



SENSIBILIZACIÓN | DIAGNÓSTICO | APRENDIZAJE | EVIDENCIA | INTERCULTURALIDAD | ACOMPAÑAMIENTO

RE-VISIÓN DEL PARTO PERSONALIZADO

Herramientas y Experiencias en Chile

Proyecto FONIS SA06120034



RE-VISIÓN DEL PARTO PERSONALIZADO

Herramientas y Experiencias en Chile



**RE-VISIÓN DEL PARTO
PERSONALIZADO**

Herramientas y Experiencias en Chile

RE-VISIÓN PARTO PERSONALIZADO

Herramientas y Experiencias en Chile

Proyecto financiado por FONIS (proyecto SA06I20034): «Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento»

Realización:

Institución ejecutora: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología
Institución colaboradora: Escuela de Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile
Investigadora Responsable: Michelle Sadler Spencer, antropóloga social | Departamento Antropología Universidad de Chile; msadler@uchile.cl
Co-investigadora: Patricia Núñez Zamora
Asistentes de investigación (tesistas): Pilar Plana, Rocío Cáceres
Asistente administrativa: Carmen Padilla
Asesores investigación: Marcia Riveros, José Antonio Soto
Equipo asesor diseño: Gonzalo Cáceres, Sebastián Silva, Justine Graham, Javiera Reyes, Carola Zurob
Diseñadores: Francisco Gálvez, Rodrigo Ramírez
Fotógrafa: Justine Graham

Licencia:

2009 © Michelle Sadler, Registro Propiedad Intelectual N° 182332

Se permite la circulación del material y su uso educativo, pero no se permite su reproducción comercial. Si el material se difunde, debe ser citado como: Sadler, Michelle. 2009. «Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile», resultado de proyecto FONIS N° SA06I20034, ejecutado por Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

Contacta al equipo realizador de este material en:
revisionpartopersonalizado@gmail.com
www.revisionpartopersonalizado.blogspot.com

Agradecimientos:

A todos los equipos de atención de salud de las regiones I, VIII, IX y Metropolitana que colaboraron con el proyecto, especialmente a aquellas instituciones que fueron estudiadas con mayor profundidad: Maternidad del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique), Centro de Salud Cirujano Guzmán (Iquique), Maternidad del Hospital San Vicente de Arauco, Maternidad del Hospital Dr. Ricardo Figueroa González (Cañete), Posta de Salud Rural Ranquihue (comuna de Tirúa, VIII región), Consultorio Isabel Jiménez Riquelme (Tirúa, VIII región), Servicio de Salud Arauco, Maternidad del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco), Maternidad del Hospital de Villarrica, Maternidad del Hospital Adalberto Steeger (Talagante), Departamento Técnico de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur, CESFAM Edgardo Enríquez Frødden (Santiago), Maternidad del Hospital Dr. Félix Bulnes (Santiago).

A todas las familias que compartieron generosamente sus experiencias como usuarias del sistema público de salud.
Y a todas las personas que colaboraron generosamente en el proyecto, entre las que se cuentan muchos profesionales de salud, amigos y amigas, y nuestras familias.

El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo apoyó la realización del proyecto y la impresión del material.



Fonis
FONDO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO EN SALUD

CONICYT
COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA



PROTEGE
red de protección social
GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN



APRENDIZAJE DIAGNÓSTICO SENSIBILIZA
EVIDENCIA INTERCULTURALIDAD ACOMPA
SENSIBILIZACIÓN APRENDIZAJE DIAGNÓSTICO
ACOMPANAMIENTO EVIDENCIA INTERCULTURAL



¿De qué se trata?

Este material es el resultado del proyecto FONIS SA06I20034 llamado «Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento». El proyecto fue realizado por un equipo de profesionales de las ciencias sociales, de la salud y del diseño, desde el Departamento de Antropología de la Universidad de Chile, entre abril del año 2007 y abril del año 2009.

El proyecto se enfocó en analizar el proceso de cambio hacia un modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento, identificando las resistencias existentes frente a su implementación y las oportunidades que se presentan para extender y consolidar los cambios.

Durante la investigación, primero se sistematizaron las experiencias de atención en el modelo personalizado que se estuvieran ejecutando en las regiones I, VIII, IX y Metropolitana de nuestro país. Luego se seleccionaron diez iniciativas que se estudiaron en profundidad, realizando observación etnográfica, y entrevistas individuales y grupales a personal de salud y personas usuarias. Una vez recogida y analizada la información, se diseñó el material que se presenta a continuación, a través de un proceso participativo donde profesionales de salud de diversas instituciones fueron comentando la pertinencia del contenido y del formato.

El propósito del material que se encuentra a continuación es el de contribuir a que los equipos de atención de centros de salud y maternidades del país, puedan implementar el modelo personalizado de atención del proceso reproductivo.

¿Cómo se estructura el material?

El material que se presenta a continuación está ordenado en seis capítulos en base a temas que se han considerado claves para la implementación de los modelos personalizados de atención en la gestación-parto-nacimiento, y que responden a aspectos que se identificaron durante la investigación como especialmente sensibles a la hora de implementar cambios. Si bien estos temas no cubren todos los ejes involucrados en la atención personalizada, se escogieron por ser estratégicos para ir avanzando en el cambio de modelo de atención:

Sensibilización:

El capítulo plantea que el cambio de modelo de atención es posible si se producen transformaciones en las actitudes de las personas involucradas en la atención de salud.

Diagnóstico:

Se refiere a la necesidad de que cada equipo de salud conozca sus fortalezas y debilidades para generar un plan de acción coherente con sus potencialidades y su contexto particular.

Aprendizaje:

Alude a todo tipo de actividades que contribuyan a adquirir y difundir conocimientos y experiencias de atención en el modelo personalizado, como cursos, capacitaciones, y pasantías, entre otras.

Evidencia:

Apunta a insistir que el modelo personalizado de atención cuenta con toda la evidencia científica a su favor.

Interculturalidad:

Enfatiza la importancia de considerar la diversidad de matrices culturales de origen de las usuarias y usuarios, para entregar una atención con pertinencia cultural.

Acompañamiento:

Se refiere a la importancia de que las mujeres atendidas cuenten con apoyo no sólo técnico, sino también emocional y afectivo durante la gestación-parto-nacimiento; el acompañamiento incluye tanto el apoyo que entregan familiares o personas significativas de las mujeres, como el que brinda el personal de salud.

¿Por qué el énfasis en el cambio de modelo de atención?

En la atención de la gestación-parto-nacimiento, la medicina occidental privilegió durante gran parte del siglo xx un modelo de atención basado en la intervención constante del proceso con el fin de estandarizar el cuidado y de reducir los índices de morbimortalidad materna e infantil.

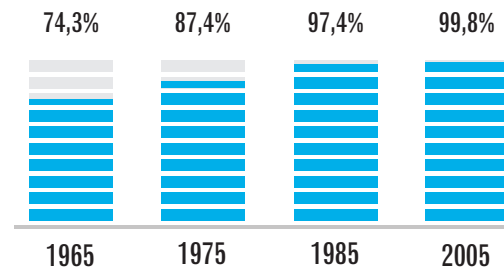
El modelo ha sido exitoso en la reducción de dichos índices, como se aprecia en los indicadores actuales de salud materno infantil en nuestro país, donde en las últimas décadas hemos alcanzado cifras similares a los de países desarrollados:

Indicadores de salud materno-infantil

(Tasas por 1000 nacidos vivos)

1960		2005
35,5	Natalidad	14,9
2,99	Mortalidad Materna Total	0,2
1,07	Mortalidad Materna por Aborto	0,05
125,1	Mortalidad Infantil	7,9
36,2	Mortalidad Neonatal < 28 días	5,6

Atención Profesional del Parto



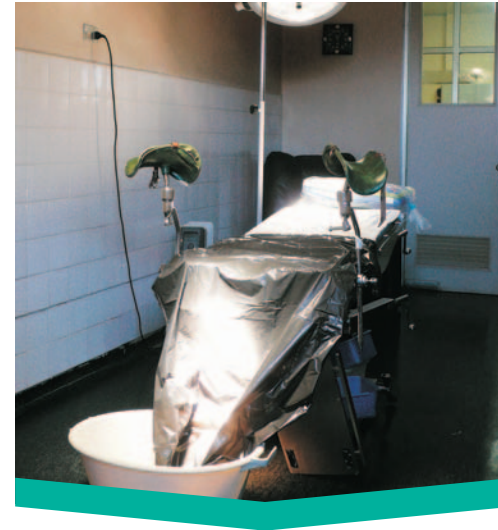
Fuente: Ministerio de Salud

Estos datos muestran que ya hemos logrado excelentes índices en esta materia, por lo cual ahora es posible plantearse nuevos desafíos. Éstos se vinculan, por una parte, con la importancia de involucrar activamente a las usuarias y sus familias en el cuidado, y por otra, con la necesidad de revisar el excesivo intervencionismo de las prácticas biomédicas en el proceso de gestación-parto-nacimiento. Es así como se promueve en el mundo y en nuestro país el tránsito hacia un modelo personalizado de atención.

