de cambio en los establecimientos asistenciales. Tanto la educación prenatal autónoma, como los talleres prenatales de funcionarias activistas promueven los cambios de hábitos asistenciales.

“Ahora como que igual tengo temor, como ya se a lo que voy; sentir las contracciones, igual me da cosa, pero estoy mentalizada igual. No tanto como en la primera sí. [...] sí, yo tenía que atender el entorno”. *Usuaría, gestante, segundo hijo.*

La sensación percibida hacia la experiencia fue temor y conformidad, y da cuenta que no fue una experiencia gratificante. Esta experiencia de parto tuvo características particulares de pugna con los funcionarios, una relación de conflicto, no de asistencia. La necesidad de caminar, fue un reclamo que finalmente fue acogido por los funcionarios, pero donde la gestante se sintió discriminada y sin contención emocional.

“el cuerpo al estar así, igual como que le hace presión..., porque yo tengo pensado ahora tenerlo así en la camilla así como semisentada” *Usuaría, gestante, segundo hijo.*

La educación prenatal y la preparación para el parto permiten a la gestante visualizar una posición que le parece más idónea. La mujer planifica o vislumbra una posible experiencia más gratificante y cómoda, habiendo tenido una experiencia en parto e integrando también sus derechos como usuaria.

“Leí hartito; eso, leí. Como aliviar los dolores, la respiración..., preferir caminar que estar en la camilla ahí, para que pase el dolor más rápido. Y estuve en parto como cuatro horas porque llegué como con seis de dilatación, igual aguanté; y después en parto me querían dar cama, pero yo no quería porque se me pasaban las contracciones caminando y después llegó un momento que me dijeron que ya no podía estar más parada y me acostaron y estuve como..., cuarenta minutos en la camilla y parí.” *Usuaría, gestante, segundo hijo.*

La gestante siente conformidad por su actitud hacia el parto, lo vivencia como un suceso único, pero considera, a la vez, muy dificultoso el diálogo con la funcionaria, para acceder al consentimiento de sus necesidades.

“dije que quería quedarme de pie y me dijeron que era responsabilidad mía si se me caía la güagüa o cosas así. yo dije que sí, que asumía mi responsabilidad, porque, sentía yo que el dolor se me pasaba más rápido caminando... sí, yo no quería acostarme, prefería darle la cama a la otra niña, que las veía peor que yo” *Usuaría, gestante, segundo hijo.*

La mujer es capaz de sobrellevar las amenazas de la funcionaria, e insiste en satisfacer su necesidad principal que, en este caso, fue caminar para aminorar el dolor y las molestias durante la fase de dilatación, sin embargo, la sensación fue la de haber sido desatendida posteriormente a su petición.

“de las otras y de una matrona, si hay hartas señoras que son verdugas ahí, más encima una niña chica; había niñas chicas de catorce años, la niña lloraba y no sabía qué hacer con la guagüita. Al final todas, que éramos ocho, todas nos ayudábamos, pero la matrona no ayudaba.” *Usuaría, 35 años, puérpera.*

Las mujeres reconocen las diferencias entre sus asistentes, catalogan y otorgan importancia. Ante la dificultad, el maltrato o la falta de atención y contención, se despliegan algunas estrategias de cooperación o ayuda mutua. Se generan liderazgos esporádicos donde la experiencia previa es la que comanda, recurriendo principalmente a mujeres con experiencia que se sienten más confiadas y capaces de contener, siendo la carga psicoemocional la más difícil de sobrellevar. Cada reclamo realizado por una usuaria o asistente es un llamado a la transformación del sistema de atención, que debe ser atendido.

Objetivo Específico 3.3	Describir y comparar las representaciones sociales presentes en la relación asistente/usuaria relativas a las tensiones y problemáticas derivadas del ejercicio clínico y la aplicación del modelo de parto personalizado, la visión institucional sobre su avance y posibilidades futuras de desarrollo.
-------------------------	---

DIFICULTADES Y RESISTENCIAS POLÍTICAS O CULTURALES PARA EL NUEVO MODELO

El *conocimiento autoritativo* es “entendido como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado”. Se reconoce como parte de un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad (Sadler, 2003 citando a Jordan, 1993).

Ya se han abordado como dificultad propia del sistema de salud autoritativo, la reproducción de ciertos hábitos arraigados en los funcionarios, que dificultan las transformaciones. Revisamos previamente los presentes en la docencia y formación profesional, nos referimos a la reproducción de hábitos relacionales y también a la

importancia de respetar la evidencia científica de avanzada. Ahora abordaremos algunos elementos presentes en el sistema de atención médica y obstétrica ahondando en patrones culturales y hábitos sociales que traspasan la línea de lo meramente clínico y se vislumbran como elementos fronterizos, donde las relaciones con el ambiente se retroalimentan o influyen en distintos grados, generando cambios o manteniendo el *statu quo*.

Tecnocracia, el monitoreo continuo: ¿miedo a la muerte o comodidad?

El uso de aparatos electrónicos en desmedro de la auscultación ha sido uno de los procedimientos más criticados por los defensores de la humanización, ya que va aparejado al uso rutinario de los fármacos oxitocina/analgesia. Como ventaja, este método permite una observación aparentemente controlada, permanente y distante de la cría en trabajo de parto, sin embargo, dificulta la forma natural de vincularse al fenómeno del nacer y parir.

Como reclamo esencialista se puede argumentar que la presencia intuitiva de la matrona que observa los cambios y cuida el estado vital general de mujer, no necesita de un monitor constante. La mujer que confía de sus sensaciones y su corporalidad tampoco necesita tener un monitor cerca para conocer el estado de su cría. El vínculo con el cuerpo, y su escucha, permite a la gestante tener certezas de necesidades, y tales necesidades deben ser atendidas por su cuidadora (Odent, 2011). Como sociedad y como individuos, debemos evaluar el desarrollo de nuestra conciencia psico-física, para conectar con la capacidad de confiar en nuestro cuerpo y percepción.

“Ahora ponen inyecciones que antes no po’. Uno llegaba al hospital cuando iba a nacer la guagua no más po’. Mi primera hija me costó harto... ahora dicen: tal día te saco la guagua”. *Usuaría, 80 años.*

La usuaria expresa una observación muy sensata. Si bien sus experiencias de parto, que fueron al menos cuatro, fueron asistidas íntegramente en el sistema hospitalario, reconoce un cambio en la forma de asistencia y refiere a las ‘inyecciones’ y a una actitud del profesional: ‘tal día te saco la güagüa’.

“Fueron todos con dolor, sin inyección sin nada, en ese tiempo no tenían...yo tuve dos mujeres primero y dos hombres después. El segundo hombre lo tuve en la camilla. Me sentí mal una noche un poco, y al otro día le digo a mi marido, me voy a mejorar. Rápido, me llevó, yo iba lista”. *Usuaría, 80 años.*

Su relato es muy significativo, ya que su visión temporal diacrónica, permite contemplar e interrogar al sistema biomédico respecto del uso, *en qué*, y las condiciones, *para qué*, de sus procedimientos farmacológicos e instrumentales iniciales, y la desvirtuación en función de otras variables como el tiempo y los recursos.

Actualmente se expresan distintas formas de adaptación e integración del modelo personalizado -aunque prima la tecnocracia- la visión de algunas asistentes del parto se orienta hacia el uso consentido de tecnología y farmacología, donde las necesidades son

transparentadas de un lado y del otro. Se llega a un acuerdo desde ambas partes respecto a los procedimientos que se realizarán.

Cabe mencionar que desprenderse del uso de herramientas tecnológicas, como el monitoreo continuo, donde se ha depositado la confianza durante años es uno de los grandes desafíos.

“sí claro, si manejo el trabajo de parto, lo que ellas pueden elegir es si quieren anestesia o no quieren, si quieren balón, si quieren parto en el agua, o vertical, si quieren parto acostada, pero el monitoreo y el goteo sí”. *Matrona, 28 años de experiencia.*

Es una forma híbrida y poco rigurosa, donde aún se mantienen algunos hábitos y elementos del parto medicalizado y se integran nuevas formas, como la libertad de movimiento. Aunque es necesario tener coherencia en las acciones dirigidas a fines, y aun si estas mixturas tienen sentido, la usuaria requiere de la información que le permita tomar decisiones acordes a sus expectativas y su propio juicio ético – desde su rol de madre¹¹.

Algunas reticencias aún presentes en el personal de asistencia se pueden soslayar mediante la firma de un contrato o protocolo de parto. Esto junto a una buena educación prenatal, sería suficiente para estipular legalmente en qué condiciones se establece el acuerdo, y así brindar una buena asistencia donde la profesional y la usuaria tengan comprensión de las expectativas mutuas, antes del parto. En Chile aún no existe un protocolo establecido, y los acuerdos se realizan principalmente de palabra.

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica continua no es realmente necesaria, subsana ansiedades en torno al miedo a la muerte fetal, y en la mayoría de los casos tal ansiedad tiene que ver más con la asistencia -el sentido de la responsabilidad- que con la usuaria. En todo caso, se precisan más estudios sobre la selección -subgrupo- de mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos¹² (ChCC, 2009) y velar por el cuidado de la fisiología y la estabilidad psico-emocional -o neuroendocrina, como quiera llamársele- de la mujer en trabajo de parto (Contreras, 2017; Hastie, C. y Fahy, K., 2009).

Sistema hospitalario: institución totalitaria y organismo del control del cuerpo

El sistema biomédico de corte tecnócrata ha prevalecido dentro del sistema cultural como forma de *conocimiento autoritativo*, sin mayor uso de su propia racionalidad teórica (Davis-Floyd, 1993). El cuerpo es sometido a procedimientos técnicos y operacionales, sin una rigurosidad fenoménica de aquello que se quiere conseguir o resguardar. El sistema

¹¹ Revisar la investigación realizada en nuestro país: “Efectos de la oxitocina sintética utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento social del niño(a), durante los primeros años de vida” Los resultados demuestran que la exposición a la oxitocina sintética tendría efectos en el desarrollo psicomotor, en dos dimensiones: lenguaje y socioemocional del niño. (Contreras, 2017)

¹² CHILE CRECE CONTIGO GOBIERNO DE CHILE, 2009, Recomendaciones de la OMS sobre parto y nacimiento[En Línea] < <http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>> [Párrafo citado desde Espinoza y Martínez 2017]

requiere de una lógica operativa de los medios dirigidos a fines, se precisa de una orientación administrativa hacia tales fines; desde que los usuarios ingresan al recinto y la concatenación de acciones según 'a cómo se orientará su cuidado'.

"Tienen que ser trasladadas desde la sala donde están a un pabellón, entonces eso obviamente dificulta el proceso, porque las someten a un proceso de estrés al sacarlas de su camilla y pasarlas por todo al pabellón, creo que corta el proceso de la oxitocina de las contracciones" *Interna, 23 años de edad.*

Al ser el parto un proceso natural, resulta útil, fenomenológicamente, para observar el despliegue racional (o irracional) de procedimientos, sin embargo, el afán de coherencia debiese aplicarse al servicio de salud en general. Recordar que cada ciclo vital tiene sus propias características y necesidades. En la cita previa, la matrona refiere a procedimientos de gestión interna, que dificultan la mantención de la integridad fisiológica de la mujer. Se entiende que la dificultad se encuentra en la gestión de los recursos; en la planificación coherente del uso de los espacios en el 'acomodo al fin'. En este caso en particular el proceso fisiológico se ve influenciado por un factor nocivo extrínseco, un exceso de movilidad obligada, que repercute el devenir del proceso¹³.

En síntesis, se puede aseverar que, en los hospitales, se mantienen prácticas rutinarias o procedimientos, que distan de poseer una lógica orientada a un fin de resguardo y contención, incluso, se puede reconocer que la aplicabilidad de la teoría biomédica no se ve reflejada en sus proceder y racionalidades. La operatividad se vincula predominantemente a una idea de control de la fisiología mediante el abuso de técnicas farmacológicas, que se ha establecido como el procedimiento rutinario preponderante dentro del hospital. Su uso es muchas veces indiscriminado y se dejan de lado criterios básicos del cuidado homeostático endógeno.

"Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera"-agrego- atendiendo deberes básicos como la educación prenatal (ChCC, 2009 citando a OMS, 1985). No se debe olvidar que no se trata de fomentar un asistencialismo desvinculado de responsabilidades, sino de crear un diálogo que sea fecundo y útil para todos los involucrados.

Operacionalización de la asistencia: la neurosis del tiempo (oxitocina y epidural)

Hemos visto que la importancia de los fundamentos teóricos y valorativos en los que se basa un profesional, dirigen sus procedimientos y fines. La fisiología del parto, observada como un proceso necesario, propio, que amerita resguardo clínico por todas las consecuencias aparejadas a un desajuste en la neuromodulación, es uno de los fundamentos en los que se ha basado la defensa del parto humanizado. Dentro del nuevo paradigma se aprecia esta integración de forma más efectiva, se le da un estatus, una importancia, que antes se subvaloraba.

¹³ La matrona refiere al hospital San Borja.

“ya el tema de la oxitocina va en bajada, o sea se está disminuyendo cada vez, se está interviniendo menos cada vez, se está dejando actuar a la paciente, se le está empoderando más, se le está respetando más, pero en mis tiempos, eso estaba como muy, muy incipiente, entonces había harto intervencionismo, había harta oxitocina porque había que acelerar porque había que desocupar la cama”. *Matrona, 10 años de experiencia.*

Durante el S.XX la orientación de la eficiencia se volcó predominantemente a fomentar una aceleración del proceso natural; el factor tiempo fue el foco de atención para reconocer la ‘eficacia de la técnica;’ la comprensión del cuerpo y el modelo de atención asemejaron una fábrica fordista una apreciación mecanicista y materialista del fenómeno humano, carente de reflexión sensible¹⁴.

En el momento en que se avanza hacia el respeto del particularismo biográfico de la mujer, su morfología y fisiología, y se contempla el parto como un hito biográfico importantísimo, se integra una forma de asistencia que respeta los tiempos de cada nacimiento. El fenómeno vuelve a aparecer como único para cada diada usuaria-asistente, y las mujeres que comprenden tal valor van en aumento.

“ahora es distinto. Igual los tiempos se respetan más, hay muchas más; el tema de la violencia obstétrica está mucho más de moda. Las pacientes están reclamando más sus derechos, [...] las pacientes están muy empoderadas y eso es bueno, porque va haciendo que el sistema vaya mejorando”. *Matrona, 10 años de experiencia*

No obstante, lo anteriormente expuesto, y como se observó en el desarrollo de contenido previo (OE.2) las irregularidades presentes, en función de la insistencia farmacológica por el hábito de la atención despojada de su contenido humanitario, se perciben con demasiada frecuencia. Los abusos y desacreditaciones de los usuarios son recurrentes en el sistema de atención de salud.

“algo le explicaba, (...) tenían una aprendiz ahí, entonces le iba explicando todo la matrona a ella; entonces como yo estaba ahí escuchaba todo [...] “no le explicó nada (a su señora). Le dijo que le estaba colocando oxitocina; le hizo colocar la bolsita, le hizo colocar la máquina y la programación, dijo: no, si esto no se programa; se coloca no más y se pone 10 cm cúbico por no sé...” *Usuario, acompañante de parto.*

Afectividad: la fisiología al servicio de lo humano y no al revés

Si bien es reconocido que, dentro de las cualidades asistenciales, la afectividad es un factor que es inherente a nuestra especie, que comanda todos los procesos de recuperación y de armonía psicoemocional de un ser humano; existe aún poco énfasis, dentro del sistema biomédico, hacia el resguardo de la integridad afectiva del sujeto enfermo o asistido. El foco biomédico fue puesto en el sustrato, en lo somático. La

¹⁴ Sistema de creencias imperante genera y reproduce “formas de ser y hacer en el mundo”. Cabe la reflexión en torno a las crisis sociales y epistémicas de las ciencias en general. Véase Martín Heidegger “La imagen y representación del mundo”

fisiología *per se* también se impregna de esta recursividad, de ahí deviene el deseo de controlar lo fisiológico y normalizarlo, sin embargo, la integridad orgánica y su multicausalidad limita tal insistencia.

La esfera de lo ideacional, lo cognitivo, vivenciado y recordado constriñe las orientaciones mecanicistas. Los seres humanos logran darse cuenta cuando son transgredidos y engañados.

“me sacaban a cada rato de la sala. El año 2011 siempre estuve ahí, en la asistencia que le hacían a mi señora. La revisaban, acá me tiraban pa’ afuera, pa’ afuera, pa’ afuera..., entraba la matrona; tiene que salir, decía”. *Usuario, acompañante de parto.*

Las nuevas generaciones de asistentes dan cabida a la reflexión crítica de la importancia de los cuidados afectivos, integrando lo psicobiológico del parto.

“Comparte muy poco tiempo con su pareja y eso me llama mucho la atención. Por eso no me gusta el parto; es una experiencia muy bonita, pero la forma en la cual se da, no me gusta”. *Interna, 23 años.*

Si bien la funcionaria se expresa desde la empatía hacia la usuaria, es fácilmente reconocible que tanto un equipo médico, como un acompañante, pueden entorpecer o facilitar un trabajo de parto. El entorno y lo social cuentan para esta especie. Se reconoce también, que muchas veces son individualidades las que marcan la diferencia en el devenir del proceso.

Es necesario no caer en reduccionismos biologicistas recalcitrantes, que desvinculan al individuo de su historia vital, de su potencialidad creativa y su autogestión emocional, tanto para bien como para mal. El encuentro y el estar ahí es un compromiso con el tiempo presente, que considera el cuidado de los intercambios (comunicacionales - implícitos y explícitos-, emocionales, quinéticos, etc.) que se realizan durante todo el proceso.

En relación a lo anterior, es factible percibir desde ya, que existe cierto reduccionismo en la valoración de la liberación de oxitocina endógena, como mecanismo asegurador de un proceso armónico. La oxitocina endógena es sólo un factor involucrado de las múltiples dimensiones que influyen a *Homo sapiens*. No es deber de los funcionarios menospreciar el valor de las relaciones de primer y segundo orden de significancia en el encuentro. A sabiendas que se desconoce la calidad y cualidad de los vínculos de la asistida con su acompañante, o de la matrona a cargo con su equipo. El encuentro en sí, debe asumirse como un compromiso personal. “El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en la atención del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención” (ChCC, 2009 citando a OMS, 1985).