A continuación se exponen las principales características de los modelos intervencionista y personalizado de atención, y luego se presenta la estructura del material que se orienta a guiar a los equipos de salud en el proceso de cambio.

¿Cuáles son las principales características de los modelos en transición?

Modelo intervencionista de atención de salud



- Separación entre cuerpo y emociones
- Cuerpo entendido como máquina
- El paciente como objeto
- Estandarización del cuidado, autoridad y responsabilidad en el practicante, no paciente
- Separación del practicante del paciente
- Trato impersonal hacia pacientes
- Sobrevaloración del uso de tecnología
- Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo
- Intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud

Modelo personalizado de atención de salud



- Integración cuerpo y emociones
- Cuerpo entendido como organismo integral
- Las familias usuarias como sujetos activos en la atención
- Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicantes y usuarios
- Conexión y cuidado entre practicantes y usuarios
- Cuidado personalizado y empático de usuarios
- Uso de tecnología sólo si es necesaria
- Énfasis en prevención a largo plazo
- Apertura hacia modelos complementarios de atención de salud

Atención del nacimiento

- Proceso de gestación-parto-nacimiento se concibe como un proceso patológico que siempre debe ser intervenido
- Foco de la atención está puesto en entregar prestaciones técnicamente adecuadas
- Atención brindada a las mujeres y familias es despersonalizada, la información especializada es manejada por el personal de salud, y los pacientes tienen poco que decir u opinar sobre lo que ocurre en la atención

- Proceso de gestación-parto-nacimiento como proceso fisiológico normal que sólo debe ser intervenido si presenta complicaciones
- La entrega de prestaciones técnicamente adecuadas va acompañada de la comprensión de los factores sicosociales involucrados en la atención
- Las mujeres y familias atendidas pasan a ser las protagonistas, se les entregan las herramientas necesarias para enfrentar el proceso informadamente, y sus necesidades se anteponen a las de los equipos de salud

Extraído y adaptado de: Davis-Floyd, Robbie. 2001. «Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto». En, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento nº 1, pp. S5-S23. Disponible en: www.davis-floyd.com

¿Cómo se estructura cada capítulo?

I. SENSIBILIZACIÓN

¿Qué es clave dentro de un proceso de sensibilización?

¿Qué herramientas y estrategias se pueden integrar en un proceso de sensibilización?

En la primera sección de cada capítulo se explica a qué alude el tema seleccionado, se discute por qué es relevante y cómo se aplica a la atención personalizada de la gestación-parto-nacimiento. El desarrollo del tema se acompaña de testimonios de: miembros de los equipos de atención de salud entrevistados en las distintas regiones e instituciones estudiadas, y de usuarias y usuarios del sistema de salud. Los testimonios se encuentran en cuadros de diálogo para poder diferenciarlos del resto del material. Se resguarda la identidad de las personas que comparten sus opiniones, y se les identifica sólo por su profesión y la región en la cual trabajan, por ejemplo:

El tema del cambio... es una lata tener que empezar a mirar la medicina de otra manera, si no lo tengo incorporado, el tema del cambio cuesta...
(matrona, Región Metropolitana).

¿Cómo utilizar esta guía?

Los capítulos pueden ser utilizados en conjunto o en forma independiente, en función del tema o temas que interese profundizar en el equipo de salud que lo utilice. En cada contexto de atención (centro, maternidad o servicio de salud) se puede requerir fortalecer uno o más de los temas aquí abordados. Por ejemplo, si el equipo de salud tiene la voluntad de hacer cambios pero para ello requiere de herramientas concretas para hacer las cosas desde el nuevo enfoque, le sugerimos ir al capítulo APRENDIZAJE. Si en el equipo de salud hay personas que no confían en la seguridad y eficacia del modelo personalizado, pueden revisar el capítulo de EVIDENCIA. Si el equipo de salud percibe que sus dificultades están relacionadas con una falta de preparación para dar respuesta a la población indígena con la que trabaja, le sugerimos ir al capítulo de INTERCULTURALIDAD.

II. LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR (SSMS)

A. SSMS: Proceso de implementación

1. Primeros pasos
2. Investigación
3. Capacitación del equipo gestor
4. Primeros ensayos y redes de colaboración
5. Infraestructura y financiamiento
6. Contenidos del curso-taller

B. SSMS: Prácticas destacadas

C. SSMS: Claves del proceso

En la segunda sección de cada capítulo se desarrolla un caso o una experiencia de algún servicio de salud, centro de salud o maternidad que ha implementado cambios al modelo de atención y donde el tema central del capítulo ha jugado un rol importante. De cada experiencia (en este caso, Servicio de Salud Metropolitano Sur), se hace una descripción paso a paso del proceso de implementación, identificando los principales hechos que permitieron la consolidación de los cambios. Luego se detallan algunas prácticas destacadas, para terminar con una síntesis de las claves del proceso de implementación del cambio de modelo de atención. Esta sección busca mostrar estrategias utilizadas en distintos contextos de atención en nuestro país, que puedan dar luces para otros equipos que se encuentren en procesos similares.

III. MATERIAL COMPLEMENTARIO

Pauta de observación: etnografía de la atención.

Cada capítulo cuenta además con material complementario para apoyar el tema desarrollado, que busca entregar herramientas concretas y prácticas que potencien los procesos a los cuales se hace mención en el capítulo. Por ejemplo, para apoyar el capítulo de SENSIBILIZACIÓN se incluye una herramienta que puede facilitar el trabajo de los equipos de salud: Pauta de observación etnográfica de la atención de salud.

Junto con la guía impresa, se entrega un CD con el material en formato PDF para su posible reproducción y uso. Los sub-capítulos de «material complementario» de cada tema se reproducen también en formato Word, Excel y/o PowerPoint para facilitar su uso. En el CD también se encuentran algunos documentos extra que no están incluidos en la guía y que pueden ser útiles a la hora de profundizar algunos aspectos. Es importante mencionar que la información estadística de cada experiencia fue proporcionada por los equipos de atención de cada institución, y en algunos casos corresponden a sistematizaciones que responden a objetivos propios del centro de salud, maternidad o servicio de salud, por lo que los indicadores no son los mismos para todas las experiencias. Con respecto a las fotografías, fueron tomadas por el equipo de investigación –con el consentimiento de las personas fotografiadas–, o proporcionadas por cada equipo de salud. En la última página se detalla la procedencia de cada imagen. Por último, todos los sitios web que se presentan están verificados a mayo del 2009; por lo que si algún vínculo no funciona, sucedió con posterioridad a esta fecha, y en ese caso se sugiere utilizar un buscador ingresando el nombre de la web o documento.

Estamos conscientes de que en el país, cada equipo de atención de salud ha implementado el modelo personalizado en diferentes niveles; mientras algunos están recién comenzando con el proceso de cambio, otros ya presentan grandes avances y logros. Por ello, cada equipo puede utilizar este material como le sea útil según sus necesidades y requerimientos específicos.

Esperamos que el material que tienen en sus manos les sea útil. Nuestra intención es que este sea el inicio de un fructífero intercambio de experiencias de atención personalizada de salud reproductiva en nuestro país. Para ello, les invitamos a compartir sus experiencias de atención al siguiente mail: revisiopartopersonalizado@gmail.com. También les invitamos a visitar el sitio: www.revisiopartopersonalizado.blogspot.com, que busca ser un espacio para compartir y actualizar aprendizajes, ideas, prácticas y puntos de vista respecto a la implementación de la atención personalizada de la gestación-parto-nacimiento.

Tabla de contenidos

SENSIBILIZACIÓN

- I. SENSIBILIZACIÓN 12
 - ¿Qué es clave en un proceso de sensibilización? 16
 - ¿Qué herramientas y estrategias se pueden integrar en un proceso de sensibilización? 18

- II. LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR 20
 - A. SSMS: Proceso de implementación 22
 1. Primeros pasos
 2. Investigación
 3. Capacitación del equipo gestor
 4. Primeros ensayos y redes de colaboración
 5. Infraestructura y financiamiento
 6. Contenidos del curso-taller
 - B. SSMS: Prácticas destacadas 24
 - C. SSMS: Claves del proceso 27

- III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 28
 - Pauta de observación: etnografía de la atención

DIAGNÓSTICO

- I. DIAGNÓSTICO 32
 - ¿Qué elementos se deben considerar al realizar un diagnóstico? 36
 - ¿Cómo es recomendable iniciar un proceso de diagnóstico? 37

- II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES 38
 - A. Hospital Félix Bulnes: Proceso de implementación 39
 1. Diagnóstico
 2. Jornadas de reflexión sobre el cambio de modelo
 3. Primeras medidas
 4. Cambios en actitudes y prácticas
 5. Cambios en la infraestructura de la maternidad
 - B. Hospital Félix Bulnes: Prácticas destacadas 40
 - C. Hospital Félix Bulnes: Claves del proceso 43

- III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 44
 - Análisis FODA para la atención de gestación-parto-nacimiento

APRENDIZAJE

- I. APRENDIZAJE 50
 - ¿Para implementar el modelo personalizado se necesita aprender todo de nuevo? 54
 - ¿Cómo adquirir herramientas para implementar el cambio de modelo? 56

- II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ARAUCO 58
 - A. Hospital de Arauco: Proceso de implementación 59
 - B. Hospital de Arauco: Prácticas destacadas 60
- II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE CAÑETE 62
 - A. Hospital de Cañete: Proceso de implementación 64
 - B. Hospital de Cañete: Prácticas destacadas 66
 - C. Hospitales de Cañete y Arauco: Claves de los procesos 71

- III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 72
 - Sitios web recomendados
 - Bibliografía recomendada
 - Tabla de prácticas obstétricas recomendadas

EVIDENCIA

- I. EVIDENCIA 76
- ¿Qué plantea la evidencia científica acerca de la atención de gestación-parto-nacimiento? 80
 - ¿Qué implica utilizar la evidencia en la atención de la gestación-parto-nacimiento? 82

II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE VILLARRICA 84

- A. Hospital de Villarrica: Proceso de implementación 86
1. Eliminación de prácticas no justificadas
 2. Capacitación y sensibilización del personal de salud
 3. Construcción del primer implemento para el parto vertical
 4. El equipo se va sumando a la experiencia
 5. Se celebra un año de parto vertical difundiendo los resultados
 6. Mejoramiento de la infraestructura
 7. Sistematización y difusión de la experiencia
- B. Hospital de Villarrica: Prácticas destacadas 90
- C. Hospital de Villarrica: Claves del proceso 93

III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 94

- Dónde encontrar evidencia
- Bibliografía recomendada
- Autores recomendados
- Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento, Declaración de Fortaleza 1985
- Cuidados en el Parto Normal: una Guía Práctica, OMS 1996

INTERCULTURALIDAD

- I. INTERCULTURALIDAD 106
- ¿La atención intercultural es diferente a la atención personalizada? 110
 - ¿Por qué es importante integrar un enfoque intercultural en la atención? 112

II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES, IQUIQUE 114

- A. Hospital de Iquique: Proceso de implementación 116
1. Diagnóstico de las necesidades de la población aymara
 2. Adecuación de una sala de atención de parto intercultural
 3. Reclutamiento de mujeres para programa parto intercultural
 4. Proyecto piloto
 5. Expansión del modelo
 6. Asistencia obstétrica en manos de matronas de turno
 7. Reactivación del modelo
- B. Hospital de Iquique: Prácticas destacadas 120
- C. Hospital de Iquique: Claves del proceso 123

III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 124

- Consideraciones para la atención con pertinencia cultural
- Bibliografía recomendada

ACOMPañAMIENTO

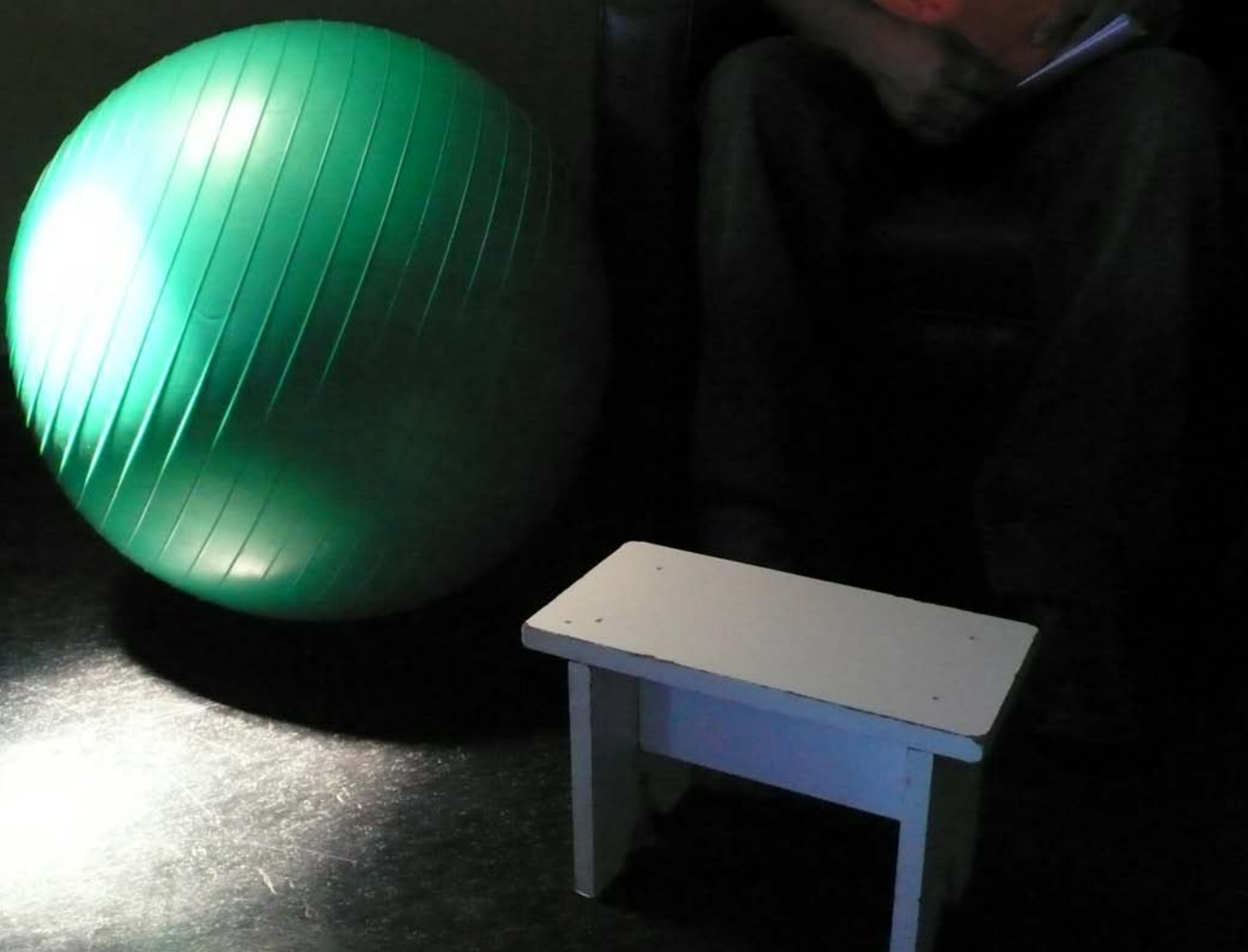
- I. ACOMPañAMIENTO 130
- ¿Por qué es importante el acompañamiento? 134
 - ¿Qué desafíos implica el acompañamiento para el personal de salud? 136

II. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE TALAGANTE 140

- A. Hospital de Talagante: Proceso de implementación 141
- B. Hospital de Talagante: Prácticas destacadas 142
- C. Hospital de Talagante: Claves del proceso 145
- Historia del nacimiento de Carla 146

III. MATERIAL COMPLEMENTARIO 148

- Evidencia disponible y bibliografía sobre apoyo continuo para las mujeres durante el parto
- Incorporación de varones en salud sexual y reproductiva
- Ejemplo de acuerdo de acompañamiento



ENDIZAJEDIAGNOSTICOSENSIBILIZACION
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAM
SIBILIZACIONAPRENDIZAJEDIAGNOSTICO
MPANAMIENTOEVIDENCIAINTERCULTURA
GNOSTICOSENSIBILIZACIONEVIDENCIAIN
IZAJEDIAGNOSTICOACOMPANIAMIENTOIN
TURALIDADACOMPANIAMIENTOSENSIBIL
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAM

I SENSIBILIZACIÓN

¿Qué es clave en un proceso de sensibilización?