Salud preventiva: educación para el buen vivir

Existe una deficiencia socio cultural hacia la educación en salud preventiva, tanto en su fomento como en su recepción. La educación perinatal como forma de salud preventiva

ha sido un camino que aún no se valora de forma efectiva. Si bien existe un reconocimiento de una recuperación o avance, es también evidenciable que falta mayor fomento, incentivo e interés.

“tengo la sensación de que nos avocamos mucho a lo asistencial, [...] se dejó de lado y ahora se está retomando, sobre todo con la implementación del programa de protección a la primera infancia del Chile crece contigo [...]. Vino con recursos tanto profesionales como de materiales y recursos, insumos, material educativo de importante calidad. [...]Talleres de crianza, talleres de apego. En ese sentido, se ha retomado esto como importante”. *Matrón, 30 años de experiencia.*

El profesional reconoce el impacto del programa ChCC y observa la transformación que se está realizando; al menos -a nivel discursivo- el enfoque está presente. La dificultad se relaciona a la cooperación y coordinación del trabajo en los CESFAM en función de la calidad de atención del parto a nivel secundario. A la entrega de información fidedigna y el trabajo coherente de los hospitales en la línea del parto personalizado.

Una visión comprometida con la reducción del uso desmedido de farmacología puede lograr mejores resultados con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción de los usuarios involucrados. Si bien el número de partos con analgesia o anestesia adecuada (o por el contrario, desinformada) es un indicador de satisfacción del usuario, no debiese fomentarse su uso en rigor a la evidencia antes expuesta. La educación debiese fomentar el efecto cascada de la oxitocina endógena, la liberación de endorfinas y demás hormonas neuromoduladoras del parto, para asegurar la salud íntegra del binomio en los primeros años y la consecuente satisfacción de los primeros significativos (Hastie, C. y Fahy, K., 2009).

De esta forma es posible reducir las intervenciones innecesarias, motivar al cambio de hábitos y la toma de responsabilidad cívica por la transformación, desde usuarias y asistentes del parto. “Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio”. (ChCC, 2009 citando a OMS, 1985).

Salud comunitaria: el sentido de la participación horizontal

El nacimiento se transformó en un asunto médico, no familiar. Recuperar el verdadero sentido de este acontecimiento social y vital sería realmente modificar la comprensión de la salud y reproducción humana. Tendría un impacto sociocultural de características exponenciales.

Actualmente existen muchos agentes comunitarios involucrados en la reformulación del nacimiento como fenómeno humano vital/natural y espiritual, más que cómo hecho sólo biológico/científico o clínico. Sin embargo, tales agentes, estudiosos del fenómeno, no siempre son incluidos -por los sujetos academizados- como partícipes en un rol significativo y protagónico. De esta forma, se pueden reconocer desencuentros, relaciones de pugna y de autovalidación de ambos agentes, profesionales y no

profesionales. Particularmente en el diálogo entre activistas/ usuarios y funcionarios activos.

Un trabajo conjunto en torno al nacimiento puede ser el camino que fortalezca los vínculos comunitarios, y despeje las aprehensiones de los distintos sectores interesados. El rol de la gestante interesada en su embarazo, y su potencialidad como agente comunitario, debiese estar presente en las inteligencias que planifican transformaciones (Villarme, Olza y Recio, 2015).

“partiendo de la base de que una mujer cuando está embarazada busca a otra mujer que ya haya maternado, [...] yo de repente tengo cierta desventaja porque aún no soy madre y a veces sí puedo ser la matrona como referente en algunas cosas, pero hay otras en que no tengo mucha empatía con ellas”. *Matrona, 24 años de edad.*

Las relaciones de jerarquía en sistemas de asistencia con fundamentos valóricos cooperativos, como el sistema de salud, tienen un *modus operandi*, que no es útil para un trabajo colaborativo. El conflicto en la relación usuarios/asistentes, se vislumbra como un conflicto de poder; ya que existe una deficiencia en la recepción, valoración y la entrega de información.

“tampoco me gusta..., y que lo he visto en amigas, es que, por ejemplo, venga una doula a meterse en mi pega; porque no poh’, porque en el fondo no puede haber dos capitanes, y además que la forma de ver el proceso es muy distinta..., pero sí tengo pacientes que son muy artesana otras que son muy estructuradas, otras que prenden incienso, otras que el marido les hace masaje en la espalda”. *Matrona, 28 años de experiencia.*

Se manifiesta reticencia al trabajo colaborativo, con el oficio de la doula, viéndola no como una asistente o cooperadora, sino como un sujeto que puede entorpecer su labor. Actitud que refleja un modelo, una formación, que se transforma finalmente en una creencia y una práctica. Nos permite observar cómo se perfila una transformación en la forma, pero que encuentra dentro de su ‘comprensión de mundo’ obstáculos para un modelo colaborativo y horizontal; para una transformación de fondo. Creer en el modelo sería el afán, no cerrar puertas sin antes experimentar/vivenciar distintos contextos y sujetos.

“porque a mí, lo primero que me enseñaron, cuando yo saqué mi profesión es ética profesional, cuando uno tiene ética profesional, uno no tiene nada que esconder..., entonces yo lo encuentro insólito, bueno pero ya fue, ya está todo bien. Lo pensaría mil veces para volver estar allá, lo pensaría mil veces...”. *Usuario, acompañante de parto*

El rol de la comunidad de afectados directa o indirectamente, por el modelo autoritativo, toma fuerza e importancia desde la educación perinatal alternativa. Los grupos de interés han forjado organizaciones paralelas que influyeron e influyen la reforma. La mujer interesada en el nacimiento; es un factor de cambio dentro de los recintos de asistencia pública y privada. La *matrona contemporánea* (Lafferte, 2014; Ramírez, 2015) se involucra con su asistida, y van emergiendo estrategias de cuidado que buscan resguardar la integridad de la mujer en el sistema público.

“tuve una capacitación con una doula. Ella nos enseñaba ‘mira, a veces hay cosas tan fáciles como que la hagas [...] ingresar un paño delgadito chiquitito y que ellas se aíslen, como que tapen su cabeza’, porque en realidad el efecto visual es super fuerte”. *Matrona, 26 años de edad.*

Las generaciones cambian y el nuevo modelo debiese tomar fuerza y coherencia en la medida en que nuestra población reconozca el valor del buen trato, el rol de la horizontalidad en los vínculos orientados a trabajos colaborativos -como el servicio sanitario- y la importancia de la educación en todos los ámbitos de la vida social.

DISCUSION

ESTUDIOS PELVIMÉTRICOS: BREVE REVISIÓN EPISTEMOLÓGICA DE LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO OBSTÉTRICO Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

‘El mundo que hemos creado es producto de nuestros pensamientos. No se puede cambiar sin cambiar nuestra forma de pensar’. Albert Einstein

Para iniciar la discusión de los fundamentos biológicos, morfológicos y antropológicos que dan fuerza y sentido a esta investigación, se abordará un estudio fundamental en la obstetricia clínica y su impacto en el devenir histórico de la disciplina. Se toma como ejemplo para recordar a la conciencia que la ciencia es un conjunto de creencias que se valida a si mismo. Un sistema recursivo que se retroalimenta y que se ve influenciado por factores extrínsecos e intrínsecos: condiciones políticas, filosóficas, avances tecnológicos, reclamos sociales, aportes de otras disciplinas, etc.

La ciencia durante el siglo XIX y principios del siglo XX tuvo una forma metodológica muy vinculada a las clasificaciones y el establecimiento de órdenes y jerarquía. La *Episteme*¹⁵ de occidente; reconocía como paradigma imperante al evolucionismo unilineal de corte materialista, muy marcado por afanes raciales, sexistas e imperialistas.

El estudio más citado que marcó una línea investigativa paradigmática en el *corpus* de conocimiento de la obstetricia, y ha repercutido también en los estudios de paleantropología y antropología biológica, fue el realizado por los investigadores Caldwell y Molloy en 1933 (Sáez, 2014; Nussenzweig, 2008; Walrath, 2003). Es un estudio clasificatorio descriptivo de la pelvis ósea femenina, que busca la elaboración de un modelo comprensivo de la variabilidad humana, mediante el establecimiento de tipos morfológicos que pudiesen esclarecer y eventualmente predecir el fenómeno.

El marcado racismo orienta la investigación hacia la categorización de tipos ideales o formas puras, colmando de discurso racial sus resultados. Retoman una tipología previamente elaborada por Webe en 1830, von Stein en 1844 y Turner en 1885 (Caldwell y Molloy, 1939) y amplían las categorías planteadas que contemplaban sólo cuatro tipos básicos; la conocida clasificación: antropoide, ginecoide, androide, platipeloide. Si se revisa el artículo se puede observar el racismo explícito presente en su escritura científica¹⁶.

¹⁵ La *Episteme* es un concepto acuñado por el filósofo francés Foucault, que en palabras sencillas describe el ambiente de una época; los discursos imperantes que cargan de un sentido de realidad las relaciones humanas. (ver: “El nacimiento de la clínica” e “Historia de la locura”)

¹⁶ El artículo de Caldwell y Molloy de 1939 se escribió en un periodo histórico de los Estados Unidos marcado por la violencia y segregación racial.

El estudio tipológico contempló tanto material esquelético como pelvis de mujeres vivas y amplió la categorización previa que consideraba sólo los cuatro tipos básicos mencionados. El objetivo de estos investigadores fue generar las técnicas de medición adecuadas para reconocer la forma de la pelvis materna, planteando algunas categorías tipológicas según proximidad morfológica de las distintas pelvis femeninas (anexo 4: figura 1, 2 y 3) y, así, estimar posibles dificultades y diseñar previamente las maniobras obstétricas necesarias para el parto instrumental. Este estudio es el fundamento teórico-técnico de todos los estudios posteriores vinculados a pelvimetría clínica en obstetricia, de él devienen todos los prejuicios y temores vinculados a las posibilidades de parto que puede tener una mujer según su morfología¹⁷.

El cientificismo materialista motivó la generación de medidas antropométricas ideales y fijó los rangos de normalidad e ideas monotípicas, que se fueron adoptando universalmente sin considerar las limitaciones epistemológicas que dieron inicio a la investigación. Cabe mencionar que la investigación tampoco contempló las características asistenciales de las mujeres radiografiadas durante su parto; modelo biomédico clásico, posición litotómica (en decúbito dorsal), que como sabemos actualmente limita el rango de amplitud y dinamismo de la pelvis fisiológica. Tampoco se explicitó el manejo farmacológico.

El afán sexista presente en la interpretación se fundamentó en un sesgo muestral donde, tomando todos los estudios disponibles de la época, se compara una muestra de 100.000 pelvis de mujeres con solo 200 pelvis masculinas, derivadas además de hospitales estadounidenses que atendían mayoritariamente una población de piel blanca (Nussenzweig, 2008; Walrath, 2003). La variabilidad intrapoblacional de la pelvis masculina no es conocida mediante el método de clasificación morfológico macroscópico, por lo mismo, tampoco las frecuencias y sus traslapes. Sin embargo, se reconoció como forma ideal para parir la pelvis ginecoide y se menospreció de forma muy tajante el tipo androide, relacionado a la forma masculina. La amplitud de la concavidad sub-púbica fue sobre estimada como rasgo, sin dar valor a su potencialidad plástica, morfofisiológica (Sáez, 2014b).

Dentro de los estudios morfológicos geométricos actuales, la antropóloga Helen Kurki, ha desarrollado varias investigaciones distinguiendo patrones de dimorfismo sexual y morfología pélvica. Se centró en poblaciones de cuerpo pequeño (gráciles) para estudiar la variabilidad del canal de parto y sus resultados sugieren que podría existir -evolutivamente-un modelamiento alométrico adaptativo¹⁸ en poblaciones de tamaños pequeños, que protege las dimensiones del canal de parto (Kurki: 2013, 2011, 2007). En otro estudio donde incluye poblaciones humanas con un dimorfismo corporal acentuado, constata que es muy probable que existan patrones de desarrollo divergentes de dimorfismo para pelvis y tamaño corporal, ya que no encontró correlación entre dimorfismo corporal y dimorfismo sexual de la pelvis humana (Kurki, 2011).

¹⁷ Véase también (Steele y Javert, 1942)

¹⁸ El modelamiento alométrico refiere a un crecimiento diferencial, en tamaño-tiempo, para cada rasgo morfológico.

Estos hallazgos permiten apoyar el criterio de uso consensuado de atributos morfológicos específicos de una población -basados en la evidencia- para la caracterización clínica (kurki, 2007), permiten también, aseverar la necesidad del reconocimiento de un *particularismo biológico*¹⁹ -por lo mismo biográfico- para este rasgo, que debe ser considerado en la *praxis* clínica.

El llamado humanista se orienta a adquirir conciencia de que, ya va más de un siglo de búsquedas antropométricas predictivas y aún no existe la panacea métrica para predecir una distocia por desproporción feto-pélvica. Fomentar la humildad hacia el reconocimiento de que, el nacimiento de un nuevo ser humano entraña mucho de *nouménico*, que se escapa al deseo de control y que, con justa sensibilidad, vuelve a emerger como fenómeno de contemplación...

El llamado a la particularidad es un criterio que se encuentra en los trabajos de los investigadores como Cadwell y Molloy en EE. UU, y en la revisión de Avendaño (1949) para Chile, donde insisten en la minuciosidad que requiere una evaluación pelvimétrica. La omisión de la rigurosidad necesaria para el establecimiento de un criterio clínico, puede ser también un sesgo de época, que le dio poco énfasis al particularismo, y se vinculó a generalizaciones que se transformaron, en menos de un siglo, en prácticas poco rigurosas -alejadas de la experticia técnica- y de la comprensión íntegra del fenómeno.

Las particularidades de cada población humana con sus características históricas devienen en afinidades biológicas multivariadas. No se ha comprobado que exista una diferenciación morfológica cuantificable -métricamente- que permita presumir que haya un tipo específico de pelvis femenina que sea más adecuada para el parto (Sáez, 2014b). Por lo mismo, se recalca habitualmente en la práctica obstétrica que la pelvimetría funcional se considera en el trabajo de parto mismo; *obstare* (Pérez-Sánchez y Donoso, 2011; Northrup, 2010). La evidencia etnográfica permite reenfocar el fenómeno e invita a cuestionar si en vez de “pelvis aptas o no aptas”, tal vez existan formas de parto (modalidades o posiciones) más adecuadas para cada morfología pélvica (Sáez, 2014b). Es probable que la eficacia de las maniobras obstétricas presentadas por Cadwell y Molloy (1939) tengan un valor acotado a una población específica de mujeres, con características tipo ginecoide, en condiciones de movilidad reducida y posición de litotomía, es decir, siguiendo los protocolos de atención biomédica de los hospitales del siglo XX en EE.UU. Es lógico pensar que la modificación de tales protocolos permitiría acceder eventualmente, a otra manifestación fenomenológica del proceso de parto (Reischmann, Risi y Serrano 2015; Northrup, 2010). Al menos, como compromiso ético, necesitamos conocer más profundamente la morfología de nuestra población y sus frecuencias para avanzar coherentemente.

Como bien señala Walrath (2003), tanto la noción de “tipo pélvico femenino” como la idea de un mecanismo de nacimiento monotípico aún promovidos en el discurso biomédico

¹⁹ Permite dar relevancia al desarrollo ontogenético de individuo. Ver estudio de pelvimetría ósea en fetos venezolanos (Herrera y cols. 2009) y morfometría de pelvis femeninas en México (Vázquez-Barragán y cols. 2016)

actual, se incorporaron en las conjeturas paleoantropológicas²⁰ generando una retroalimentación discursiva que hace hincapié en lo riesgoso del parto, la desadaptación de la mujer en términos evolutivos y, peor aún, fomentó el intervencionismo clínico médico, patologizando el fenómeno. El modelo monotípico de nacimiento con una pelvis ginecoide y con una rotación anteroposterior, con valores y tiempos determinados, se ha asumido como un hecho científico, donde el tecnicismo ha ido obscureciendo la variabilidad plausible e inherente a este fenómeno (Walrath, 2003)²¹.

Epistemológicamente la nomenclatura utilizada hasta hoy para describir formas pélvicas está errada. Si se quiere describir el fenómeno intraespecífico y generalizarlo, se debe erradicar el sexismo en la interpretación de las pelvis andróides y ginecoides, y la forma racista y xenófoba en la interpretación de las pelvis platipeloides y antropoides.

Un compromiso ético para la obstetricia nacional pudiese orientarse en realizar una nueva evaluación de nuestra realidad poblacional, acoger el modelo de parto en libertad de movimiento y re-evaluar las maniobras obstétricas en función del fenómeno en sí mismo, a la luz del nuevo modelo de asistencia biopsicosocial; dejar los tecnicismos y recuperar la ciencia obstétrica como el Arte de estar ahí (*obstare*), de matronar.

LA DIAGONAL TRANSVERSA DE MICHAELIS Y LA ASISTENCIA DEL PARTO EN CHILE

'No busques valores absolutos en el mundo relativo de la naturaleza' Paramahansa Yogananda

La diagonal transversa de Michaelis corresponde a un segmento de la cadera que comprende a la línea entre las fosas aponeuróticas conocidas como hoyuelos de venus. Su gran valor como predictor, se halló principalmente en ser un método poco invasivo y de alta especificidad; útil para evaluar poblaciones que se encuentran alejadas de los hospitales regionales. Eventualmente, en nuestro país, para poblaciones que no comulgan con la forma biomédica de atención: aymaras, atacamas y mapuches (Lafferte, 2014; Pérez, 2003; Salazar, 2012). Tradiciones médicas distintas que privilegian sus prácticas ancestrales y que muchas veces son persuadidas a desplazarse desde zonas rurales. Lamentablemente para la población estudiada en esta aproximación, la diagonal no tuvo resultados estadísticamente significativos.

La no predictibilidad del modelo en la muestra poblacional estudiada se puede atribuir al enturbiamiento que generan las prácticas clínicas de tendencia fármaco-tecnócrata, que siguen siendo un hábito imperante nocivo reconocido dentro de esta investigación -que enrarecen la observación del fenómeno morfofisiológico-. Otro factor que considerar es el tamaño de la muestra poblacional. Las poblaciones que se evaluaron para identificar la

²⁰ El Dilema Obstétrico en paleoantropología, remite a la pregunta evolutiva respecto a la posición bípeda de nuestra especie y las posibles desventajas e implicancias obstétricas para la hembra/mujer.

²¹ Un ejemplo diacrónico de la incoherencia de este modelo; son los resultados distócicos de las pelvis antropoides, asociadas a población de piel negra, en el estudio de Cadwell y Molloy; y las diferencias sustanciales que existen entre los índices de distocias y cesáreas en población africana (Liselele, 2000) y población chilena y estadounidense.

diagonal transversa de Michaelis como predictor o factor de riesgo, fueron de un número plausiblemente mayor, 646 para Zaire, 447 para Irán y 807 para Camerún.

De los hospitales de Zaire, en la África negra, de 605 casos estudiados hubo 42 casos con distocia por desproporción feto pélvica, de las cuales sólo derivaron a cesárea 26 de ellas (Liselele y cols., 2000)²². Sin embargo, la relación entre número de partos y cesárea es de alrededor de un 4%, recordemos que Chile tiene cifras que van desde el 39,4% al 71,8% de cesáreas en el sector público y privado respectivamente (Sadler, 2015; Liselele y cols., 2000).

Liselele y cols. (2000) fundamentaron su estudio, en la necesidad de obtener indicadores predictivos por la falta de recursos asistenciales para cirugía, y las distancias de viaje de las gestantes hacia los hospitales más cercanos, básicamente el afán se dirigía a sobrellevar la falta de recursos y mejorar la calidad de atención. En esta investigación el afán no fue el mismo; si bien se testeó un modelo predictivo, finalmente se orientó a indagar en los atributos bioculturales del fenómeno en su totalidad. Identificándose que no es la falta de recursos técnicos ni asistenciales de lo que carece y adolece nuestra atención obstétrica, sino que -en sus raíces- subyace un problema bioético, una coherencia en la práctica misma.

DEMASIADO PEQUEÑA O DEMASIADO GRANDE: TALLA Y MACROSOMÍA DESDE LA INTERDISCIPLINARIEDAD

En esta investigación no se halló correlación significativa entre talla y diagonal transversa; los valores deben ser analizados de forma independiente si se utilizaren como indicadores de factores de riesgo (Liselele, 2000) ya que no se observó correlación entre ambas variables (estatura y capacidad pélvica). Siendo esto teóricamente coherente con lo expuesto previamente (Kurki, 2011).

Si bien la estatura arrojó valores cercanos a la significancia estadística como predictor, existen estudios que no avalan tal observación. Como se mencionó anteriormente, las dimensiones del canal de parto en pelvis óseas de poblaciones de cuerpos pequeños tienen características comunes a la población humana en general (Sáez, 2014b). La importancia principal del cuidado de la talla materna como factor de riesgo para distocias, está directamente relacionado con la talla/peso del feto de término, es decir, depende del binomio madre/cría y de factores epigenéticos.

Estudios en genética y epigenética avalan que el crecimiento fetal está constreñido tanto por factores intrínsecos de la madre como también por factores ambientales; los primeros juegan un rol homeostático y los segundos inciden dependientemente de la unidad útero-placentaria (Gluckman y cols., 2009). La indagación clínica, en el caso de fetos macrosómicos, debiese orientarse a observar variaciones en la relación feto- placentaria o útero-placentaria o reorientarse a causales psicosociales. En general, los desequilibrios orgánicos vinculados a la gestación (diabetes gestacional, sobrepeso/obesidad,

²² siete casos de distocia resultaron en muerte.

preclamsia etc.) debiesen ser re-evaluados considerando los factores psico-sociales del proceso. Una óptica distinta puede ser la clave para comprender y tratar estos desequilibrios durante el embarazo. En esta investigación se vislumbró un correlato fisiológico, desde la óptica médica oriental, que se orienta de esa manera²³.

El problema de la asistencia en los casos de macrosomía fetal es principalmente un asunto procedimental; debiesen ser más minuciosos los resguardos clínicos, pero la tendencia asistencial se ha orientado insatisfactoriamente a disminuir las posibilidades de un parto vaginal, derivando inmediatamente a cesárea sin forjar un hábito procedimental *ad hoc*, observar la pelvis en trabajo de parto, y también, limitando o entorpeciendo el proceso de las gestantes que piden pasar por el trabajo de parto. No existe un protocolo de asistencia para fetos 'macrosómicos', ya que la evidencia es parcial, pero sí, se recomienda tener especial cuidado para propiciar un parto vaginal, no inducir ni acelerar (ChCC, 2009).

En general el problema principal -en nuestro sistema de atención- se halló en la celeridad de las derivaciones a nivel secundario, el escaso respeto por la decisión y expectativa de la madre, y la falta de cuidado perinatal e intraparto, principalmente en la reiteración de discursos y procedimientos. Un cambio en la explicitación de los riesgos, que hablase de opciones y posibilidades, y no un dictamen de cesárea programada por discapacidad, podría ser la solución. Invitar a 'hacer la prueba' desde la asistencia prenatal, y responder a las posibilidades -no a los prejuicios- facilitar el trabajo de parto.

La revisión realizada por la organización comunitaria española 'El parto es nuestro' refiere: "la macrosomía *per se* no es motivo para una cesárea programada o una inducción temprana del parto (que la evidencia sugiere que puede acabar fácilmente en cesárea). Los riesgos tradicionalmente asociados a los fetos macrosómicos (distocia de hombros y daños en el nervio braquial) no se explican tan sólo por el peso elevado de los fetos. Se debe favorecer la terminación espontánea del embarazo y durante el parto intervenir tan sólo en caso de que realmente exista una verdadera desproporción céfalo-pélvica²⁴".

Las insistencias discursivas presentes en el sistema de salud respecto a la imposibilidad de tener un parto vaginal cuando se presenta un bebé sobre los 4.000g. es sumamente inquietante. Se reproduce una acción ilegítima (Espinosa y Martínez, 2017), donde la mujer simplemente se entrega en confianza a la cesárea programada, sin conocer su derecho a elegir esperar el trabajo de parto espontáneo, o acepta procedimientos que dificultan la labor por ignorancia. Se incurre en una deficiencia bioética ya que tampoco se corresponde con lo que las recomendaciones internacionales avalan como medicina basada en la evidencia (Rahele y Kordi, 2014)

Los asistentes del parto- y de salud en general- debiesen reflexionar de forma autocrítica en cuán probable es, que el sistema de creencias que manejan, y los hábitos discursivos que reproducen, estén influenciando la operatividad de sus atenciones y además

²³ Medicina Oriental, tradición Kun Li como orientación de observación del fenómeno.

²⁴ <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/bebe-macrosomico-bebe-grande> [vista: 26-10-18]

predisponiendo o incrementando un factor de riesgo; ya que, la insistencia en “lo riesgoso”, asociado a la discapacidad, o la negación tajante de poder, es un error. Decir: ‘no se puede’ a una gestante o una familia, predispone a estados ansiosos y limitan la comprensión del evento en su riqueza fenoménica. Se pierde mediante la negación, gran parte del asombro ante la vida, la materia y sus potencialidades.

Desde el asistente de parto, la experiencia clínica podría redireccionarse a un reencuentro con la admiración, con la particularidad biográfica y biológica de cada diada asistida, a buscar el asombro, y no a encerrarse en cifras y temores recursivos. Es necesario que se recuperen los atributos propios del parto humano, si en nuestros ideales existe un compromiso humanitario inclusivo, -altruista hacia nuestra especie- que no obedece a jerarquías raciales, ni económicas, o afanes de dominación de ningún tipo; la satisfacción mutua y el buen trato debiesen ser el compromiso ético principal.

¿QUÉ ESTRECHEZ PÉLVICA?: DESDE EL ESTUDIO DE AVENDAÑO Y MAYORGA 1949 A LAS RECOMENDACIONES DEL MINSAL 2015 PARA LA EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

No existen estudios que avalen la existencia de un tipo pélvico para mujer chilena. Las relaciones que existen actualmente y que se reproducen en los libros de obstetricia, corresponden a un estudio realizado por el tocólogo, Dr. Onofre Avendaño, quien reprodujo el estudio de tipos pélvicos de Cadwell y Molloy (1938), encontrando datos y correlaciones proporcionales similares a los de la población estadounidense, es decir, con una alta variabilidad, pero donde predomina el tipo de pelvis ginecoide con un 54,2%, seguida de la forma androide con un 31,8%, antropoide 9,2% y platipeloide con sólo un 4,8% (Sadler, M., Leiva, G. y Sáez, M., 2015d, 19 de Junio; Pérez-Sánchez, A. y Donoso, E. 2011). Si sólo nos basamos en estos datos, y toda la argumentación teórica antes expuesta, el mayor riesgo vinculable a argumentos netamente morfológicos, lo hallaríamos en las morfologías androides (31,8%)²⁵.

Comprendamos lo siguiente, el estudio de Avendaño, 1949, reconoció variaciones morfológicas y antropométricas en la población gestante de mujeres chilenas. Reiteró la interpretación respecto a morfologías que predisponen a una ‘facilidad (pelvis ginecoide) o complicación durante el parto’ (pelvis androide). La limitación por consiguiente es la misma, estos estudios no consideraron los factores socioculturales de la biomedicina. Los procedimientos ginecobstétricos, tales como la reducción del movimiento, es una de las variables más discutidas antropológicamente²⁶; ya que constriñe la espontaneidad del proceso natural limitándolo orgánicamente. En términos técnicos se puede mencionar la poca prolijidad existente- desde el experto-, a encauzar la búsqueda de una postura de parto que beneficie determinado atributo morfológico. Calais- Germain y Vives, (2010); documentan la importancia de la lógica biomecánica del cuerpo en trabajo de parto,

²⁵ Considerar también, como desafío, el ingreso de población migrante al sistema de salud público.

²⁶ Ejemplo de formas culturales de adaptación de una gestante en la etnografía clásica: “debe levantarse antes de la salida del sol, permanecer despierta durante todo el día, nadar en agua fría, pasear o correr y montar a caballo con objeto de fortalecerse para cuando llegue el momento de la prueba” (Hoebel, 1961 citando a Ray, 1932; p.406)

haciendo hincapié a las dificultades que entraña la posición en decúbito dorsal con movilidad reducida²⁷.

En función de los argumentos antes expuestos, y sólo como observación teórica a contrastar, es muy probable que si a las morfologías “androides” de la población chilena (31,8%), se les facilita la libre movilidad, y el encaje fetal no se constriñe o fuerza a occipito-púbico, y además se les facilita la posición en cuclillas o el decúbito lateral para la apertura del diámetro bisquial en la fase expulsiva, no debiese haber inconvenientes relativos a pasaje, en lo referente a lo osteoarticular.

Es importante dar a conocer la importancia de la corroboración científica y del revisionismo histórico a la luz de la nueva evidencia, y ser insistentes en que sólo un cambio en los procedimientos puede conducir a reconocer nuevos patrones fenomenológicos, que aporten a un conocimiento científico empírico fidedigno.

La diagonal transversa se comportó como una variable no correlacionada a la estatura. Resultado que se condice con la literatura que demuestra las amplias variaciones morfológicas y antropométricas de la pelvis por sí sola. Las cifras observadas en esta investigación para la medida antropométrica diagonal transversa de Michaelis están sobre las medidas distócicas obtenidas tanto para población camerunés, de Zaire e iraquí, sin embargo, nuestras mujeres tienen más complicaciones intrapartos y más cesáreas. El problema está en la asistencia y en la educación en salud; compromete responsabilidades²⁸.

El protocolo de recomendaciones para la evaluación del trabajo de parto (2015), da cuenta de la falta de revisionismo crítico de las fuentes epistemológicas y metodológicas. Entre las características a considerar para sugerir o descartar una desproporción fetopélvica. Se menciona para pelvimetría clínica i) el ángulo sub-púbico agudo (asociado a formas antropoides), temática previamente tratada cuando revisamos los alcances e inconvenientes de la tipología estándar. En antropometría se insiste en cifras o valores absolutos, siendo estos relativos en *morfofisiología dinámica*²⁹ ii) ángulo bisquial menor a 8 cm. y iii) una conjugada diagonal menor a 11,5cm. El ángulo bisquial es una medida en el eje coronal del plano anatómico, que se ve modificada por la rotación de los fémures, de esta forma una rotación interna genera un espacio inter-isquiones mayor y una rotación externa disminuye tal diámetro³⁰; la conjugada diagonal sólo nos habla de un eje anteroposterior en el plano medio, no aporta una comprensión más completa de las posibilidades de una pelvis móvil en sus otros ejes. Recordar aquí, que la comprensión monotípica del parto es la que suprime la exploración del fenómeno en su variabilidad normal, promoviendo el temor a las diversas formas de expresión del feto al nacer (situación, presentación, posición) iv) y, por último, refiere, el sacro plano, que tal como se

²⁷ resistencia a la genuflexión del hueso sacro, que amplía el canal en un eje antero-posterior, y la aducción o rotación interna del fémur, que permite la elongación del diámetro biciático y bisquiático.

²⁸ Como dato epistémico de relevancia. La variación antropoide en el estudio de Cadwell y Molloy (1939) tuvo una alta incidencia de distocias, a pesar de tener un prejuicio positivo por sus dimensiones, pero con un fuerte prejuicio negativo por hallarse con mayor frecuencia dentro de un grupo considerado racialmente inferior.

²⁹ Sin querer ser majadera recordar que la fisiología y homeostasis cuerpo-mente compromete la esfera social de la salud. Cuidar las emociones es cuidar la biomecánica osteoarticular.

³⁰ Nuria Vives trabajo este punto en el análisis y trabajo exploratorio empírico de la pelvis ósea en movimiento.

mencionó anteriormente, la posición decúbito dorsal dificulta la capacidad de genuflexión y apertura del hueso pélvico.

La mujer está desinformada de las contraindicaciones del uso de oxitocina y analgesia epidural, y se reconoce un exceso. Su suministro requiere de un acompañamiento mantenido, y la observación de los cambios fisiológicos o prodrómicos individuales, para reconocer a tiempo la sensibilidad particular de cada asistida, algo que no se cumple en nuestros servicios. Se produce y reproduce el ocultamiento de los errores intraparto, donde emergen pseudo-diagnósticos, excusas de las causales de distocia, que no se condicen con la realidad fenoménica. Los diálogos que se mantienen con las usuarias son informales, muchas veces poco respetuosos y con intención de transferencia de la responsabilidad (Sadler, 2016). Textualmente OMS recomienda: “No se debe dejar desatendidas a las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se usa oxitocina. La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y sólo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las múltiparas” (OMS, 2015). Recordar las cifras de partos distócicos en múltiparas registrados en esta investigación (Tabla 9, p.35) de un 36,6 % versus un 25% en primíparas. La asociación lógica se inclina a observar el compromiso asistencial y los procedimientos como un problema que debe ser atendido con seriedad.

CONSIDERACIONES SOCIOCULTURALES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO: REFLEXIÓN DESDE LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA (DE VON WEISZACKER Y CHRISTIAN & HASS)

LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PSICOEMOCIONALES: DINÁMICA DEL PARTO, AUTOCONOCIMIENTO Y AFECTIVIDAD

Se sabe que la ansiedad genera la liberación de catecolaminas, mayormente epinefrina, las cuales interrumpen la coordinación de las contracciones uterinas, por bloqueo de los receptores beta-adrenérgicos localizados en el miometrio (Alijaham y Kordi, 2014). Esto genera un enlentecimiento del progreso del parto, que sumado a la administración de oxitocina sintética y el poco resguardo de su manipulación son las causales de la mayoría de las distocias por “anormalidad de las fuerzas”.

La ansiedad genera contracciones hiperactivas con inhibición del suministro sanguíneo, con resultado de hipoxia fetal. Se ha observado que el APGAR de los primeros minutos no sólo tiene que ver con una prolongada labor de parto, sino que tiene mucha relación con estados ansiosos de la madre (Northrup, 2010 citando a Laursen, 2009). El estudio de Alijahan y Kordi (2014), mostró que elevados niveles de ansiedad están altamente correlacionados con partos distócicos (OD=10.58).

Dentro de los obstáculos observados en los servicios de asistencia públicos aquí trabajados la sobre-intervención de la fisiología natural fue uno de ellos, seguido por -y

muy presente en los relatos de parto- la falta de contención emocional y de cuidados afectivos. Es evidente que el servicio de asistencia adolece de un compromiso real con la asistencia humanizada (o personalizada), muchas de las relaciones se identifican como *insinceras* y carentes del componente fundamental; el compromiso con el cuidado, la afectividad, y el amor por el oficio.

Un estudio, realizado en plena guerra fría, en los albores de la defensa feminista y de la recuperación del parto como acontecimiento humano, indagó en factores psicosociales de las mujeres que iban a dar a luz, logrando una asombrosa predicción de distocias de un 95% para una muestra de 1146 partos en casa (Northrup, 2010 citando a Mehl, y cols., 1977)³¹. Existe una carga psico-emocional que está latente en los individuos y colectivos humanos, y que se condice con las creencias predominantes en la población y temores latentes. Podemos aseverar que existen actitudes y creencias que son perjudiciales para individuos y poblaciones a nivel de sociedades y culturas.

ENCUENTROS APARENTES O FINGIDOS: EL VALOR DE ESTAR AHÍ PARA OTRA

La lógica de una relación horizontal no compromete los atributos esenciales de cada rol (Christian- Hass 2009, p. 46). La matrona - o el equipo que asiste- es el pilar del cuidado de preparto, el carácter de este rol compromete una presencia necesaria, un estar ahí para el Otro. Y este estar ahí, tiene un sentido de vigilante activo, oculto, silencioso, no crítico sino juicioso. En *“un compromiso insincero de los participantes - o en el trato dilantesco-, es incompleto el socorro mutuo”* (p.52). No se puede perder la seriedad en este tipo de labor o el fracaso es inminente. El vínculo debe ser predominantemente empático, virtuoso en sus fundamentos.

Tampoco la labor debe ser asociada a un fin distinto, del objetivo principal reconocido *a priori* por los participantes, es el nacimiento de un nuevo ser humano³². Volver a dar a este hecho la profundidad y la magnitud que amerita, nos posiciona inmediatamente desde otra altura de miras. *“Esta relación entre actividad y magnitud del trabajo conjunto permite suponer que una colaboración correcta sólo es posible cuando la tarea propuesta es seria y de importancia”* (*ídem*). Permitirse la reflexión respecto a la seria necesidad de forjar relaciones afectivas sanas entre seres humanos y potenciar una *impronta*³³ social de fundamentos sólidos, donde el cuidado mutuo sea la norma básica.