¿Qué herramientas y estrategias se pueden integrar en un proceso de sensibilización?

II LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR (SSMS)

A. SSMS: Proceso de implementación

1. Primeros pasos
2. Investigación
3. Capacitación del equipo gestor
4. Primeros ensayos y redes de colaboración
5. Infraestructura y financiamiento
6. Contenidos del curso-taller

B. SSMS: Prácticas destacadas

C. SSMS: Claves del proceso

III MATERIAL COMPLEMENTARIO

–Pauta de observación: etnografía de la atención

I SENSIBILIZACIÓN

En la implementación de modelos de atención personalizados, la sensibilización de los equipos de salud es un paso esencial para que el cambio pueda llevarse a cabo. La sensibilización debe considerarse como un proceso paralelo a la entrega de contenidos específicos y herramientas para la atención personalizada, y consiste en instalar en las personas la convicción de que el cambio de modelo es posible y necesario, y que comienza desde transformaciones en las actitudes individuales de las personas involucradas.

Las experiencias estudiadas a lo largo del país nos enseñan que a los equipos de salud que no han pasado por una etapa de sensibilización, se les dificulta la implementación del cambio. Entre los obstáculos puede ocurrir que sean sólo algunas personas las que comprendan a cabalidad todos los beneficios del cambio, mientras que el resto del equipo las percibe con desconfianza e incredulidad. O, puede suceder que los equipos sientan que se les impone un modelo «desde arriba» sin la adecuada justificación del mismo. Para evitar este tipo de problemas, el proceso de cambio debe incluir una profunda comprensión y convicción de los beneficios del modelo personalizado por parte de todo el personal de salud involucrado en su implementación.

En este sentido, si bien es muy importante entregar conocimientos teóricos, evidencia científica actualizada, y herramientas prácticas de atención a los equipos de salud, este tipo de contenidos puede no ser suficiente para lograr implementar exitosamente el modelo personalizado. Puede ocurrir que estos contenidos sean comprendidos a nivel racional, pero no sean incorporados como disposición al cambio de actitudes y comportamientos. Por ello cobra especial importancia el integrar elementos que vinculen las esferas emocionales del personal de salud con la importancia de instalar el modelo personalizado, lo cual se consigue mediante el trabajo vivencial y basado en las experiencias particulares de las personas y equipos de trabajo.

mi hijo Lucas y la Srta Margarita ENFERMERA me atendió muy Bien. con mucha paciencia y cariño cosa que no se ve muy a menudo. en el Hospital. yo las recomiendo a ellas porque su atención es personalizado. y de muy Buena manera y calidad.

Con respecto a mi parto use el metodo de silla de parto. la cual Fue muy comodo. y Rapida al igual que. la pelota la cual amiono. ra bastante el Dolor de las contracciones yo las recomiendo.

62

Viernes 15 de

En Primer Lugar quiero agradecer la atención de las matronas. Angelica y Lucy que se portaron super bien.

y decir que mi parto fue especial me sente muy relajada en la tina mientras me tenían las contracciones y decir que fue como primera es algo maravilloso e inolvidable.

Por siempre

agradecida

¿Qué es clave en un proceso de sensibilización?

Un proceso de sensibilización debe ser estratégico en el sentido de apuntar a disminuir las resistencias presentes en los equipos de salud con respecto al modelo personalizado de atención. El personal de salud ha sido educado en un modelo intervencionista de atención de la gestación-parto-nacimiento, y ha atendido de esa forma durante toda su carrera profesional, por lo cual la implementación de un nuevo modelo, que se centra en disminuir las intervenciones de rutina, puede ser vista como una amenaza.

En este sentido, el modelo personalizado puede ser entendido como una crítica a todo lo que los equipos de salud han hecho en el pasado.

El tema del cambio... es una lata tener que empezar a mirar la medicina desde otra manera, si no lo tengo incorporado, el tema del cambio cuesta. Implica reconocer que quizás no lo estábamos haciendo bien, y eso a nadie le gusta. Es como un acto de humildad, de reconocer que no lo sabemos todo y que podemos seguir aprendiendo (matrona, Región Metropolitana).

El modelo personalizado se basa en el respeto por el curso y tiempo natural de la gestación, trabajo de parto y parto, lo que implica cambiar la actividad constante de la intervención, por la paciencia, acompañamiento, y capacidad de espera. Esto resulta difícil pues el personal de salud está entrenado en la intervención constante, y si se espera que el proceso se desarrolle en forma normal, su percepción puede ser de que no se está haciendo todo lo posible, o más bien, todo aquello para lo que han sido entrenados. En este sentido, el esperar y acompañar a que el proceso tome su tiempo puede ser leído como «no estar haciendo el trabajo».

Existe mucha resistencia todavía porque se está acostumbrado a trabajar en base a que quien entrega el parto vacío es la que trabajó mejor, y si tú encuentras a una paciente que estuvo dos horas caminando y tú entre comillas no la «sacaste», no le atendiste el parto luego o no le avanzaste su trabajo de parto, es que no trabajas bien (matrona, I Región).



Talleres de preparación para el nacimiento, Centro de Salud Cirujano Guzmán, Iquique | PP

Además, uno de los cambios que impulsa el modelo personalizado es el paso hacia relaciones más horizontales y menos jerárquicas entre el personal de salud y la población usuaria. Esto puede verse como una amenaza en el sentido de que se disminuya la «autoridad» asignada al personal de salud.

Mi mamá tuvo todos sus partos con la matrona top del barrio, en su casa, en su cama... ella tuvo todos sus partos así porque eran otras costumbres, otras cosas... me da la impresión que esas mismas cosas son las que se quieren promover ahora, pero así los profesionales vamos a... perdemos no sólo autoridad, sino autoridad moral, o autoridad académica (obstetra, Región Metropolitana).

Otra resistencia se refiere a que los equipos de salud a menudo están saturados de trabajo, muy cansados, pueden sentir que en su labor hay muchas exigencias y pocas recompensas. En este contexto, el deber de implementar un nuevo modelo de atención puede parecer demasiado difícil y ser considerado como una exigencia más para sumar a la carga de trabajo. En un proceso de sensibilización, las claves para reducir las resistencias mencionadas radican en potenciar la disposición al cambio en las personas, y en instalar el cambio como un proceso que tiene impactos positivos en sus vidas. Para ello, se recomienda presentar los beneficios del modelo que impactan en la vida personal, y realizar trabajo vivencial y emocional de las personas y equipos de salud. A continuación se detallan algunas estrategias de sensibilización que han sido utilizadas en diversos servicios e instituciones de salud de nuestro país, como ideas para desarrollar dicho proceso.

¿Qué herramientas y estrategias se pueden integrar en un proceso de sensibilización?

Las jornadas de trabajo aparecen como una excelente estrategia para sensibilizar a los equipos de salud y promover su motivación para el cambio. Su ventaja radica en que permiten el trabajo a nivel individual y a nivel de los equipos de atención de salud. La experiencia de diversas instituciones de salud de nuestro país muestra que en la organización de jornadas es muy importante considerar a la **totalidad de las personas que trabajan en la atención de salud**, de distintos estamentos y de distintos niveles de atención, como mecanismo para lograr los cambios esperados.

Para los trabajos grupales, es recomendable incorporar **dinámicas de presentación de los y las participantes** que incluyan elementos de sus historias de vida, más allá de los aspectos laborales, de manera de vincular el cambio de modelo con su vida personal.

Para disponer a las personas a la importancia del cambio, y conectar con ellas a nivel personal, se pueden utilizar **técnicas de relajación, de trabajo corporal y/o técnicas de visualización**. Se recomienda conectar a las personas con su propio proceso de gestación y nacimiento, y con la experiencia de gestación y nacimiento de sus hijos o hijas (en caso de tenerlos).

Es esencial llegar a un punto común donde todos sepan que hay que remar en el mismo sentido, si no, se hace muy pesado y uno siempre se encuentra con la colega que no entiende de lo que estamos hablando y que la trata a una como si fuera loca por las cosas que quiere hacer (matrona, VIII Región).

Cuando yo hice el curso, la primera parte era una terapia corporal, y eso yo lo encontré muy bueno, nosotros hicimos la experiencia de volver a tu propio parto, pasas por un túnel. Eso lo hicimos con una terapeuta y una psicóloga, entonces te explica muchas cosas de ti misma, y eso como que te sirve para sentirte capacitada (matrona, Región Metropolitana).