³¹ “En su libro *Birthing Normally*, Gayle Peterson dice que las mujeres paren tal como viven. El parto es una situación de crisis: algunas creen que son impotentes mientras que otras quieren asumir el mando.” [Citado desde: Northrup 2010 “Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer” p. 604]

³² Lamentablemente aquí es necesario preguntarse ¿Qué valor le damos a la vida humana como sociedad? ¿por qué este fenómeno del nacimiento en nuestra sociedad tiene tan poca valoración? ¿dónde están puestos nuestros intereses y nuestros compromisos?

³³ Impronta es un término usado en psicología y etología que describe cualquier tipo de aprendizaje ocurrido en cierta fase crítica, ya sea en una edad o etapa de vida particular, que es rápido y aparentemente independiente de la importancia de la conducta. Fue usado originalmente para describir situaciones en las cuales un animal o persona aprende las características de algún estímulo, el cual se "impronta" en el sujeto.

LO BIOPSIICOSOCIAL Y SUS RAÍCES EN LA PSICOSOMÁTICA

“Los sistemas culturales y sociales pertenecen también al conjunto de relaciones; y que, transferidos a la patología, son factores de salud o enfermedad. Los entornos sociales protegen o amenazan” (Lolas en Christian, P. y Hass, R., 2009). El modelo biopsicosocial de atención de la salud es actualmente integrado por profesionales que se involucran mayormente con una visión sociocultural de los factores que desencadenan cuadros de morbimortalidad: niveles de pobreza, delincuencia, educación, entre otros. Los factores de riesgo psicosocial están hoy- al menos- presentes en la anamnesis de la usuaria que consulta por su embarazo. Sin embargo, la integración de la observación y diagnóstico clínico (riesgo psicosocial) es parcial, y continúa remitiéndose principalmente a índices y categorizaciones, sin hacer hincapié en que muchas causales de desequilibrio orgánico tienen un agente reconocible en las relaciones sociales disarmónicas, creencias erróneas y hábitos nocivos.

Lo que olvida el sistema de atención biomédico, de corte fármaco-tecnócrata, y sus agentes, es la integridad del sujeto a quien asiste, y la complejidad de la relación entre la psiquis (sistema de creencias, procesos cognitivos conscientes y subconscientes), la biología humana (fisiología) y las importantes diferencias sociales intra-poblacionales. El impacto que tiene la emoción en los procesos fisiológicos, y cómo ésta puede repercutir de forma radical en la experiencia bipersonal que establecen dos seres humanos. *“Afectos y emociones son, en sí mismos, modelos psicósomáticos. Son vivenciados y se los experimenta corporalmente, esto es, tienen un substrato corporal”* (Christian, 1997, p.67), la importancia del cuidado afectuoso es fundamental y no puede ser reemplazado o desatendido por ningún protocolo tecnocrático.

Desde esta visión los traumas, aun superando las huellas físicas, quedan alojados como dolores en alguna parte de nuestro cuerpo/psique³⁴. Tener presente al asistir a un ser humano en parto, que su historia vital, sexual y reproductiva; emocional y afectiva, se hallan en un acontecimiento límite, de mucha importancia, y, que se puede propiciar una sanación al apoyar el empoderamiento de una mujer capaz de parir o, que puede menoscabar y traumatizar a una mujer y su familia.

Las investigaciones de avanzada que demuestran el impacto del “estrés” en la psicobiología han de ser el resguardo teórico de esta complejidad sistémica³⁵. La psiconeuroinmunología, centró su atención en la función esencial del sistema nervioso central en el condicionamiento del sistema inmunitario, y las relaciones que se establecen en el constante intercambio con el entorno y la auto-regulación individual. La revalorización de la emotividad y la subjetividad -en relaciones interindividuales- refiere al

³⁴ La investigadora Nuria Vives ha indagado en la relación existente entre temor al parto y abuso sexual, intuyendo una alta correlación. Resultados aún no publicados.

³⁵ Ver “La perspectiva psicósomática en medicina” capítulo 6: La investigación psicofisiológica y capítulo 7: Psicofisiología y Medicina conductual: hacia una reformulación de la aproximación psicósomática (Lolas, 1995)

reconocimiento de ambos aspectos como agentes causales de desequilibrio orgánico, o antagónicamente, como factores de defensa, incluso auténtica terapia. (Sepilli, 2000)³⁶

El modelo de análisis biopsicosocial requiere de una ampliación en la comprensión y análisis de un cuadro clínico, y también, antropológicamente, debiese contemplar un diálogo más horizontal, respetuoso de las creencias y de su impacto en el cuerpo. El ejercicio de la 'medicina debe adaptarse a los cambios sociales de nuestra población', ser inteligente en ver las diferencias, particularmente acorde a la sapiencia del acceso a información de los usuarios, sus saberes y sus interrogantes.

NUESTROS CENTROS METROPOLITANOS: LA CUALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Se reconoció una fase transicional a distintos niveles de apreciación fenoménica en ambos centros de atención secundaria y primaria. Las usuarias y usuarios atendidos en el sistema público de salud tienen una apreciación disímil. Donde es factible reconocer una realidad interna que es diversa, que se encuentra en transformación, pero que manifiesta una inclinación en la forma de asistencia farmacodependiente y tecnócrata.

Los hospitales y CESFAM necesitan una coherencia interna, tanto en la administración espacial -recursos espaciales-, y también en la gestión de los recursos humanos; una planificación distinta dirigida a un fin distinto. El entorno de asistencia debe tener cierta lógica, para que las dinámicas que se den en él se dirijan a lo mismo. La gestión de los recursos en salud, en este caso de las instalaciones sanitarias; debería estar en concordancia con un modelo que perfile una atención de calidad experta. Donde se resguarde una coherencia ética en la *praxis* clínica, es decir, donde los fundamentos teórico-técnicos tengan un asidero plausible en los procedimientos internos de un establecimiento, en coherencia con las líneas de planificación bioéticas, estatales y legislativas.

Se identificaron sujetos -personas- agentes de cambio social, que marcan una diferencia por la coherencia y el uso racional de su comprensión científica. Se reconocieron diferencias en la atención sustanciales a nivel cualitativo, que generan un impacto en los nuevos discursos presentes en la asistencia profesional y que también repercuten – y esto es muy importante- en la expectativa de la usuaria que pretende o anhela un parto más humanizado. El hospital San Juan de Dios, tiene tales atributos. Se distingue un proceso metamórfico, que genera un grado de inestabilidad del sistema, al tener dentro de sí, dos formas o fundamentos comprensivos que por sus características tienden a la confrontación. Hay matronas que ofrecen una asistencia personalizada, pero en esta investigación no se apreció un impacto cuantitativo en los resultados de parto en general. Sí se reconoció dentro del componente cualitativo una mayor frecuencia en aprobar la calidad de la atención percibida y al reconocimiento de tales agentes de cambio.

³⁶ Ver Medicina y Cultura. Perdiguero y Comelles [eds.], 2000.

El Hospital San José amerita especial atención, ya que atiende comunas de diversas características. El foco de esta investigación se centró en la comuna de Recoleta-completamente urbana- donde se identificó un sistema de atención altamente farmacodependiente e intervencionista. La experiencia etnográfica en torno a la atención prenatal en esta comuna permitió la observación de agentes de transformación en distintos CESFAM, que realizan una importante contribución a la exposición aterrizada de las posibilidades en expectativas de atención y autocuidado, en función de las inconveniencias presentes en la maternidad donde son atendidas. Esto repercute en una actitud más independiente de la usuaria, que comprende su rol y las posibilidades en el encuentro; una *confianza lúcida*.

En ambas comunas se distinguió, a nivel primario, un ambiente de cambio a nivel discursivo predominantemente; a nivel pragmático la asistencia perinatal aún no toma un rol protagónico activo, que se comprometa con la salud preventiva y que oriente sus recursos a tal fin. Simil a lo que sucede a nivel secundario, sólo algunas asistentes marcan la diferencia.

El rol de la educación prenatal es clave para la transformación del sistema de atención. Si no se toma con seriedad un trabajo conjunto, y coordinado en aras a obtener buenos resultados en la mejora de la asistencia, es muy poco probable que se llegue a conseguir una transformación fehaciente del sistema. Falta también el compromiso de la comunidad y toma de consciencia de los usuarios donde -deben tener- es necesario, un rol más activo en la toma de decisiones respecto de su vida reproductiva, y de la calidad de asistencia en salud que están recibiendo, junto con fomentar el buen trato y respeto mutuo desde una consciencia informada.

Orientarse a forjar un sistema de creencias que sea atingente al nuevo modelo biosicosocial, puede ser el camino; con asesorías que resguarden el constante perfeccionamiento de las instituciones. No permitiéndose o evitando caer en hábitos irracionales, como cadenas operativas que no atienden al individuo, y que tienden a superficializar una relación que, por sus características inherentes, no es superficial, es íntima, y emocionalmente incalculable; no reducible a un protocolo.

Las relaciones laborales deficientes generan cuadros de estrés que repercuten en los asistidos y tornan ingrato e ineficiente el ambiente laboral y la labor que se desempeña. El fomento de los ideales a nivel de formación; la formación del carácter como herramienta laboral, no debe admitir un ejercicio irracional de maltrato, aun dentro de contextos de estrés con una alta demanda. La estrategia debe estar dirigida a un fin solidario, integrativo, inteligente, que permita suplir faltas y sobreponerse en los ineludibles fracasos. Falta un trabajo dirigido especialmente a la integración de la cualidad esencial del sujeto que asiste, donde se desintegre el arquetipo presente aún en la población, 'de la matrona chora', y también, que busque el fomento de un trabajo coordinado y comunitario que dé a los asistentes, el valor para ceder un parto cuando la animosidad de ambas partes se ha tornado pernicioso. Esto es fundamental, para aminorar los signos de violencia que existen en la población, tanto de usuarias como de asistentes.

Respecto a violencia obstétrica y tratos vejatorios se pudo reconocer que desgraciadamente son más frecuentes de lo que se esperaba, como se puede constatar en las entrevistas. Las resistencias al cambio en ambos establecimientos son fundamentalmente de tres tipos i) sistema de creencias arraigados desde la formación académica, que recrean hábitos que tienden a dar más valor a los métodos de control, que a la implementación de nuevas formas de atención ii) abuso de poder, de liderazgos nocivos que son reproducidos por imitadores, muy desvinculados de los baluartes éticos de la profesión; y que ciertamente dificultan el proceso de transformación iii) hábitos sociales de criticismo y escaso diálogo entre las partes, falta de compromiso hacia la educación perinatal.

En esta investigación no se observaron diferencias significativas en relación con el riesgo de cesáreas. Ambos hospitales tuvieron frecuencias similares de distocias y partos por cesárea; la farmacodependencia y el abuso rutinario de inducciones y conducciones es un mal hábito presente en ambos establecimientos, pero se evidenció una percepción diferencial de la asistencia.

Se reconoció que existe un horizonte discursivo que entusiasma y que promueve, al menos, un ideal que nos recuerda la importancia de las relaciones humanas auténticas y la importancia de recibir a una criatura de forma respetuosa y amable. La manifestación de un encuentro social es siempre único e irrepetible, en tanto cada sujeto/Ser presente en la relación, también lo es.

Cómo forjar un cambio desde lo barrial: El uso de los espacios y los encuentros en la atención perinatal.

La inclinación etnográfica de esta investigación posibilitó la observación acuciosa de los establecimientos involucrados y sus dinámicas internas. Por lo cual fue posible desarrollar este breve análisis de observaciones dirigidas a fines. En este caso, se limita al reconocimiento de las potencialidades de los establecimientos, en su organización espacial, y una posible re-orientación de su uso. Con un fin, motivar un cambio y orientar una disposición reflexiva respecto a lo que se tiene, cómo se ocupa, y el valor que se otorga.

Comuna de Pudahuel, CESFAM Violeta Parra

La atención se divide en tres zonas territoriales, que se corresponde con áreas geográficas específicas del entorno inmediato al establecimiento. La mayoría de los usuarios se encuentran en un hall central donde comparten la espera de la atención. Lo positivo de esta distribución, aunque no se evidencia frecuentemente en el trabajo de campo, es que la probabilidad de tener un encuentro social aumenta para todos los usuarios. Lo no tan positivo es que, considerando las diferencias funcionales de la asistencia al recinto de atención, las gestantes se hallan en un espacio donde se encuentran con otros usuarios enfermos, sin ellas estar en un estado mórbido. La distribución espacial de los asientos es en filas que se orientan una tras otra, el

reconocimiento visual es menor y menos probable. El espacio no propicia el diálogo entre las mujeres gestantes y el riesgo de contagio es más probable. Una mirada preventiva del uso espacial puede ser un buen fundamento para volver a orientar la asistencia.

La utilización a fin en este recinto podría orientarse a la concentración de la atención perinatal en la planta baja, tal vez cohabitando con la función control niño sano u otra, que tenga una visibilidad mayor y una cualidad distinta, donde la usuaria reconozca un área dirigida a un fin distinto³⁷. La reinención de una asistencia vinculable a la salud, puede ser un atisbo cognitivo a un cambio, que, si bien se halla aún en función de la administración hospitalaria, precisa de un método de abordaje que marque una diferencia a lo anterior.

Este CESFAM tiene buenos atributos en la cualidad de la asistencia, la intención está orientada, y se nota, a un trato deferente y cercano, que se percibe en la distribución de sus funcionarios de asistencia, y el inmobiliario *ad hoc*, mesones de asistencia amplios y abiertos. Junto con un buen trabajo informativo en el uso de diarios murales con información atingente y bien expuesta.

Se hace necesario campañas de motivación para la visibilización de los talleres prenatales, que tengan una regularidad reconocible. Entregando más información referente al modelo de parto personalizado, para que la usuaria logre captar la relevancia de su participación en los talleres prenatales. Estas campañas debiesen tener un matiz diferente que involucre a la usuaria en conversaciones directas con agentes presentes en el recinto, por ejemplo, stands informativos, que permitan una apertura al diálogo durante la espera de atención y la entrega de alguna herramienta recordatoria (tríptico, calendario, u otro). Esto, más una coordinación inter-niveles de asistencia dirigida a reducir la fármaco-dependencia, y fomentar el modelo de parto personalizado con el hospital asociado. Puede generar una reforma sustantiva en la calidad de asistencia intrahospitalaria, permitiendo a la vez, la alfabetización en salud, potenciando y promoviendo el modelo biopsicosocial de comprensión de la salud humana.

Comuna de Recoleta

CESFAM Quinta Bella

Este recinto es más pequeño espacialmente. Las matronas atienden todas en un área específica del establecimiento; las gestantes se encuentran en un sector de espera que permite el encuentro entre ellas. Los asientos se hallan dispuestos frente a frente, por lo que el encuentro visual es obligatorio. Aquí, en las visitas, si se observó con mayor recurrencia el diálogo entre las usuarias, principalmente las extranjeras que establecen largas conversaciones; se puede decir, que es un espacio de encuentros sociales efectivos, con intercambio de información y la generación de red social. Se identificó la importancia de la traductora para la apertura de espacio de diálogo entre ellas.

³⁷ Los puntos de lectura, suelen generar una diferencia estética y funcional que aporta una apreciación diferente del sentido del espacio

La población haitiana tiene una amplia afluencia por lo que el trabajo comprometido aquí debe seguir una lógica intercultural de sentido antropológico. Que permita aproximar la comprensión foránea de la maternidad y sus costumbres asociadas. De esta forma se puede forjar un sentido de pertenencia barrial, que siga fortaleciendo la red social de intercambio bajo una lógica solidaria y lograr reducir las comprensiones prejuiciosas en la asistencia intrahospitalaria, fomentando la calidad de la atención.

CESFAM Recoleta

Este recinto también atiende por área territorial. El espacio es diverso, amplio en algunas salas de espera y más reducido en otras. En el primer piso, del edificio trasero, se encuentra un sector de mediana población con una sala de espera reducida a sólo una fila de asientos dispuestos en un pasillo; sólo una matrona atiende en este sector. En el segundo piso hay un hall más grande, sin mucho flujo de usuarios. Algunas bancas se disponen frente a la consulta de la matrona, en hileras dispuestas una tras otra. El encuentro entre usuarias es escaso; las mujeres son citadas en un horario específico y tienden a la puntualidad, no topándose unas con otras en la zona de espera de la matrona. Se observaron algunas interacciones, pero muy discretas ya que cada matrona tiene una pequeña área de espera separada de la otra.

El edificio delantero tiene a sus matronas en el segundo piso, el acceso es mediante una escalera o un ascensor. Aquí atienden dos matronas, y en la sala de espera se encuentran usuarios de todo tipo; se da la dinámica de un espacio común entre gestantes y enfermos. Es un punto de encuentro con mayor intercambio comunicacional. Los talleres prenatales se realizan en el tercer piso en una sala poco acondicionada para la labor de la matrona, que si bien tiene un enfoque biopsicosocial de la atención del parto y que fomenta activamente la transformación de los procedimientos intrahospitalarios, se percibe en un rol subvalorado por el establecimiento en sí, falta más apoyo intrasectorial y el fortalecimiento de las relaciones laborales.

CESFAM Petrinovic

Está dividido en sectores que se corresponden a un área geográfica territorial circundante al establecimiento. Las matronas atienden separadas, formando equipos territoriales en los distintos sectores, similar a lo que sucede en CESFAM Recoleta. Su recepción funciona con ventanillas de atención donde la gestante anuncia su llegada, las salas de espera están contiguas o frente a las ventanillas. Los espacios son amplios y de fácil acceso. Se reproduce el modelo asistencial no preventivo, donde la usuaria se encuentra con los pacientes, sin mayor intercambio comunicacional.

Se identificó un importante trabajo realizado en torno a la educación prenatal, pero que fue discontinuado. La modalidad de entrega de estos talleres fue la más exitosa de la comuna y estuvo a cargo de una funcionaria, no profesional.

Síntesis en relación a los CESFAM

Una transformación en el uso de los espacios de algunos establecimientos, que propicie un cambio de estatus -la despatologización del estado-, junto a una campaña informativa

de visibilización de la problemática del parto instrumental farmacodependiente y sus consecuencias; y el fomento del modelo personalizado de asistencia, sería una forma de abordaje eficiente que puede generar cambios sustantivos en la calidad asistencial a nivel secundario, y promover y subsanar las relaciones presentes entre usuarios y asistentes.

Falta darle un mayor énfasis al rol educativo, y al rol transformador de la gestante informada, y del acompañante informado, para forjar un cambio que sea patente a nivel sociocultural. Un trabajo conjunto con el personal vinculado a salud comunitaria, círculos de escucha de Fundación Escuchar, por ejemplo, puede aportar grandes beneficios en disminuir el exceso de ansiedad o de temor al parto presente en esta población. Abriría un espacio de expresión y conexión con el aspecto cognitivo y emocional de la usuaria, que ha sido muy menoscabado por el servicio de asistencia hospitalario. Además, existe personal capacitado para tal fin.

Los modelos de talleres comunitarios han sido los más efectivos en esta comuna y sería conveniente seguir fomentándolos, haciendo atractivo el uso del espacio para las gestantes que salgan con su licencia prenatal y que se motiven a buscar medios de relajación y bienestar. Para esto, la comuna tiene varias organizaciones vinculadas al interés común del cuidado reproductivo de la mujer y la maternidad: Fundación Mustakis, Yoga sin fronteras (Agni Yoga), Fundación escuchar y ONG huertas urbanas, comprometida con el fomento de la medicina natural. Un trabajo cooperativo, inter-fomentado y patrocinado por el municipio, puede ayudar a forjar una nueva visión del CESFAM como punto de encuentro de autocuidado de la salud, siendo una buena alternativa, para la difusión de un modelo de salud íntegra, responsable y comprometida.

En relación al hospital asociado

La relación existente con el hospital asociado San José, es de escasa coordinación en una dinámica de atención a la usuaria que sea eficiente, y que perfile una mejora de los vínculos entre usuarios y funcionarios. La alfabetización de la usuaria es de suma importancia para la reformulación de la imagen asistencial del hospital, y para recuperar un sentido de asistencia informada horizontal y transparente. La revisión de los procedimientos en base a las recomendaciones internacionales de asistencia del parto y su aplicación en común acuerdo, deben ser potenciadas y promovidas por el personal de asistencia. La reducción de las inducciones, conducciones, y del uso de anestesia peridural podrían ayudar a disminuir la tasa de distocias y cesáreas intraparto. Todo esto debe ser fomentado desde la educación prenatal, que aporte la información necesaria y fidedigna de los usos y abusos de la farmacología en los partos asistidos.

La comuna debiese insistir en la presencia de moderadores externos que fomenten la transformación del modelo de asistencia intrahospitalario. La presencia de acompañantes informados, puede ser una vía importantísima de reforma, si son guiados con responsabilidad y compromiso de buen trato, en común acuerdo entre niveles de asistencia.

REFLEXIONES FINALES

*“Sabiduría es cuando honras
tu profesión o condición” Yogi Bhajan*

El conocimiento generado por el paradigma científico occidental; se encuentra atravesando un periodo de transición paradigmática. La ciencia, del siglo precedente, fundamentó su quehacer en otro sistema de creencias preponderante. Los avances de la microbiología durante fines del siglo XIX y principios del S. XX, llevaron la observación científica, técnica y clínica a la reducción mínima de las relaciones medioambientales y ecológicas. El paradigma microbiológico marcó un periodo de poco más de un siglo, con un gran impacto en el quehacer médico; se despreciaron modelos macroscópicos de aproximación a la realidad fenomenológica, reduciendo la observación a la complejidad microscópica.

La patología, o desequilibrios orgánicos, fueron tratados de forma insustancial y escindidas del dinamismo del fenómeno humano. El cuerpo tratado como máquina, fue uno de los modelos imperantes; la materia rígida, calculable métricamente, estandarizable, fue y es aún, lo que predomina dentro del sistema de creencias y ‘comprensión de mundo’ de nuestra población. Lo científicamente comprobado es simplemente aquella fórmula en la que se ha insistido mayoritariamente; sin embargo, el cambio paradigmático se hace necesario en tanto fenómeno social, ya que la medicina materialista farmacéutica y tecnócrata no logra dar conformidad al ‘padecer humano’. El cambio se tornó y se percibe necesario.

Los albores de la medicina biopsicosocial abogan por una integración que fue perdida, por un enfoque que se hizo demasiado mínimo, para abarcar la integridad del ser que pregunta por su dolor. Aún carece de una ‘nueva investigación científica’ que reformule preguntas y que dirija a su foco hacia nuevas interrogantes. Siendo la ciencia un sistema recursivo, la evidencia es producida y reproducida también por los sujetos partícipes de la experiencia investigativa y del quehacer científico. La generación de conocimiento científico, su fuerza y coherencia, es producida por los agentes vinculantes (investigadores, profesionales, educadores) ya que el foco de atención del investigador es el que se replantea, modifica o cambia, y a la vez hace cambiar lo que se piensa, se dice, o se hace y se reproduce en la docencia. Cuantos más investigadores tengan otras formas de observar la complejidad, es tanto más plausible que el paradigma tome fuerza y sea integrado como forma de auto-observarnos y comprendernos en tanto cuerpos - individuales-y cuerpos sociales.

La integración de la salud mental individual y comunitaria, y su impacto en el devenir del sistema de atención médica es un punto que se debe mantener presente, para ir asimilando el cambio. La integración de la relación mente-cuerpo va a desplazar la arrogancia de la tecnocracia materialista, que no es más que una forma miope de observación de la realidad. La farmacodependencia de las poblaciones, junto al incremento de enfermedades de etiología desconocida ha dado el impulso para la

reflexión y la reformulación en torno a la eficacia de la biomedicina y sus alcances. La disconformidad con el modelo médico imperante tiene una relación estrecha con un sistema económico cultural donde prima el individualismo egoísta y la avaricia, por sobre los ideales humanitarios de la sociedad especie humana.

La reforma de la obstetricia ante los reclamos de la comunidad de mujeres y de profesionales que se ven en el llamado ético, del cuidado y el no daño; hacen de modelo de la transición paradigmática en la que nos encontramos. El fenómeno del nacimiento con el parto humanizado o personalizado permite ver el problema de fondo, y además promueve la comprensión y propicia la implementación de otra forma de abordaje. El fenómeno en sí mismo, contiene la importancia plausible de la integración de las esferas de existencia humana, a nivel biológico (material), psicológico (inmaterial) y social (relacional), en un tiempo espacio delimitado de un encuentro social.

EL PARTO COMO FENÓMENO O ENCUENTRO BIPERSONAL: UN MODELO DE CONTEMPLACIÓN DE LA EMPATÍA HUMANA

El modelo de interacción bipersonal da cuenta de aquellos encuentros donde la entrega hacia el Otro semejante tiene una cualidad única, es totalmente cooperativa y confiada. Permite un diálogo compasivo horizontal, que trasciende el lenguaje hablado y se sumerge en el sentir que dialoga silencioso sin razonar esfuerzo; ya que se comprende que el dar y recibir es una balanza, que en su fin último sujeta un compromiso, un acuerdo.

La negación del virtuosismo del encuentro, la pérdida del equilibrio, o la negación del sentido del trabajo genera falsos encuentros; el diálogo silencioso es entorpecido, se enrarece, el sentido amoroso se pierde como fundamento.

Una madre con una criatura en su vientre es un sistema bipersonal por sí mismo- se podría profundizar en esta aseveración, pero no es el objetivo de este escrito. La misma madre con un asistente, o un equipo de asistencia, también lo es. La bipersonalidad, tripersonalidad o tetrapersonalidad de este encuentro, permite la adaptación de los asistentes a la diada madre/cría (pensándola como unidad o sistema total). El flujo de esfuerzo es comunitario cuando son más de dos. En un sistema de salud como el actual biomédico hospitalario, los encuentros suelen ser multipersonales, es decir, existe más de un agente de salud y también más de una mujer en parto. En esto encontramos una posibilidad ética de atención del parto, donde se puede ampliar el horizonte organizacional y establecer otra forma de acuerdos. El trabajo en equipo, que no diluye responsabilidades, sino que adopta una responsabilidad conjunta, permite generar un escenario de conformidad y contención. La tarea de asistencia, entendida en este contexto, se perfila a una satisfacción bilateral usuaria/ asistente, donde no hay errores, ya que existe un compromiso bipersonal que está sostenido por un conjunto humano; equipo y familia.

El compromiso o acuerdo requiere de la sensatez de los involucrados, las circunstancias son las que son. El afán que orienta la acción -como se mencionó anteriormente- se encuentra implícito en la idiosincrasia los individuos, de este simple hecho deviene la importancia del sistema de creencias compartido socioculturalmente, el sistema de valores y todo lo que implica. Como sujetos de derechos, se halla estipulado en un código de ética que fija las normas entre asistente y asistido. Sin embargo, el encuentro bipersonal, se halla en plano supra-normativo cuando se da por sí mismo; es corporizado por quien lo vivencia. Idealmente, en su fundamento más prístino, se expresa en una relación que es sentida como conectada, 'afiatada', sin incoherencias ni obstáculos. La elección de un equipo de trabajo, y la preparación para el parto, es responsabilidad de usuarias y familiares, la búsqueda es para brindarse una buena asistencia y darle el valor que amerita el nacimiento del nuevo ser. Actualmente tal orientación, el compromiso familiar por el buen nacer, se perfila como una reforma cultural del nacimiento (Odent, 2011)³⁸. Sin esta contraparte, es improbable que la reforma sea sustancial, y que se logre una mejoría en asistencia en un corto a mediano plazo. Es necesario realizar el ejercicio bioético, desde ambas veredas, de tomar un rol activo y dar valor a la información y la coherencia de la práctica obstétrica en función de los ideales de asistencia experta, cuidadora, comprometida con la salud humana. Además, es deber social dar a conocer, reconocer y reproducir, que éste es el fundamento de todas las disciplinas vinculadas a la salud.

La utilidad de este enfoque teórico, para comprender relaciones que se orienten a encuentros eminentemente éticos, es dejar en claro mediante un razonamiento simple - que permite además abrirse a una forma de interpretar otros fenómenos sociales- que lo que subyace a una buena atención médica, es la entrega compasiva, amorosa hacia un Otro, sea quien fuere y con el mayor compromiso posible. Aboga también por un autoconocimiento y el compromiso mutuo entre quienes comparten una profesión u oficio ético. El maltrato en el contexto hospitalario es inaceptable, y es mayormente inaceptable si se infringe desde quien tiene el rol de la asistencia. El número de respuestas posibles para un 'mal fiato' es acotado, requiere de un esfuerzo comunitario, y en última instancia, es salvaguardado por la legislación para ambas partes³⁹ (Espinosa y Martínez, 2017).

NACER PARIENDO: ANTROPOLOGÍA FÍSICA PARA EL PARTO HUMANIZADO

La aproximación científica a los fenómenos biológicos humanos debe trascender la tecnocracia materialista. Todos los organismos vivos se ven influenciados de alguna manera, por su entorno de forma dinámica. El materialismo implícito en los análisis

³⁸ "El bebé es un mamífero" es un libro muy intuitivo, que expone los fundamentos de la reforma en el nacimiento. Intuitivo en tanto plantea elementos que, en el momento de su redacción, no se hallaban dentro de la ciencia formal de publicaciones en revistas científicas, todos los argumentos microbiológicos que sustentaban sus planteamientos. Actualmente, el fenómeno de la cesárea, la insistencia farmacológica y su impacto en el diada, tiene mayor visibilidad.

³⁹ La referencia a la legislación vigente remite a derechos fundamentales, estipulados en la ley N° 20.584. La ley contra la violencia obstétrica, que busca especificar el vínculo entre usuaria y asistente de parto, a la fecha lleva 4 años de trámite legislativo.

antropométricos debe ser subsanado por estudios cualitativos, perfilando la integración biopsicosocial de la población estudiada. La recursividad científica, 'de lo particular a lo general y de lo general a lo particular' debe ser constantemente evaluada por los estudios en salud pública de cada país. Los parámetros biologicistas han de ser reevaluados a la luz de nuevos modelos de observación, en concordancia con el cambio paradigmático de la atención en salud, que integra, la mente-cuerpo, la comunidad y sus creencias.

Las transiciones paradigmáticas suelen tener paradojas, que pueden trascenderse con aproximaciones investigativas -dentro de lo biopsicosocial- que se orienten a buscar la coherencia entre los discursos sociales, el momento biológico, y las formas de relacionarse dentro de una sociedad particular, organización o institución de salud- en un tiempo espacio determinado. Es aquí donde las ciencias sociales, y la antropología física en particular, pueden contribuir de forma experta y horizontal.

Los estudios sobre la diversidad cultural de los estamentos o agentes no versados en salud biomédica, y sus confrontaciones con el sistema imperante son una fuente de conocimiento necesario para individualizar la naturaleza y la consistencia de los prejuicios, omisiones o debilidades que subyacen a la problemática en la atención de los servicios sanitarios. Se deben visibilizar las expectativas de las poblaciones o unidades territoriales, para promover un plan de desarrollo viable que logre objetivos concretos. Dentro de lo observado, una entrega informativa/educativa que profile métodos o estrategias dialógicas, como la educación popular, puede ser un camino de alfabetización en salud más coherente con un modelo bioético.

En términos concretos y, a modo de ejemplo como resguardo metodológico, no se deben extrapolar estudios sin antes evaluar los criterios intrapoblacionales. No existen estudios pelvimétricos que puedan prever los alcances de un encuentro bipersonal, cargado de sentido simbólico e interpretación, sin embargo, son herramientas con criterio científico, que deben ser utilizadas con cautela, no sobreestimadas. La efectividad del vínculo es tanto más importante que la longitud de las diagonales. 'Los problemas técnicos, hace tiempo se transformaron en problemas humanos', hay asuntos valóricos: confianza, cooperación, altruismo; que deben ser prioridad.

La insistencia en atender sólo 'parámetros de normalidad' como fundamento de un ejercicio ético científico, sin involucrarse con las singularidades de cada individuo, la transparencia y la experticia, es un error del sistema biomédico tecnocrático autoritativo; una forma deshumanizada del ejercicio de la Medicina. En términos prácticos, la efectividad o ineficiencia de un vínculo esporádico depende del nivel de incertidumbre entre las partes. A menor incertidumbre mayor eficiencia, para esto, el rol de la alfabetización en salud es intransable para un intercambio horizontal efectivo.

Se vislumbra la presencia del modelo de medicina intercultural como de suma importancia para trascender la arrogancia del sistema alopático aún vigente, porque lo biopsicosocial puede integrarse dentro de lo intercultural, ya que, en sí mismo- tal que modelo epistemológico- se abre a un diálogo más horizontal al integrar la trascendencia de la esfera psicológica (sistema de creencias) a la comprensión del cuerpo y su dinámica salud-enfermedad.

La evidente pereza en el incumplimiento de las recomendaciones internacionales vigentes, basadas en fundamentos científico-humanistas de avanzada, permite observar la pobreza en requerimientos epistemológicos, a nivel de formación, y por lo mismo la reincidencia en criterios metodológicos y procedimientos que bioéticamente no son justificables ni justificados por la 'conciencia vigilante' de la cultura.

La importancia del compromiso de algunos agentes de reforma, desde distintos sectores, es que siguen siendo el factor de cambio social que impulsa la transformación del modelo de asistencia, de la comprensión y valoración del fenómeno humano del nacimiento, y de la medicina en general. Sin esos compromisos auto asumidos, no tendría cabida ninguna reforma.

La forma antagónica en que se concibe culturalmente el parto, los mitos fundacionales de castigo divino; la idea errónea de patriarcado como sinónimo de sometimiento a una falocracia espiritual y terrenal. Es una lectura simbólica, que carga de significado un hecho alarmante que tiene estrecha relación con el problema antropológico planteado aquí, *las creencias son parte de un élan vital*, de una fuerza vital motriz que impregna un cuerpo vivo, emocional, dinámico. Argumento comprobado por la medicina antropológica y ciertamente verdadero teórica y empíricamente para otras formas médicas tradicionales – orientales y medicinas ancestrales americanas- que no separan mente cuerpo y espíritu. Razonable para Chile, un país que ha tendido a la falocracia disfrazada de machismo, con un feminismo incipiente; inequidad de género en varios aspectos de la vida sociopolítica, oculto en la vida privada de numerosos elocuentes defensores de la equidad y que permanecen en una gran incoherencia entre lo público y lo privado. La elevada tasa de cesáreas es un síntoma social de un problema de raíces cognoscitivas, en un seno poblacional donde aún tiene cabida: la subvaloración de los procesos vitales femeninos, el temor al parto por creencias erróneas de subordinación a lo masculino como premisa espiritual, y la sobrevaloración de la técnica⁴⁰ o el método por encima de la simpleza del encuentro sincero y amoroso.

⁴⁰ Todos los modelos tienen sus técnicas, incluso el modelo humanizado. 'La rehumanización del arte, es elevar la praxis a técnica en aquella situación donde lo que se hace está relacionado con la política, y con la vida misma' (ver: Bioética y antropología médica. Lolas, 2000). Humanizar un parto, no es prender un incienso o apagar las luces... Lo personal es político.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alijahan, R. y Kordi, M. (2014). Risk Factors of Dystocia in Nulliparous Women. *IJMS*, Vol.39, No 3, May: 254-260.

Angeja, A., Washington, A., Vargas, J., Gómez, R., Rojas, I. y Caughey, A., (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG*, Vol.113(11):1253-1258.

Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio N°3, Santiago, abril. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Althabe, F., Sosa, C, Belizán J.M, y cols. (2006). Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth*, 2006; 33(4):270–277. [En línea:] <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00118.x>.

Avendaño O (1949) La pelvis de la mujer chilena. Estudio morfológico y clínico. Tesis para optar al título de profesor extraordinario de clínica obstétrica de la facultad de biología y ciencias médicas de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Avendaño O (1963) Morfología de los vicios pelvianos más frecuentes en Latinoamérica. Diagnóstico y conducta obstétrica. *Rev. Col. Obs. y Ginec.*

Bale, T.L., Davis, A.M., Auger, A.P., Dorsa, D.M. y McCarthy M.M. (2001). CNS region-specific oxytocin receptor expression: importance in regulation of anxiety and sex behaviour. *The journal of Neuroscience*, 21 (7), p.2546-2552.

Barreto, A. (2012). *Terapia Comunitaria paso a paso*. Segunda Edición.

Behruzi, R., Hatem, M.,Goulet, L., y Fraser, W. (2011) The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health* 2011, 11:53 [En línea] <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/53>

Betrán, A. y cols. (2009). WHO Global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying cesarean sections. *Reproductive Health* 2009, 6:18. [En línea] <http://www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/18>

Biurrun-Garrido, A. y Goberna-Tricas, J.(2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66. [En línea:] <http://hdl.handle.net/2445/49091>

Caldwell, W.E. y Moloy, H.C. (1938). Anatomic variations in the female pelvis: Their classification and obstetrical significance. *Proceedings of the royal society of medicine, Section of obstetrics and gynecology*. Vol XXXII.