El primer día que mi colega fue a los talleres tenía una cara impresionante de rigidez, se notaba una resistencia, muy molesta, por todo, sintiéndose obligada a asistir... pero al final del primer taller corporal ella tenía otra expresión, se sentía de otra manera. Incluso ella lo dijo, que se había sentido mejor, y hubo como una etapa de relajación. Y ese ejemplo te muestra cómo se puede ir ayudando a integrar otro tipo de atención (matrona, Región Metropolitana).

También es recomendable generar dinámicas para que el personal de atención de salud pueda ponerse en el lugar de las usuarias y usuarios. Para ello, se puede utilizar **role playing y técnicas de sicodrama**, donde se actúe la atención hospitalaria de gestación-parto-nacimiento y se vivencie en forma personal la atención brindada.

Las **experiencias de diálogo entre los y las profesionales de salud y las personas usuarias** pueden ser enormemente enriquecedoras y generadoras de cambios. Este diálogo se puede dar en forma de conversaciones o mediante otras estrategias; a continuación se desarrollan algunas posibilidades:

Me acuerdo de un congreso en que una investigadora presentó su relato de la atención en el hospital, como mirando desde fuera, nos pidió que cerráramos los ojos y escucháramos lo que había observado, y tratáramos de imaginarnos detalladamente el lugar y todo lo que iba describiendo. Quedamos todas heladas, porque es impresionante cómo uno deja de ver lo que hace todos los días, como que se olvida de prestar atención y de ponerse en el lugar del otro (matrona, Región Metropolitana).

- **Observando sistemáticamente las prácticas e interacciones que ocurren en los contextos de atención a usuarios y usuarias.**

Se trata de que las propias personas del equipo de salud, u otras personas, observen sistemáticamente las prácticas e interacciones que suceden en la atención de salud, para luego presentar y discutir dichas observaciones en la institución. La idea es que se transformen en observadores externos» de lo que habitualmente sucede como rutina en la atención de salud, para visibilizar interacciones y elementos que usualmente pasan desapercibidos.

(En el seminario) escuchamos hartas vivencias de las mujeres en los hospitales y fue bien fuerte... Después estábamos como bajoneados como «pucha, que esto es pura crítica, que lo que hacemos está mal hecho...» Y ahí yo les dije a mis colegas que no, que antes no estaba mal porque no sabíamos, no teníamos ese conocimiento que nos mostraron. Si ahora seguimos haciendo las cosas como las hacíamos, ahora estaríamos mal (matrón, IX Región).

- **Invitando a usuarias y usuarios a compartir sus experiencias.**

Es importante conocer cómo las personas usuarias viven la atención brindada, pues pueden transformarse en un aporte para darse cuenta de cosas que el equipo de salud no percibe. Se recomienda recoger experiencias positivas y negativas, y no sólo enfocarse en las críticas, pues los equipos de salud pueden sentirse atacados y esto puede aumentar las resistencias más que aprovechar las oportunidades. Por ello es importante buscar testimonios diversos.

En el curso varias señoras mapuche contaron sus experiencias en el hospital, y cómo no se las respetaba en sus creencias. Una colega jovencita después se paró y le pidió perdón a las señoras en nombre de las matronas, y le dijo que no había sido de mala voluntad sino de ignorancia, de que era primera vez que escuchaba lo que ellas estaban diciendo (matrona, VIII Región).

- **Conociendo otras tradiciones de atención de gestación-parto-nacimiento.**

Las personas y familias usuarias pueden pertenecer a tradiciones culturales cuyos sistemas médicos difieren de la biomedicina, por ejemplo, personas pertenecientes a pueblos originarios, para quienes las prácticas biomédicas pueden vulnerar importantes tradiciones culturales. De ahí que sea muy importante conocer estas diversas tradiciones, para entregar una atención que respete la diferencia.

- **Generando mecanismos de registro de la experiencia de usuarios, usuarias y equipos de salud.**

Por ejemplo: libros de testimonios, entrevistas o encuestas de satisfacción. Es importante garantizar la confidencialidad de la información recogida, para que las personas se sientan libres de poder expresarse. Los resultados de la aplicación de estas herramientas se pueden discutir en jornadas de trabajo.



Curso de capacitación «Humanización del proceso de gestación, parto y nacimiento», Servicio de Salud Metropolitano Central | MS

II

LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR (SSMS)

Un interesante ejemplo en torno a la sensibilización de equipos de salud es la experiencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que consiste en el diseño e implementación de un curso-taller orientado a ofrecer herramientas a los equipos de salud en la atención de la gestación-nacimiento, post-parto y primera infancia, basado en un enfoque familiar y personalizado de atención, en el marco de la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. El taller está pensado como un espacio de encuentro entre los diversos estamentos de los equipos de salud que trabajan en el área, donde la metodología de trabajo incorpora tanto contenidos teóricos como talleres vivenciales.

En este caso, si bien el curso-taller se organiza en torno a ejes relativos a la implementación del Chile Crece Contigo, cada unidad temática contiene dinámicas de sensibilización para los equipos de salud, que van instalando la disposición al cambio en las personas. Este ejemplo demuestra la importancia de generar cambios individuales en los y las profesionales de salud, y de ese modo establecer las condiciones básicas que permitan implementar el cambio de modelo de atención.

Dinámica de presentación: Ovillo de lana

Público objetivo:

Equipos de salud y usuarios-usuarias.
Grupos que idealmente no superen las 20 personas, para permitir una buena cohesión y confianza en el grupo.

Objetivo:

Generar una dinámica de presentación que permita entrar en contacto con los sentimientos y emociones, de sí y del otro. Este modelo de presentación trabaja con la comunicación, el encuentro, la solidaridad, la autoestima y el elogio.

Desarrollo de la dinámica:

Los y las participantes se ubican de pie en un círculo, y la persona coordinadora explica los pasos a seguir. La dinámica consiste en que cada participante toma la lana, se presenta diciendo su nombre, explica brevemente su lugar de trabajo y funciones que cumple, y dice cinco cualidades de sí misma. La persona se queda con la lana en su mano y tira el ovillo a otra persona del grupo, quien repite el guión. Una vez que todos y todas tienen un pedacito de la lana tomada haciendo una red, se deshace la red: el último participante que recibió el ovillo, se lo envía a la persona de quien lo recibió, y así sucesivamente hasta que se vaya formando el ovillo nuevamente. Cada persona que lanza el ovillo a alguien, debe decirle al menos un elogio a la persona receptora.

Taller de sensibilización y capacitación, Servicio de Salud Metropolitano Sur | ES



SSMS

Institución:	Servicio de Salud Metropolitano Sur. Departamento Técnico en Salud.
Nombre experiencia:	Talleres de sensibilización y capacitación para prestadores de salud: herramientas para favorecer el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación
Talleres realizados:	3 durante el año 2006 8 durante el 2007 2 en el año 2008
Personas beneficiarias:	Integrantes de los equipos de salud pertenecientes a establecimientos de Atención Primaria y Hospitales (obstetricia y neonatología) de la red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Número de participantes hasta el año 2008: 270 personas.



A. SSMS: Proceso de implementación

1

Primeros pasos:

La iniciativa se gesta a partir de los aprendizajes generados por experiencias previas realizadas en el SSMS, como el programa UNICEF «Hospital Amigo de la Madre y el Niño» en el Hospital Barros Luco, el fomento de la participación del padre en el parto, y el programa de «Promoción del Buen Trato / Prevención del Maltrato Infantil».

Las necesidades identificadas en estos procesos impulsan al equipo del Departamento Técnico de Salud del Servicio a gestionar la elaboración de Guías Anticipatorias: una de aplicación durante el proceso reproductivo y una para la Promoción del Buen Trato y Prevención del Maltrato Infantil.

Los aprendizajes resultantes son profundizados en un proyecto que consiste en la elaboración de un diagnóstico de línea de base y la creación de un manual de capacitación para personal de salud llamado «Humanizando la atención en el proceso de gestación, nacimiento y primeros seis meses de vida»; proceso que sienta las bases para la implementación de los talleres.

2

Investigación:

En el proceso de diseño de los talleres, el equipo gestor identifica como una de las necesidades existentes en el área, el acceso a una adecuada actualización en los modelos de atención personalizada en salud reproductiva y salud infantil. Con este propósito, se realiza una primera etapa de investigación de las bases teóricas y evidencia científica acerca del modelo de atención personalizada en salud reproductiva y desarrollo infantil temprano, desde un enfoque integral. En este proceso se generan espacios semanales de reflexión y trabajo en equipo. En ellos, el equipo define temas de investigación individuales cuyos resultados son sistematizados y expuestos por cada integrante al grupo, camino que permite optimizar y enriquecer el proceso de investigación.

3

Capacitación del equipo gestor:

El equipo gestor de la iniciativa se capacita en temas específicos: desarrollo y estimulación prenatal, vínculo y apego temprano, métodos de apoyo no farmacológicos durante el parto, entre otros. El equipo define los ejes temáticos a trabajar en los talleres: derechos reproductivos y derechos de los niños y niñas, atención de gestación, parto-nacimiento, post-parto y desarrollo infantil, así como la metodología de trabajo a utilizar.

4

Primeros ensayos y redes de colaboración:

El equipo gestor elabora el diseño y prepara los talleres durante el año 2005, proceso que integra un ensayo de taller, realizado al interior del propio equipo en enero de 2006. Esto permite mejorar tanto aspectos pedagógicos y metodológicos del trabajo con grupos y presentación de contenidos, como aspectos operativos de la implementación de los talleres.

Durante el 2006 se dicta el primer curso-taller, cuya evaluación muestra la necesidad de incorporar nuevos contenidos. Para ello, el equipo gestor busca apoyo de otros profesionales del Servicio y externos al mismo, generando nuevas redes de colaboración.

5

Infraestructura y financiamiento:

Los primeros tres talleres, de tres días de duración y dirigidos principalmente a APS, se llevan a cabo en espacios externos al Servicio, escogidos especialmente para este fin y arrendados con fondos de un proyecto FOSIS-MIDEPLAN, financiamiento que permitió también la adquisición de equipos e insumos para su implementación.

El equipo gestor a su vez elabora, recopila y financia material didáctico para los talleres, como material de papelería, CDs con música acorde con las dinámicas de trabajo y elementos de aromaterapia para la preparación de los espacios.

Otros talleres –realizados durante el año 2007– se llevan a cabo en dependencias de hospitales del Servicio, con un programa diferente; en lugar de tres días intensivos, se realizan durante tres mañanas, una vez por semana. Si bien se hace una convocatoria mucho más amplia, también hay mayor ausentismo, debido a requerimientos de los propios contextos institucionales. Esta dinámica tiene la desventaja de que las personas participantes no se concentran en el tema, sin embargo tiene la ventaja de que pueden asistir.

6

Contenidos del curso-taller:

El taller tiene tres días de duración; se inicia con una introducción de sus objetivos en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, y una breve descripción del contenido teórico y práctico, así como de la metodología a utilizar.

A través de una actividad grupal, se realiza luego un levantamiento de las expectativas de los participantes acerca del taller. Como parte de esta instancia se realiza una dinámica grupal de presentación de todos los participantes, que comienza con un breve juego en que el grupo se divide en parejas, que deben indagar en los datos y compenetrarse de algunas características, gustos y/o actividades personales de su compañero o compañera para hacer su presentación al grupo. Respecto a las unidades del taller, los contenidos trabajados son:

- Derechos reproductivos
- Derechos de los niños y niñas
- Sistema Chile Crece Contigo, programa de apoyo al desarrollo biosicosocial
- Modelo de atención prenatal
- Estimulación prenatal
- Salud mental en el proceso reproductivo
- Formación del vínculo y apego
- Recursos corporales para la gestación y el parto
- Trabajo del vínculo y apego: masaje infantil
- Herramientas para la crianza
- Salud de la mujer en el postparto
- Autocuidado de los equipos de salud
- Comunicación efectiva

B. SSMS: Prácticas destacadas

Los aspectos trabajados para favorecer procesos de reflexión, sensibilización y compromiso con los temas propuestos en torno a la atención en salud reproductiva y el desarrollo integral de los niños y niñas son:

Realización de los talleres en lugares especialmente escogidos y acondicionados para ello:

Espacio que favorece el bienestar, concentración, asistencia y encuentro de los equipos de salud participantes.

Es que imagínate, igual son varios días y jornada larga, poca pausa. Yo creo que si no hubiera sido que había actividades prácticas como para «despercurirse» un poco (risas), ¡como que uno igual se cansa! Eso fue bueno, estaba como bien pensado, aunque igual era harta la información (...) Lo otro es que son cosas que no tenía computadas como parte de un taller: el tema de la presentación personal, las expectativas, dinámicas...todo eso como más práctico, o que tiene que ver con relacionarse... Es importante, y no sé, a veces uno piensa sólo en los contenidos (matrona participante).

Claro que es más motivante venir a un lugar como este, imagínate, si la gente a veces trabaja en unos lugares... Y bueno, el hecho de ir a un lugar distinto, como que dan ganas, y también uno siente que hay una preocupación, hay detalles. El lugar tiene detalles, lo del almuerzo, el cafecito. Rico. Tres días además, aunque es bastante intenso, de todas maneras uno se renueva (matrona participante).

Aplicación de metodología de educación para adultos:

Los talleres integran la realización de trabajos y dinámicas grupales –talleres vivenciales, role playing–, con el propósito de trabajar contenidos y herramientas prácticas que buscan que la experiencia contribuya a un proceso reflexivo y proactivo en el desarrollo de competencias para la atención en salud reproductiva e infancia temprana.



ABRIR Casa de retiro arrendada para talleres de sensibilización ssms | RC Ejercicio de trabajo en equipo, curso ssms | ES





Taller como espacio de encuentro entre los estamentos al interior de los equipos de salud, y entre equipos de distintas instituciones del servicio:

A través de dinámicas grupales de acercamiento interpersonal y técnicas de juego, se favorece un mejor conocimiento entre los miembros de los equipos de salud, más allá de los requerimientos técnico-profesionales propios de sus respectivos contextos institucionales, propiciando un clima de apertura y receptividad hacia nuevos aspectos del trabajo profesional en el área y el trabajo en equipo.

Una de las cosas positivas fue poder compartir, no sé, cosas que no me hubiera imaginado... como que se me abrió, no sé, otra sensación, o disposición. Igual no fue muy fácil para mí por lo menos poder contar así tan rápido cosas como más personales. Pero sirvió para soltarme y percibir un poco otros aspectos, conocer a otros equipos (matrona participante).

También fue bueno eso de ver cosas en grupo, como lo de evaluar los factores protectores y de riesgo (en gestantes) ... o proponer métodos de trabajo con grupos. No era tan fácil y además no todos veían lo mismo. Al final igual salen prejuicios y eso se puede ver mejor si hay otros que te lo pueden decir, o tal vez uno a los demás (matrona participante).

Promoción del desarrollo de habilidades de trabajo en equipo:

Se propician experiencias de trabajo grupal en torno a contenidos y aplicación de herramientas y técnicas específicas, que permitan vivenciar las oportunidades y desafíos que presenta esta forma de trabajo.

Sensibilización acerca de la importancia de la relación entre personal de salud y personas usuarias:

Esto se logra a través de algunas dinámicas grupales, como el role playing, en que los integrantes de los equipos de salud pueden asumir el rol de usuarios, buscando propiciar desde su propia experiencia, la reflexión y cuestionamiento acerca de las interacciones y condiciones de atención de salud.

Yo opino que es importante no sólo toparse con gente de otros lugares, también sirve poder compartir las dificultades que uno tiene. Yo creo que hay cosas bastante comunes, y es bueno darse cuenta de eso (asistente social participante).

Como que uno en general no se cuestiona mucho, o todo el tiempo, cómo pueden recibir (los usuarios) lo que uno puede decir. Igual en verdad me sentí como media... incómoda, presionada puede ser (durante el role playing)... eso de las indicaciones y tener que decidir tan rápido. Poco tiempo, tal vez no entender mucho en tan poco tiempo, o no tener todos los conceptos claros, toda la información... Sí, yo creo que eso pasa mucho con las pacientes (matrona participante).

Consideración de los talleres como espacio de socialización de las experiencias e inquietudes de los equipos de salud:

La metodología de trabajo contempla acoger las vivencias y preguntas de los equipos de salud en su propio contexto de trabajo.

C. SSMS: Claves del proceso

Aprendizaje de experiencias previas del equipo de salud

Proceso de diagnóstico, diseño y afinamiento de metodología coherente

Capacitación de integrantes del equipo gestor

Establecimiento de redes de colaboración dentro y fuera del Servicio

Gestión de recursos externos en fondos concursables

Apoyo y financiamiento del Servicio



MATERIAL COMPLEMENTARIO

Existe una gran cantidad de material generado para sensibilizar en el modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento disponible en internet. Dos sitios recomendados son los siguientes, en los cuales el material audiovisual es especialmente interesante, pues genera un gran impacto emocional:

- www.espacioblog.com/porunpartorespetado
- www.elpartoesnuestro.es

En el capítulo de aprendizaje (en «material complementario») hay referencias a otros sitios web que pueden ser de utilidad.