Calais-Germain, B. y Vives, N. (2010). La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Profesión*. 2010; 11(1): 18-25

Carvajal, C. (2016). Percepciones sobre la educación para la salud bucal, de mujeres que perciben atención odontológica integral para embarazadas. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Adscrito a Proyecto FONIS SA13I20143 Santiago, noviembre.

Castro, A. (2004). Anacronismo entre el marco conceptual y la praxis: reflexiones en torno a la Educación para la Salud y la atención a las mujeres. XXI, Revista de Educación, 6: 89-96. Universidad de Huelva.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología;76(2): 167–197. [En línea:] [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid= S0188-25032014000200001&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_arttext).

Chalmers, B. y cols. (2010). Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. Birth.Mar;37(1):44-9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x.

Chile Crece Contigo. (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Ministerio de Salud Chile. Gobierno de Chile. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.

Chile Crece Contigo. (2009). Re-visión del parto personalizado, herramientas y experiencias en Chile. Gobierno de Chile. Santiago: Obstare.

Christian, P. (1997). Medicina Antropológica. (Traducción y nota preliminar y notas de Fernando Lolas Stepke). Colección El Mundo de las Ciencias. Editorial Universitaria. [Título original alemán: Anthropologische Medizin, 1989].

Christian, P. y Hass, R. (2009). Esencia y formas de la bipersonalidad (Traducción y nota preliminar y notas de Fernando Lolas Stepke). Monografías de ACTA BIOETHICA N°1. Centro interdisciplinario de estudios en bioética, Universidad de Chile. Programa de bioética- OPS/OMS.

Contreras, Y. (2017). Efectos de la oxitocina sintética utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento social del niño(a), durante los primeros años de vida. Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Mental. Dirección de postgrado, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Cunningham y cols. (2011). Williams Obstetricia. 21 Edición. Editorial Médica Panamericana.

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic modelo of birth (El Modelo Tecnocrático del Parto). En: Feminist Theory in the Study of Folklore, Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (eds.), University of Illinois Press, pp. 297-326. Disponible en español en: www.davis-floyd.com

Di Matteo, M.R. y Morton, S. (1996). Cesarean Childebirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. Health psychology. Vol 14, n°4, 303-314.

Douglas, P. (2014). Female sociality during the daytime birth of a wild bonobo at Luikotale, Democratic Republic of the Congo. Primates DOI: 10.1007/s10329-014-0436-0

Dhalen, H. G. y cols. (2013). The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses*. 2013 May;80(5):656-62. doi: 10.1016/j.mehy.2013.01.017. E pub 2013 Feb 12.

El parto es nuestro (s/f). <https://www.elpartoesnuestro.es> [Revista online; vista: 26-10-18]

Espinosa, M.E. y Martínez, D. (2017). Análisis crítico de la legislación chilena y comparada acerca de los derechos fundamentales de la mujer y su vinculación con el parto. (Tesis de pregrado) Memoria para optar al Grado Académico de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Derecho, Departamento de Derecho público. Universidad de Chile.

Farías, M. y Oyarzún, E. (2012). Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave* 2012 Mar;12(3) [En línea:] doi: 10.5867/medwave.2012.03.533

Fujisawa, M., Hockings, K. y Soumah, G. y Matsuzawa, T. (2016). Placentophagy in wild chimpanzees (*Pan troglodytes verus*) at Bossou, Guinea. *Primates* (2016) 57:175–180 DOI 10.1007/s10329-016-0510-x

Gluckman, P., Beedle, A., y Hanson, M., (2009). *Principles of evolutionary medicine*. Oxford University Press.

Guisasola (2004). Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2004; 51: 121-127.

Guise, J.M. y cols. (2010). Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March.

Guzmán, E. (2012). Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Medwave* 2012 Mar/Abr;12(3) [En línea:] doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331

Hastie, C. y Fahy, K. (2009). Optimising psychophysiology in the third stage of labor: Theory applied to practice. *Women and Birth*, vol 22, 89-96.

Heinrichs, M., Von Dawans, B. y Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology* 30 548–557.

Herrera, N. y cols. (2009). Diferentes tipos de pelvis óseas en una muestra de fetos venezolanos. *Revista de la Sociedad Venezolana de Ciencias Morfológicas* Vol. 15.

Hoebel, E. (1961). *El hombre en el mundo primitivo. Introducción a la antropología*. Editorial Omega. Barcelona: España.

Kurki, H. (2007). Protection of Obstetric Dimensions in a Small-Bodied Human Sample. *AMERICAN JOURNAL OF PHYSICAL ANTHROPOLOGY* 133:1152–1165.

Kurki, H. (2011). Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans. *Journal of Human Evolution* 61 631e643.

Kurki, H. (2013). Bony Pelvic Canal Size and Shape in Relation to Body Proportionality in Humans. *AMERICAN JOURNAL OF PHYSICAL ANTHROPOLOGY* 151:88–101.

Kurki, H. (2013). Skeletal Variability in the Pelvis and Limb Skeleton of Humans: Does Stabilizing Selection Limit Female Pelvic Variation?. *AMERICAN JOURNAL OF HUMAN BIOLOGY* 25:795–802.

Lafferte, M.F. (2014) La visión de las mujeres aymaras acerca de las prácticas de atención del parto en la ciudad de Arica. (Tesis de pregrado) Memoria para optar al título de antropóloga social. Departamento de Antropología. Universidad de Tarapacá.

Levine, E.M., Ghai, V., Barton, J. y Strom, C.M. (2001). Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol.*Mar;97(3):439-42.

Liselele, H.B., Boulvain, M., Tshibangu, K.C. y Meuris, S. (2000). Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG*. 2000;107:947-52.[En línea] doi: 10.1111/j.1471- 0528.20 0 0.tb1039 4.x. PubMed PMID: 10955423. Lolas, F. (1995). La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación. 2da Edición. Colección El Mundo de las Ciencias. Editorial Universitaria.

Lolas, F. (1995). La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación. 2da Edición. Colección El Mundo de las Ciencias. Editorial Universitaria.

Lolas, F. (2000) Bioética y Antropología Médica. Editorial Mediterráneo Ltda. [Reimpresión 2003].

Lolas, F., Martin, D., y Quezada, A. (2007). Prioridades en salud y salud intercultural. Estudios de bioética social N°1, 2007. Centro interdisciplinario de estudios en bioética. Vicerrectoría de investigación y desarrollo. Universidad de Chile.

López, L. y María, D. (2011). Nuevas tendencias en la humanización del parto. 31 Congreso Nacional de ginecología y Obstetricia S.E.G.O. Sevilla, España.

Maharaj Dushyant (2010). Assessing Cephalopelvic Disproportion: Back to the Basics. CME Review Article, Volume 65, Number 6, *OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY*.

Makuch, M.Y. (2010). Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

McGaugh, J. (2004). The amygdala modulates the consolidations of memories of emotionally arousing experiences. *Annu. Rev. Neurosci.* 2004. 27:1–28 [En línea:] doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144157

Miller, E., Hahn, K., Grobman, W. (2013). *Obstetrics & Gynecology*: April 2013 - Volume 121 - Issue 4 - p 789–797 [En línea:] doi: 10.1097/AOG.0b013e3182878b43

MINSAL (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. [En línea] https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf

MINSAL (2015). Guía perinatal. Programa nacional salud de la mujer. Evaluación de trabajo de parto. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. [En línea] <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/evaluacin-del-trabajo-de-parto>

Mutryn, C. S. (1993) Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med*.Nov;37(10):1271-81.

Nardin, J.M. (2007). Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el trabajo de parto: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de enero de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Northrup, C. (2010). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. 4ta edición. España: Ediciones Urano, S.A.U.

Nussenzweig, S. (2008). As tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia: as articulações entre gênero, sexualidade e “raça” na produção de saberes médicos acerca da reprodução da espécie e suas repercussões na formação de uma elite profissional. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto.

Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. 1° ed. Buenos Aires: Madreselva.

Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, ISSN 1695-4238, N° 111, 2014, págs. 79-83.

Olza, I. (2013, 15 de abril). Secuelas de la violencia obstétrica. Blog Ivone Olza- Psiquiatra infantil y perinatal, madre y activista. [En línea] <https://iboneolza.org/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>

Olza, I. (s/f). Ansiedad durante el embarazo y alteraciones de la conducta del niño. [En línea:] <https://www.holistika.net/parto-natural/el-bebe/ansiedad-durante-el-embarazo-y-alteraciones-de-conducta-en-el-nino.asp>

OMS y HRP (2015). Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. [En Línea:] www.who.int/reproductivehealth/

OMS (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto [En Línea] http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf [consulta 28 de abril de 2016]

Penalva, A. (2003). Estudio osteométrico de la pelvis femenina en una población de levante español vs. Tipo de parto y bienestar neonatal. Memoria de título. Departamentos de Biotecnología y de Enfermería de la Universidad de Alicante

Pérez, M.S. (2003). El significado de la salud y la enfermedad en el pueblo de Talabre: Un acercamiento desde la perspectiva de género. Artículo sobre tesis premiada. Proyecto sexualidades, Salud y Derechos humanos en América Latina.

Pérez-Sánchez, A. y Donoso, E. (2011). Obstetricia. Cuarta Edición, Editorial Mediterráneo Ltda.

Peterson, G. H., Mehl, L. E., y Leiderman, P. H. (1979). The role of some birth-related variables in father attachment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(2), 330-338. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1979.tb02614.x>

Phillips, R. (2013). The sacred hour: uninterrupted skin to skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 13 67-72.

Radrigañez C (2013) El asalto al hades. Colectivo editorial Nihil obstat, Olmué. Versión: 4ta edición.

Rahm, V.A., Hallgren, Hans, A., Högberg, Hurtig, I., y Odland, V. (2002) Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Volume 81,- Issue 11 1033-1039 | Published online: 07 Aug 2009.

Ramírez, C. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: Recuperando el protagonismo. (Tesis de pregrado) Memoria para optar al título de antropóloga social. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Reischmann, Risi y Serrano (2015). Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003-2014, en la Región de Valparaíso y Metropolitana de Santiago de Chile. (Tesis de pregrado) Seminario de grado para optar al grado de Licenciado. Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia y Puericultura.

Rozenholc, A.T. y cols. (2007). The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. The Authors Journal compilation.

Royal College of Obstetricians and Gynecologist Clinical Support Unit (2001). The National Sentinel Cesarean Section Audit Report.

Sáez, M. (2014). Análisis bibliográfico de aspectos morfológicos y evolutivos de la pelvis femenina asociados al parto y su impacto en docencia universitaria. Escrito N°1: El "dilema obstétrico" en la evolución humana desde la perspectiva paleoantropológica. Material inédito. Informe de práctica profesional. Proyecto FONIS SA13I20259.

Sáez, M. (2014): Análisis bibliográfico de aspectos morfológicos y evolutivos de la pelvis femenina asociados al parto y su impacto en docencia universitaria. Escrito N°2: Tipologías pélvicas: Análisis de los aportes y desventajas de la clasificación estándar desde una perspectiva bioantropológica. Material inédito. Informe de práctica profesional. Proyecto FONIS SA13I20259.

Sadler, M. (2003). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto". En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.

Sadler, M. y cols. (2013) Proyecto de investigación y desarrollo en Salud FONIS, Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio con usuarias y equipos de salud para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en el sistema público de salud en Chile. FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PRE-PROYECTOS Versión Oficial Única.

Sadler, M. y Leiva, G. (2015a, 13 de marzo) Cesáreas en Chile (I): ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal? Columna de Opinión CIPER. [En línea:] <https://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la-cesarea-al-parto-vaginal/>

Sadler, M. y Leiva, G. Cesáreas en Chile (2015b, 17 de abril). Cesáreas en Chile (II): "El que decide la vía de parto es uno, no la mujer". Columna de Opinión CIPER. [En línea:] <https://ciperchile.cl/2015/04/17/cesareas-en-chile-ii-el-que-decide-la-via-de-parto-es-uno-no-la-mujer/>

Sadler, M., Leiva, G., Rivera, M. (2015c, 15 de mayo). Cesáreas en Chile (III): La construcción del temor al parto. Columna de Opinión CIPER. [En línea:] <https://ciperchile.cl/2015/05/15/cesareas-en-chile-iii-la-construccion-del-temor-al-parto/>

Sadler, M., Leiva, G. y Sáez, M. (2015d, 19 de junio). Cesáreas en Chile (IV): "De pelvis malonas". Columna de Opinión CIPER. [En línea:] <https://ciperchile.cl/2015/06/19/cesareas-en-chile-iv-de-pelvis-malonas/>

Sadler, M. Leiva, G. (2015e, 27 de julio). Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento: Columna de Opinión CIPER. [En línea:] <https://ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/>

Sadler, M. y cols. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence, *Reproductive Health Matters*, 24:47, 47-55, [En línea:] DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002

Salazar, A. (2012). El oficio de la púñeñelchefe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Humanidades. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile.

Salinas, H., y cols. (2004). Factores predictores de cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 69(5): 357-360.

Salinas, H., y cols. (2006a). Estado de la cesárea en Chile: Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*.

- Salinas, H. y cols. (2006b). Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. Rev Obstet Ginecol ; 71(2) REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(2): 114-120
- Sepilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina / coord. por Enrique Perdiguero Gil, Josep M. Comelles, 2000, ISBN 84-7290-152-1, págs. 33-44
- Sheiner, E. y cols. (2005) Short stature—an independent risk factor for Cesarean delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 120 175–178
- Steele, K. y Jarvert, C. (1942). Classification of the obstetric pelvis based on size, mensuration, and morphology. American Journal of obstetrics and gynecology.
- Tahseen, S. y Griffiths, M. (2010). Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG. 2010 Jan;117(1):5-19.
- Turner, S., y cols. (2010). Birth in Free-ranging *Macaca fuscata*. Int J Primatol 31:15–37 DOI 10.1007/s10764-009-9376-8
- Tsu, V. (1992). Maternal Height and Age: Risk Factors for Cephalopelvic Disproportion in Zimbabwe. International Journal of Epidemiology. Vol 21, N°5.
- Vázquez-Barragán, M.A. y cols. (2016) Pelvimetry by reformatted computed tomography in 290 female pelvis. Morphometric variations regarding age. Int. J. Morphol., 34(1): 298-304.
- Umenai, T. (2001). Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2. 4 November 2000, in Fortaleza, Ceara, Brazil.
- Uvnäs-Moberg, K., Arn, I. and Magnusson, D. (2005). The psychobiology of emotion: The role of oxytocinergic system. International Journal of Behavioral Medicine, 12 (2), p.59-65.
- Verdugo, C. (1989). Selección de escritos socio-políticos de Karl Popper. Estudios Públicos N°35.
- Villar, J. y cols. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicenter prospective study. BMJ 2007; 335 [En línea:] doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55> (Published 15 November) Cite this as: BMJ 2007;335:1025
- Vogel, J. y cols (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health 2015; 3: e260–70 Published Online April 10, [En línea] [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)
- Walrath D. (2003). Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. Curr Anthropol.; Vol:44:5–31.

Witter y cols. (1995) Influence of Maternal Anthropometric Status and Birth Weight on the Risk of Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology*. VOL. 85, NO. 6, JUNE

Anexo1

ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tabla 1: Factores de riesgo obstétrico

FACTORES DE RIESGO obstétrico	
CRITERIO	FACTORES DE RIESGO
MATERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial crónica. - Diabetes mellitus o diabetes gestacional. - Enfermedad renal crónica. - Enfermedad cardíaca. - Otras enfermedades: asma, endocrinopatía, epilepsia. - Hemoglobinopatías. - Enfermedad mental diagnosticada por psiquiatría. - Enfermedad auto inmune. - Antecedente de 3 o más abortos espontáneos consecutivos, mortinato y/o muerte neonatal precoz. - Edades reproductivas extremas (<16 años > 38 años). - Índice de masa corporal ≥ 30 o < 19 kg./m². - Calificación como de alto riesgo biopsicosocial. - Anemia severa (Hb <10). - Hemorragia vaginal en segundo o tercer trimestre de la gestación. - Hipertensión inducida por el embarazo. - una o más enfermedades trazoras acompañada de anormalidad en alguno de los criterios de seguimiento (incremento de peso materno, altura uterina y presión arterial).
FETAL	<ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones congénitas. - Amenaza o trabajo de parto pretérmino. - Infecciones perinatales - Isoinmunización - Hidrops fetal - Restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU)
OVULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Gestación múltiple - Polihidramnios - Oligohidramnios

Fuente: http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html#Tabla1

Figura 1: Diámetro intertrocantéreo, (B) Diámetro anteroposterior (C) **diámetro diagonal transverso de la zona sacra romboide de Michaelis.** (Rozenhoc y cols., 2007)