Al final de esta guía, junto con el CD, se encuentra un poster desplegable que contiene (por uno de sus lados) una herramienta útil para potenciar procesos de sensibilización en el modelo personalizado de atención:

Pauta de observación: etnografía de la atención

La etnografía es un método de investigación utilizado en las ciencias sociales, especialmente por la antropología. Consiste en la inserción del investigador en los contextos cotidianos de vida de las personas estudiadas, para comprender los sentidos, significados y prácticas en su propio ámbito de ocurrencia. Originalmente el método etnográfico surgió para estudiar otras culturas y pueblos diferentes a las del investigador, sin embargo cada vez es más utilizado para aprender sobre la propia sociedad a la que pertenece.

La etnografía se basa en la observación detallada de los contextos materiales y de las interacciones que suceden entre las personas. La observación se acompaña de entrevistas y conversaciones con las personas observadas, para comprender los sentidos que otorgan a sus acciones.

Resulta muy interesante aplicar la etnografía a los contextos de atención de la gestación y parto-nacimiento, como forma de observar las interacciones que allí suceden. La utilidad de este método es que permite visibilizar lo que ha pasado a transformarse en rutina, y que por lo mismo ha dejado de ser observado desde puntos de vista críticos.

El poster que se encuentra al final de la guía presenta una tabla donde se desarrollan algunas dimensiones que se pueden utilizar para observar lo que ocurre en la atención de la gestación y parto-nacimiento. Una o varias personas de los equipos de salud pueden ponerse en el lugar de observadores de lo que sucede en la atención, para luego generar diálogos en torno a lo observado. Las personas pueden rotar, para que todos pasen por la posición de observadores.

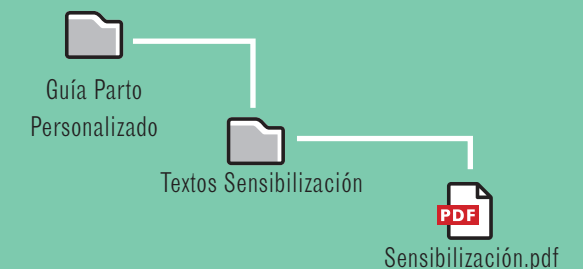
La tabla presenta algunos temas claves en la atención (dimensiones y sub-dimensiones), y preguntas que permiten observar el quehacer cotidiano en cada uno de ellos. Luego se muestran algunos ejemplos de registro etnográfico de los temas y propuestas de mejoramiento en función de ello. La idea es que cada equipo realice sus propias observaciones en cada tema clave, y a partir de ello genere propuestas de cambios.

Como ejemplo de etnografía de la atención de nacimiento, se sugiere la lectura del capítulo de «Análisis» del siguiente texto:

- *«Así me nacieron a mi hija», aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario.* Sadler, Michelle. Tesis para optar al título de antropóloga social, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, 2003. Disponible en: www.culturasalud.cl (en vínculo «Publicaciones del equipo»). También disponible en el CD que se adjunta en esta guía, dentro del capítulo de «Sensibilización».

Capítulo Sensibilización:

Buscar en el CD el PDF «Sensibilización.pdf»





ENDIZAJEDIAGNOSTICOSENSIBILIZACION
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAM
SIBILIZACIONAPRENDIZAJEDIAGNOSTICO
MPANAMIENTOEVIDENCIAINTERCULTURA
GNOSTICOSENSIBILIZACIONEVIDENCIAIN
IZAJEDIAGNOSTICOACOMPANIAMIENTOIN
TURALIDADACOMPANIAMIENTOSENSIBIL
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAM

I DIAGNÓSTICO

- ¿Qué elementos se deben considerar al realizar un diagnóstico?
- ¿Cómo es recomendable iniciar un proceso de diagnóstico?

II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES

A. Hospital Félix Bulnes: Proceso de implementación

1. Diagnóstico
2. Jornadas de reflexión sobre el cambio de modelo
3. Primeras medidas
4. Cambios en actitudes y prácticas
5. Cambios en la infraestructura de la maternidad

B. Hospital Félix Bulnes: Prácticas destacadas

C. Hospital Félix Bulnes: Claves del proceso

III MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Análisis FODA para la atención de gestación-parto-nacimiento

I DIAGNÓSTICO

En medicina, la palabra diagnóstico alude al “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”. Si aplicamos el concepto a modelos de salud, podemos entender un diagnóstico como el proceso a través del cual se conoce el estado actual de un contexto particular de atención de salud para determinar las acciones, caminos o tipos de intervenciones más adecuadas para modificar las situaciones existentes.

La elaboración de un diagnóstico se basa en el levantamiento de información suficiente para realizar un análisis y establecer una jerarquización de las necesidades de la institución según su naturaleza y magnitud, para encontrar vías de trabajo que respondan a los problemas y desafíos detectados. Estas necesidades serán diferentes para cada contexto particular; en este sentido, si bien las recomendaciones y normas ministeriales para la implementación de modelos personalizados de atención son estándares para todo el país, cada equipo de salud debe tener la capacidad de analizar sus propias fortalezas y debilidades para llevar a cabo un proceso de implementación del cambio adecuado a su realidad particular.

Los equipos de salud que han implementado experiencias exitosas del modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento a lo largo de nuestro país han sido sensibles a sus características específicas y han comprendido que no existen “recetas” fijas para implementar el cambio, sino que se requiere de flexibilidad y creatividad para adecuar los procesos a cada contexto particular.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> * Centros de salud cercanos a la población usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> * Municipalidad tiene recursos económicos. * Políticas de Salud Ch.CC.

FORTALEZAS:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infraestructura adecuada con espacios familiares. (CESFAM)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insumos disponibles en relación a s
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivación de profesionales para
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitaciones permanentes a r
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constitución de comité para i profesional por sector. (CES)

¿Qué elementos se deben considerar al realizar un diagnóstico?

Para llevar a cabo un proceso de diagnóstico, es recomendable recolectar toda la información disponible que pueda ayudar a generar un “mapa” del estado actual del modelo de atención de un contexto determinado, que permita luego definir las medidas a tomar. Hay diversas técnicas y maneras de hacer esto; una metodología posible es el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) que se presenta al final de este capítulo (en «material complementario»). Todo proceso de diagnóstico estratégico debe considerar ciertos elementos:

- **Incorporar las diferentes dimensiones involucradas en la atención de salud:**

En cada institución, se deben tomar en cuenta factores como los recursos humanos, relaciones entre los equipos de salud, relaciones entre el personal de salud y personas usuarias, administración y jefaturas, canales de comunicación, recursos materiales (insumos e infraestructura), entre otros. Además, es importante considerar que la atención del proceso de gestación-parto-nacimiento ocurre en una red de atención de salud, por lo que dimensiones como la comunicación, coordinación y coherencia en el modelo implementado entre los diferentes niveles de atención de salud deben ser consideradas.

- **Integrar a todos los actores involucrados:**

En el proceso de diagnóstico es importante involucrar al personal de salud y también a las personas usuarias, preguntándoles su opinión

sobre el estado de un particular contexto de atención de salud. Para conocer las opiniones de las personas involucradas, se pueden aplicar encuestas, entrevistas o tener conversaciones sobre las experiencias personales. En el caso del personal de salud, es importante que todos y todas consideren que han sido convocados a participar del proceso, para que se sientan parte del mismo. En el caso de usuarios y usuarias, además de la aplicación de encuestas y/o entrevistas, se pueden revisar los comentarios de las OIRS, y de los libros de testimonios (en caso de tenerlos). Es importante que una vez que se haya levantado la información, ésta se difunda adecuadamente, por ejemplo, en una reunión clínica, para que se socialicen los hallazgos dentro del equipo de salud.

- **Utilizar datos disponibles:**

Para diseñar un plan de trabajo, es importante conocer ciertos indicadores de entrada, que reflejen el momento “actual” y que permitan plantear metas a corto, mediano y largo plazo. Se pueden utilizar los mismos datos y estadísticas que ya recoge la institución, y si se puede, hacer cruces más detallados de los datos disponibles.