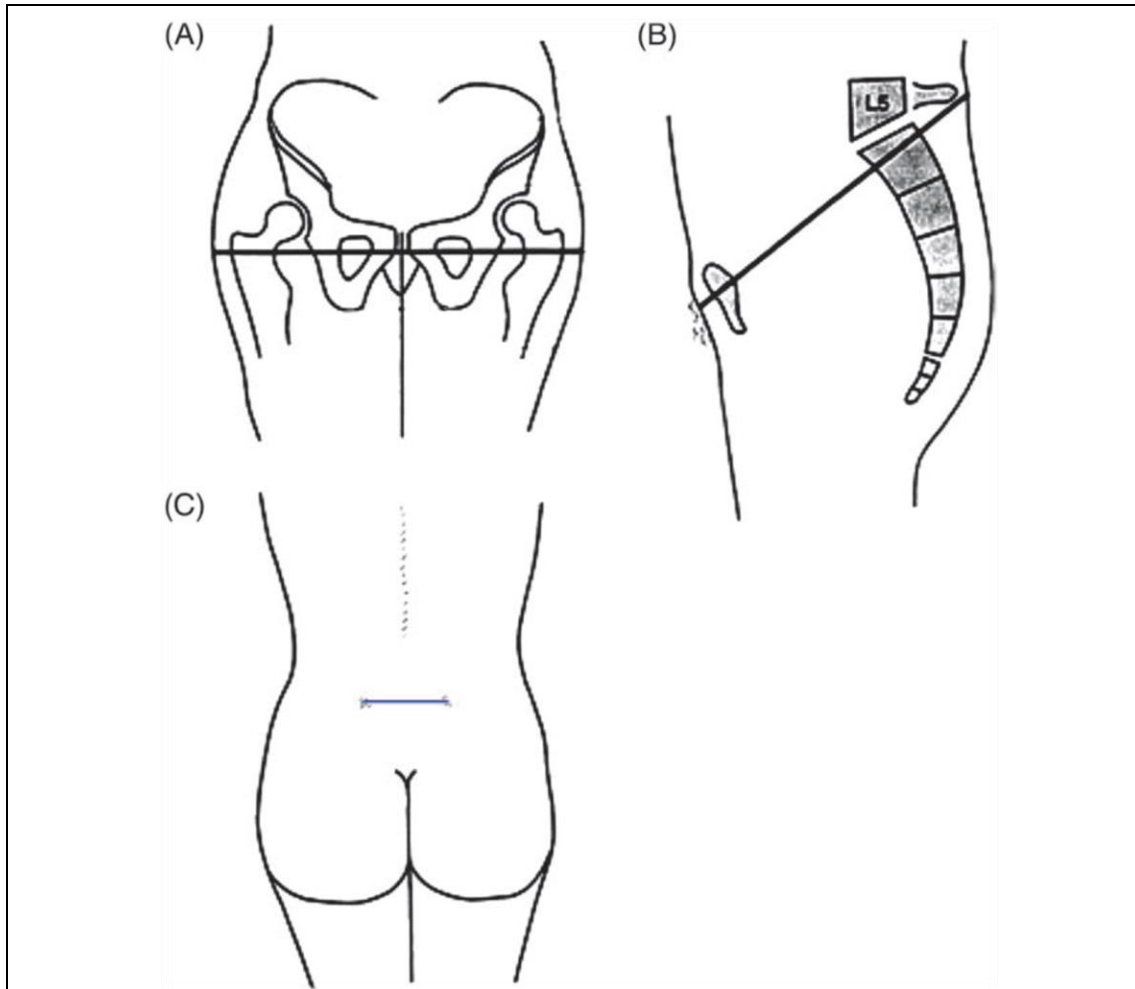
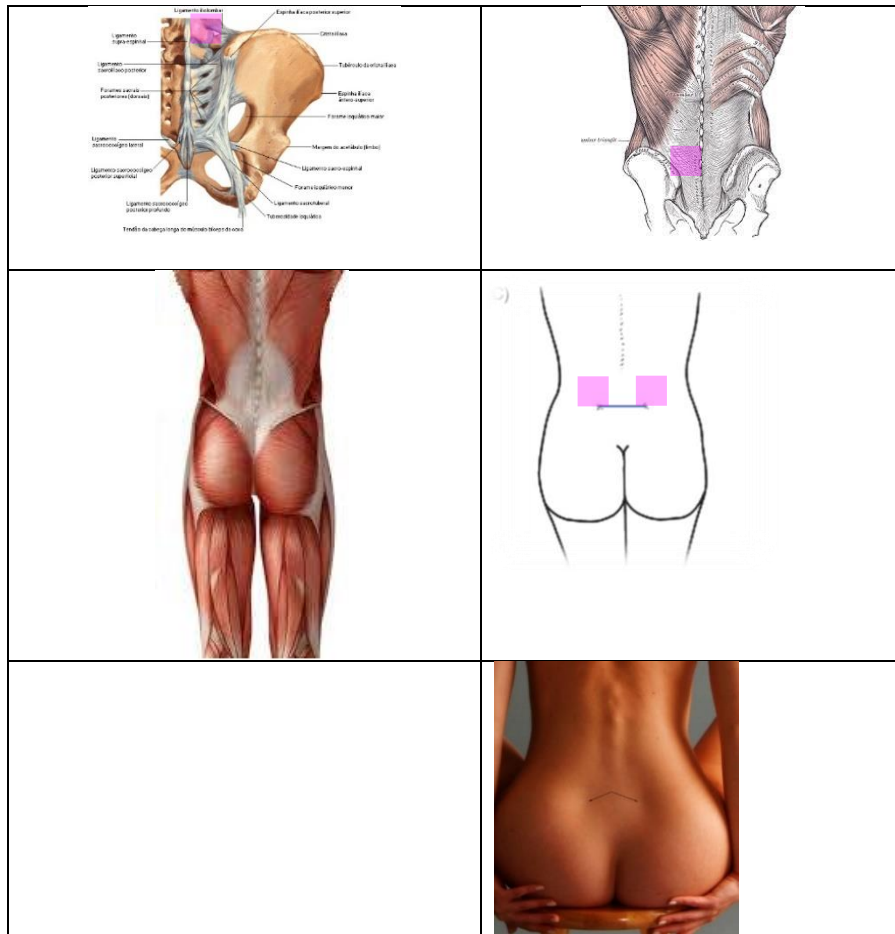


Figura 2: Relaciones anatómicas de la diagonal transversa de Michaelis



Anexo 2

METODOLOGÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Mariana Sáez Latorre y la invito a participar del proyecto de investigación **“Estudio comparativo de modelos de atención obstétrica disímiles: Talla materna y pelvimetría externa para predecir distocia en una muestra poblacional chilena”** que corresponde a mi tesis para optar al título de Antropóloga física. Antes de decidir participar por favor lea cuidadosamente la información contenida en este documento. Cuando haya comprendido las condiciones de su participación, se le solicita firmar dos copias de este consentimiento para asegurar su participación voluntaria e informada; una copia para usted y otra que quedará en mí poder.

Distocia es un concepto que describe cuando un parto sucede de manera anormal o difícil. Las causas de estas complicaciones pueden deberse tanto a problemas en la madre como en el feto. Este estudio pretende contribuir al conocimiento y a la mejora de la atención obstétrica del país, evaluando distintas prácticas de atención médica y cómo la forma de atención obstétrica puede influir en el proceso del parto.

La participación que se espera de usted consiste en lo siguiente. En primer lugar se le tomarán dos medidas: la estatura y una medida específica de su cadera (ver imagen al final). Estas medidas serán tomadas en el CESFAM o en un punto a convenir con la participante y no demora más de dos minutos. Estas medidas han sido útiles en otros países para prever posibles complicaciones en la salida del bebé, cuando éste es muy grande (desproporción feto-pélvica), y en Chile faltan estudios que avalen este método.

Después de nacido su hijo, se le realizará una breve entrevista telefónica (entre 3 a 5 minutos) o una encuesta vía correo electrónico para conocer su experiencia de parto (saber si el bebé nació de forma natural o por cesárea).

Tanto las medidas anatómicas como su experiencia de parto, entregarán datos relevantes para conocer la importancia de la forma de asistencia en el proceso de parto. Siendo una fuente de información fundamental para implementar medidas de cuidado y protección de la salud de la mujer y el infante. Sin embargo, en ningún caso este estudio constituye o reemplaza a un diagnóstico médico o clínico sobre su estado de salud o el de su futuro hijo/a.

En este estudio sólo participarán mujeres mayores de 18 años, chilenas, en su tercer trimestre de desarrollo gestacional y que la matrona halla evaluado como bajo riesgo.

En el caso de que no desee participar de esta invitación, considere que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted. Si decide participar, es importante que tenga la certeza de que su colaboración es totalmente voluntaria, pudiendo retirarse en el momento que lo desee, y pudiendo informar o no los motivos de su decisión, la cuál será respetada en su integridad. Además, usted tiene derecho a hacer preguntas, las cuales deberán ser respondidas.

Este estudio no contempla gastos para usted ni tampoco recibirá dinero por participar. A su vez, participar no implica riesgos ni beneficios directos para usted. Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, por esto, una vez finalizado el estudio, la investigadora responsable le hará llegar esta información al correo de contacto que usted haya proporcionado.

Toda su información personal será mantenida en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna información. La base de datos de este estudio no contemplará su nombre ni número de identificación legal. Esta base de datos será manejada sólo por la investigadora responsable de este proyecto, quien guardará los datos de contacto por un tiempo de hasta un año una vez finalizado el estudio, luego serán eliminados. A su vez, el nombre del centro asistencial de salud en el que se atiende será mantenido en reserva.

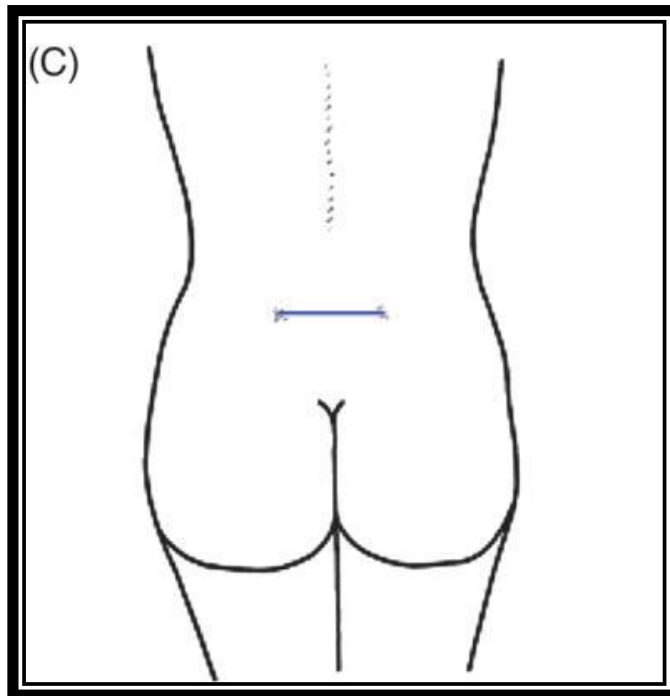
En caso de cualquier duda o consulta sobre sus derechos como participante, si requiere mayor información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio o al profesor guía de ésta:

Nombre Investigadora Responsable: Mariana Andrea Sáez Latorre Teléfono: (+569) 74884484 Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Correo Electrónico: saezlatorre@gmail.com

Nombre del profesor guía: Michelle de Saint Pierre. Institución: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, mención Antropología Física Correo electrónico: michelle.desan@gmail.com

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues Presidenta Comité de Ética de la Investigación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile Teléfono: (56-2) 2978 9726 Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl



Diámetro diagonal transverso de la zona sacra romboide de Michaelis. (Rozenhoc, y cols., 2007)

HOJA DE FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, RUT _____ - ____, he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, entendiendo que no obtendré remuneración por participar. He sido informada, y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por lo anterior, manifiesto que deseo participar en el proyecto de investigación “Estudio comparativo de contextos de atención obstétrica disímiles: Talla materna y pelvimetría externa para predecir distocia en una muestra poblacional chilena”; el cual tiene como objetivo evaluar la atención del parto con asistencia profesional, en recintos con formas distintas de atención.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y fecha: _____

Correo electrónico, en caso de querer conocer los resultados:

(Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia para el participante y otra para la investigadora)

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“ESTUDIO COMPARATIVO DE MODELOS DE ASISTENCIA OBSTETRICA DISIMILES: TALLA
MATERNA Y PELVIMETRIA EXTERNA PARA PREDECIR DISTOCIA EN UNA MUESTRA
POBLACIONAL CHILENA”

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES ASISTIDAS EN EL SISTEMA PUBLICO.
TEMÁTICAS ABORDADAS Y PREGUNTAS TIPO:

1) Para conocer la percepción de satisfacción de la madre. Atención a la emocionalidad y subjetividad de la mujer.

1.1 ¿Cómo le fue en el parto?

1.2 ¿cómo se sintió al llegar al hospital, cómo iba camino al hospital?

1.3 ¿cómo se sintió en la espera del trabajo de parto y durante este?

2) Para identificar problemas a nivel institucional.

2.1 ¿Cómo la trató el personal asistente?

2.2 ¿cuánto tiempo transcurrió desde su ingreso al hospital hasta la asignación de la sala?

3) Para conocer vía de nacimiento (vaginal, fórceps, cesárea) y presencia o ausencia de distocia, Intervenciones de la labor de parto (anestesia, episiotomía, fórceps u otro)

3.1 ¿sintió mucho dolor (contracciones)?

3.2 ¿Usó la epidural?

3.3 ¿Fue un parto inducido? (uso de oxitocina sintética)

3.4 ¿Le hicieron la episiotomía y por qué?

4) Para identificar posibles causales de distocia

4.1 ¿cuánto duró el trabajo de parto?

4.2 ¿Cómo vio a su bebé al nacer, qué aspecto tenía?

5) Apego

5.1 ¿cómo fue la relación con su hijo, se lo entregaron inmediatamente?

5.2 ¿cómo se ha sentido?

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“ESTUDIO COMPARATIVO DE MODELOS DE ASISTENCIA OBSTETRICA DISIMILES: TALLA MATERNA Y PELVIMETRIA EXTERNA PARA PREDECIR DISTOCIA EN UNA MUESTRA POBLACIONAL CHILENA”

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ASISTENTES PERINATALES. TEMATICAS ABORDADAS Y PREGUNTAS TIPO:

1) Para conocer aspectos de su formación profesional:

1.1 ¿Qué aspectos rescata de su formación?

1.2 ¿Cómo fue tratado el tema de la pelvis ósea y la antropometría?

1.3 ¿Qué relación tiene con el modelo personalizado del parto?

2) Para conocer aspectos relevantes de su experiencia laboral

2.1 ¿cómo ha sido su experiencia laboral?

2.2 En relación las relaciones: ¿tiene importancia del clima laboral?

3) Para conocer apreciación personal del fenómeno del nacimiento y el parto

3.1 ¿cuál es su opinión del nuevo modelo de asistencia?

3.2 ¿cómo percibe el nuevo modelo de asistencia en este momento?

4) Para conocer apreciación en torno a la experiencia perinatal y la educación en salud

4.1 ¿cómo se llevan los talleres de preparación para el parto?

4.2 ¿cuál es la afluencia?

4.3 ¿tiene importancia?

Nomenclatura del análisis de contenido	Tabla 1: Componente cualitativo. Entrevistas semiestructuradas		
	Rol, Estado, Lugar	Edad	Comuna
E1UR	Usuaría, gestante, casa	28	Recoleta, casa
E2UR	Usuaría, Recoleta (Perú)	36	Recoleta
E3UR	Usuaría, gestante, CESFAM Recoleta	40	Recoleta
E4UR	Usuaría, CESFAM Quinta Bella	80	Recoleta
E5UR	Usuaría, gestante, CESFAM Petrinovic	.	Recoleta
E6UR	Usuaría, gestante, CESFAM Recoleta	22	Recoleta
E7UR	Usuaría, gestante, CESFAM Recoleta	.	Recoleta
E8UR	Usuaría, gestante, CESFAM Recoleta (Ecuador)	.	Recoleta
E9UR	Usuaría, gestante, CESFAM Recoleta	24	Recoleta
E10UR	Usuaría, puérpera, CESFAM Recoleta	18	Recoleta
E11UR	Usuaría, gestante, CESFAM Quinta Bella	26	Pudahuel
E1UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	19	Pudahuel
E2UP	Usuaría, gestante, CESFAM Violeta Parra	31	Pudahuel
E3UP	Usuaría, puérpera CESFAM Violeta Parra	34	Pudahuel
E4UP	Usuaría, gestante, CESFAM Violeta Parra	.	Pudahuel
E5UP	Usuaría, gestante, CESFAM Violeta Parra	.	Pudahuel
E6UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	23	Pudahuel
E7UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	35	Pudahuel
E8UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	21	Pudahuel
E9UP	Usuaría, puérpera CESFAM Violeta Parra	33	Pudahuel
E10UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	40	Pudahuel
E11UP	Usuaría, puérpera, CESFAM Violeta Parra	.	Pudahuel
E3AR	Matrona, CESFAM Cristo Vive (Ecuador)	.	Recoleta
E1AR	Matrona Interna, CESFAM Quinta Bella	23	Recoleta
E2AR	Matrona CESFAM Recoleta	24	Recoleta
E4AR	Matrona, CESFAM Quinta Bella	28 exper.	Recoleta
E5AR	Matronas Internas, CESFAM Quinta Bella	23 y 21	Pudahuel
E1AP	Matrona, CESFAM Violeta Parra	10 exper.	Pudahuel
E1CP	Matrón, CESFAM Violeta Parra	30 exper.	Pudahuel
C1	Usuario, CESFAM Violeta Parra	.	Pudahuel

Anexo 3

RESULTADOS

Gráfico 1: Relación entre diagonal transversa de Michaelis, ausencia (0) presencia (1) de distocia.

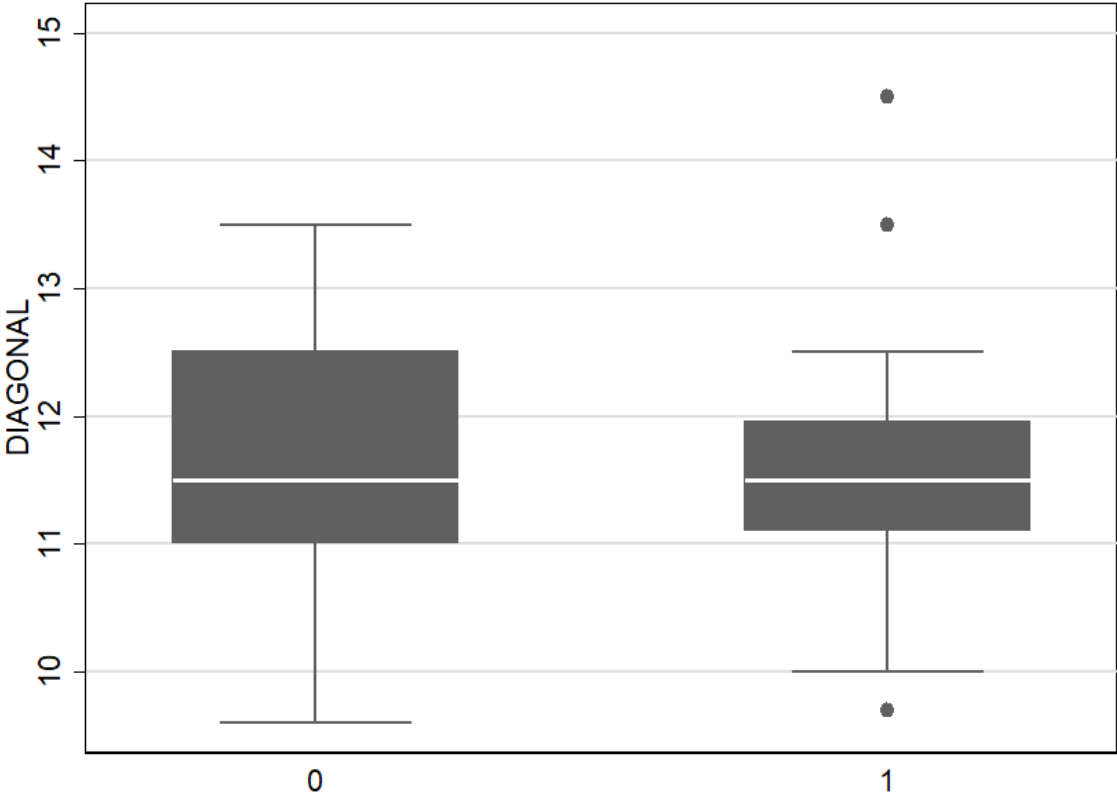


Gráfico 2: Relación entre talla materna y ausencia (0) y presencia de distocia (1)

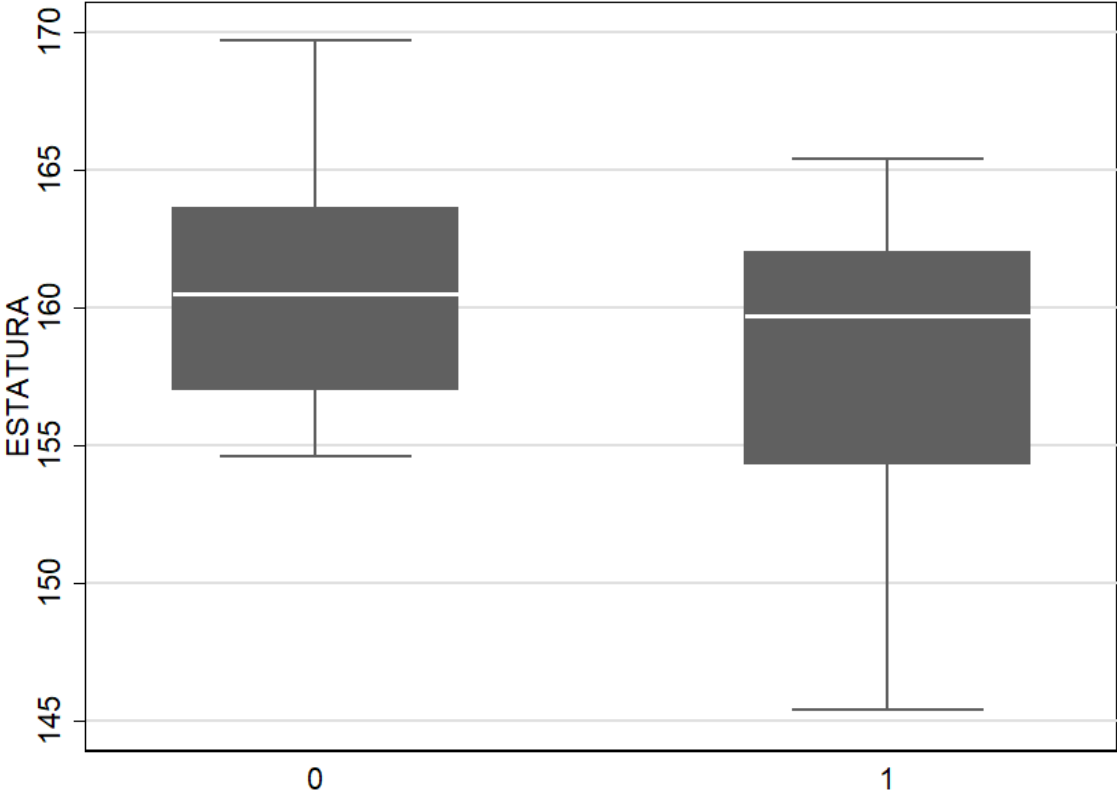


Gráfico 3: Regresión logística y dispersión de datos del índice estatura/diagonal.

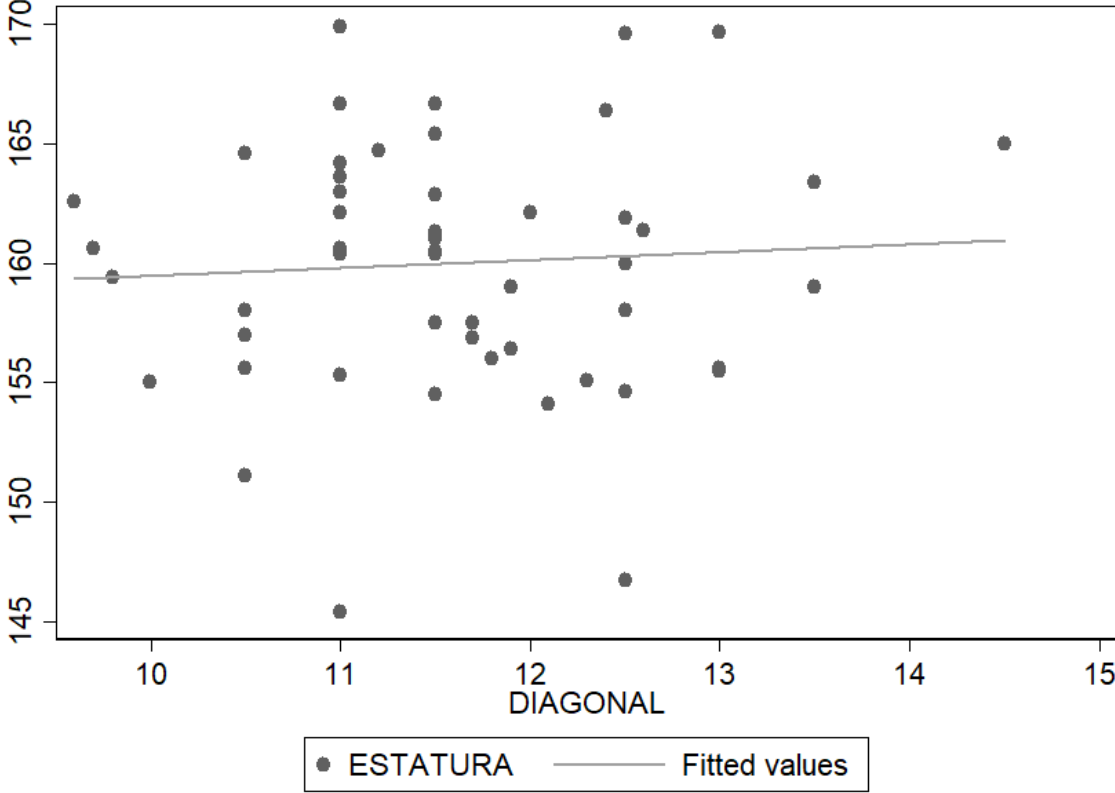
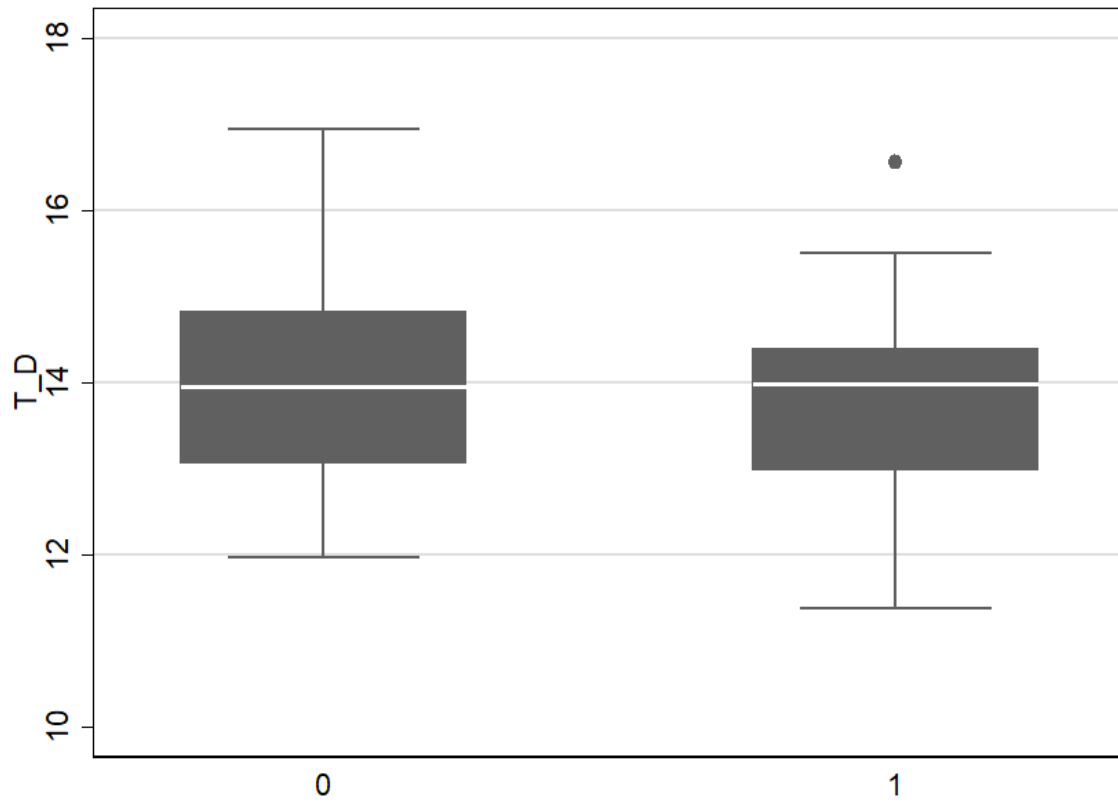


Gráfico 4: Relación índice TM/DTM y ausencia o presencia de disticia



Anexo 4

DISCUSIÓN

Figuras 1,2 y 3: Tomadas del artículo de Cadwell y Molloy (1938). Dan cuenta de la complejidad analítica -que fue en aumento- en los estudios morfológicos morfoscópicos.

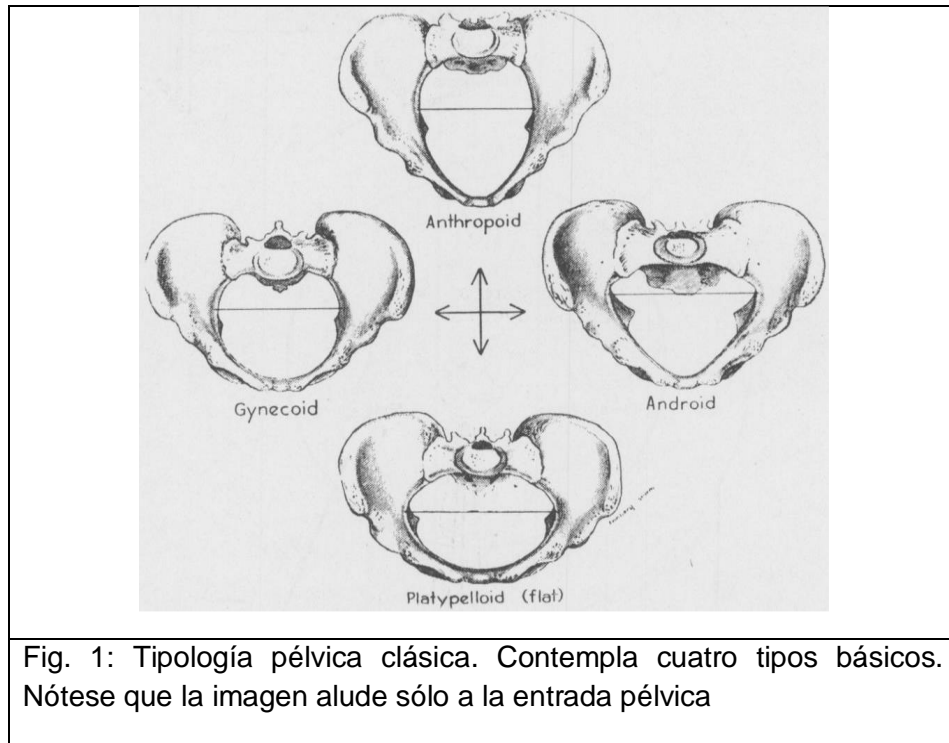


Fig. 1: Tipología pélvica clásica. Contempla cuatro tipos básicos. Nótese que la imagen alude sólo a la entrada pélvica

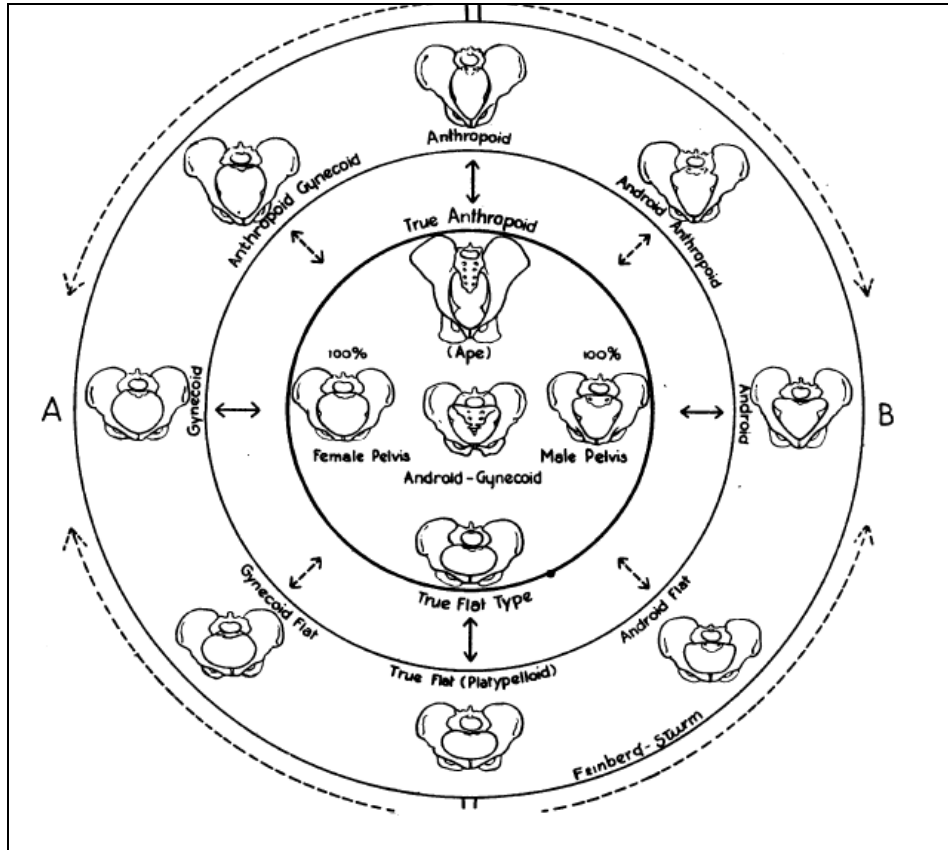


Fig 2: El esquema muestra la clasificación completa propuesta por Cadwell y Molloy. Los cuatro tipos pélvicos “primarios o estándar” y los tipos intermedios o mixtos. (1938)

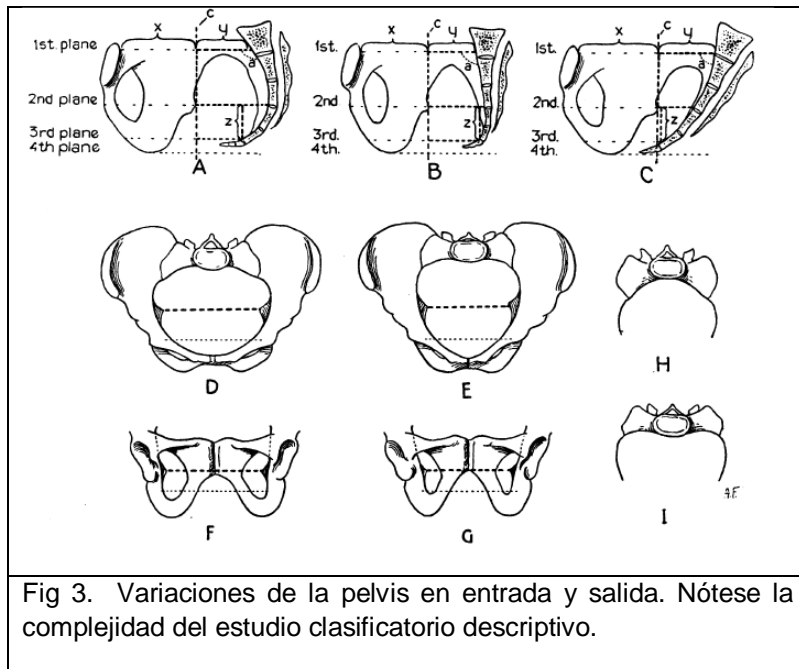


Fig 3. Variaciones de la pelvis en entrada y salida. Nótese la complejidad del estudio clasificatorio descriptivo.

c = un plano coronal a través del diámetro transversal más ancho de la entrada y el diámetro interespinoso divide la cavidad pélvica en una vista anterior y un segmento posterior.

x = diámetro sagital anterior a la entrada y a niveles más bajos.

y = diámetro sagital posterior en la entrada y a niveles más bajos.

a = la inclinación del sacro, como se indica por el tamaño del ángulo subtendido entre el primer paralelo de la entrada y la superficie de los dos o tres segmentos sacros superiores.

A. Aumento de la curvatura del sacro y la inclinación del sacro hacia atrás. La longitud de nota de diámetro sagital posterior, "y" en la entrada (primer plano paralelo), a nivel de las espinas isquiáticas (segundo plano paralelo), y en el nivel de la punta del sacro (tercer plano paralelo). El cuarto plano paralelo indica la porción más baja de la cavidad pélvica en las tuberosidades isquiáticas. Observe el nivel de la plataforma "z" sacrococcigea para las espinas ciáticas. (Esta descripción se aplica también a B y C.)

B. Recta sacral, inclinación sacra media.

C. Curvatura media del sacro; remitir inclinación sacra.

D, E, F y G. Estudios de caso para mostrar que vistas del arco sub-púbico igualmente estrechas pueden estar asociados con pelvis de diferentes formas. La pelvis de D y F muestran un diámetro interespinoso e intertuberoso ancho. La pelvis de E y G muestran un diámetro interespinoso y intertuberoso estrecho con paredes laterales convergentes.

H. La concavidad sacra transversal que se encuentra comúnmente en tipos antropoides.

I. El borde del sacro recta encuentran comúnmente en los tipos de androides y planos.