- **Generar nueva información:**

Para la planificación a futuro, además de los procedimientos que usualmente se registran, se pueden agregar algunos que se refieren a los elementos que se están incorporando con el modelo personalizado de atención, por ejemplo, la participación de la pareja o acompañante significativo en los talleres prenatales, número de partos verticales, el uso de métodos no

¿Cómo es recomendable iniciar un proceso de diagnóstico?

farmacológicos de alivio del dolor, entre otros. Resulta importante y estratégico registrar las razones por las cuales no se practicaron los procedimientos recomendados, para distinguir entre situaciones en las que el personal de salud sí puede intervenir de aquellas donde no es posible. Por ejemplo, si no hubo acompañamiento de una persona significativa para la mujer durante el parto, es importante diferenciar si ocurrió porque ella así lo eligió o porque hubo barreras institucionales para permitirlo. Mientras más detallado sea el registro, más comparaciones y datos se pueden obtener para evaluar el tipo de atención y los avances en la implementación del cambio de modelo. Es clave contar con información cuantitativa y cualitativa, generando datos estadísticos y también “narrativas” sobre el proceso de cambio. La información cualitativa puede hacer referencia a la satisfacción usuaria, satisfacción del personal de salud con respecto a su trabajo, relación entre profesionales de salud y personas usuarias, entre otros.

El análisis de las fortalezas y debilidades en torno a los recursos humanos de un contexto de atención de salud es un buen punto de partida si se quiere pensar en un diagnóstico rápido que luego se pueda ir profundizando. Las fortalezas son aquellas características y capacidades por las que se está en una posición privilegiada para enfrenar las adversidades, y las debilidades aquellas que provocan situaciones desfavorables. Si se definen claramente cuáles son las fortalezas y debilidades de un contexto de atención de salud, se pueden ir potenciando las primeras para ir reduciendo las segundas. ¿Por qué se sugiere comenzar por los recursos humanos? Porque muchas de las resistencias para la implementación del cambio de modelo provienen de actitudes y falta de flexibilidad de las personas más que de las condiciones materiales que las rodean. En este sentido, por ejemplo, si bien la infraestructura inadecuada o la falta de insumos constituyen problemas reales, éstos sólo serán impedimentos para el cambio de modelo si el personal de salud así lo interpreta.

Con respecto a los recursos humanos, se puede analizar la motivación del personal de salud para implementar el cambio de modelo, las vías de comunicación dentro de los equipos de atención, el papel de las jefaturas, las capacidades presentes en el personal de salud que quizás no se están aprovechando al máximo, entre otros factores. Como ya se mencionó, es importante difundir los resultados de manera participativa para que los equipos de atención completos se sientan partícipes del proceso.



LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES

El Hospital Félix Bulnes es un ejemplo de una institución en la cual se realizó un diagnóstico de acuerdo a las particularidades de la institución para generar un plan de instalación paulatina del modelo personalizado de atención. En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital había un grupo de personas sensibilizadas en la importancia de hacer un cambio en el modelo de atención, que, a partir del cambio de jefatura, encontró apoyo para ir materializando sus ideas. La nueva jefatura comenzó su gestión realizando un diagnóstico de la situación del servicio, con el fin de poder plantear metas acorde a la realidad específica de la institución. En los dos años transcurridos desde entonces, se ha avanzado considerablemente en las metas planteadas, y se han ido planteando nuevos desafíos producto de los nuevos escenarios generados durante el mismo proceso de cambio.

Félix Bulnes

Institución:	Hospital Dr. Félix Bulnes. Hospital de alta complejidad. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.	
Nombre experiencia:	Parto personalizado en la maternidad del Hospital Dr. Félix Bulnes.	
	Nº nacimientos al año	Cesáreas
2006	4165	40,7%
2007	3988	33,5%
2008	4187	31%

• Equipo del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Félix Bulnes | ES



A. Hospital Félix Bulnes: Proceso de implementación

1

Diagnóstico:

Si bien desde la década de 1990 se estaban generando cambios en el modelo de atención de gestación-parto-nacimiento, como la incorporación del padre al parto, no fue hasta el año 2007 que se consiguieron avances significativos en el modelo de atención global. Un grupo de matronas estaba intentando implementar la atención personalizada, pero se encontraba con muchas resistencias. Esta situación cambia en marzo del año 2007, cuando se integra una nueva jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología de la maternidad, quien se dedica durante tres meses a realizar un diagnóstico de la situación de la maternidad para poder tomar medidas acorde a las necesidades particulares del lugar, y hacer una adecuada planificación a corto, mediano y largo plazo.

Para ello, se realiza una encuesta a todos los médicos, y se pregunta al equipo de salud lo que opina respecto al servicio. En base a la información recogida, se hace un análisis de los recursos materiales y humanos disponibles, y se plantean metas a tres años, entre las cuales están:

- reducir la tasa de cesáreas
- mejorar la planta física
- mejorar la calidad de atención a las usuarias y usuarios
- desarrollar y apoyar el uso de medicinas complementarias

Para el quinto año, la meta es transformarse en “una de las mejores maternidades de Santiago”.

Los resultados del diagnóstico y las metas propuestas son difundidos a todo el personal del servicio en una reunión clínica especialmente organizada para este propósito.

2

Jornadas de reflexión sobre el cambio de modelo:

En abril del año 2007, en paralelo a la elaboración del diagnóstico del servicio, las matronas jefas de turno y la jefa del servicio asisten a una jornada de reflexión organizada por el Colegio Nacional de Matronas de Chile sobre el nuevo modelo de atención. En dicho encuentro, se muestran experiencias de otras instituciones del país que ya están implementando el modelo personalizado de atención, como las del Hospital de Cañete, de Villarrica y de Iquique. En julio del mismo año, la jefa del servicio asiste a una reunión del Chile Crece Contigo donde se explica la importancia del cambio de modelo. Tras estas jornadas, las matronas del hospital y la jefatura del servicio deciden realizar un cambio profundo en el modelo de atención.

3

Primeras medidas:

Las matronas consideran que el desafío consiste en hacer cambios en el modelo de atención utilizando los recursos físicos y humanos disponibles. Una primera medida importante es la de incorporar las medicinas complementarias en el trabajo de parto y parto, especialmente dado el contexto donde no se cuenta con médico anestesiista exclusivo para la maternidad, pero sí se cuenta con matronas capacitadas en estas técnicas.

Un grupo de matronas compra un balón kinésico y lo empiezan a usar en el trabajo de parto; se instala una radio para poner música de relajación y se comienzan a utilizar difusores de aceites esenciales en prepartos. Una matrona de turno se decide a atender el primer parto vertical adecuando la mesa ginecológica tradicional, haciendo que la mujer apoye sus piernas en la cubierta corredera, y además contando con el acompañamiento de su pareja. Uno de los médicos de la maternidad –que cuenta con experiencia en atención de parto en el agua– instala una tina para hidromasaje y parto en el agua.

Se consiguen también recursos del hospital para pintar las salas de puerperio de colores cálidos, generando un ambiente más acogedor y amigable para las familias usuarias.

4

Cambios en actitudes y prácticas:

El personal de atención de salud se va convenciendo lentamente sobre los beneficios del cambio de modelo y se van instalando prácticas como el acompañamiento de la mujer por una persona significativa durante el parto y luego desde el parto, la atención profesional continua, el uso de medicinas complementarias, y el contacto precoz piel a piel entre la madre y el recién nacido. Para apoyar los cambios y disminuir las resistencias del personal de atención de salud, se toman algunas medidas:

- se hacen movimientos de algunos miembros del personal de salud para equilibrar los turnos en el sentido de que todos cuenten con personas sensibilizadas en el modelo personalizado de atención;
- se instala la entrega de turnos de los residentes a la jefa de servicio, lo que se realiza cada mañana y donde se deben explicar todos los procedimientos que se llevaron a cabo durante el turno, con fundamentos técnicos. Aquellas prácticas sin la adecuada fundamentación (por ejemplo, cesáreas injustificadas), se cuestionan.

Estas medidas, junto con la difusión de los buenos resultados obstétricos que resultan de la atención con menos intervenciones, van ayudando a que los médicos se convengan lentamente de que la menor instrumentalización del periodo de trabajo de parto es beneficiosa para la resolución fisiológica del parto. Del mismo modo, las matronas y técnicos paramédicos van cambiando el paradigma de la conducción del trabajo por una actitud de cercanía y de observación de los tiempos de los procesos y de la naturalidad del parto, lo que genera un re-encantamiento hacia su profesión y su labor.

5

Cambios en la infraestructura de la maternidad:

El año 2008, Chile Crece Contigo apoya con recursos para comprar tres pisos de parto vertical, mobiliario, balones, sillas de parto, bergers, y delantales, entre otros materiales.

Durante el primer semestre del año 2009 se está remodelando el área de prepartos, partos, pabellones de maternidad y policlínico de urgencia maternal, con recursos económicos del servicio. Los recursos conseguidos son el resultado del trabajo realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, que mostró excelentes resultados durante los años 2007 y 2008.

Las antiguas salas de parto, en cada una de las cuales se atendía a dos mujeres, se están transformando en cinco salas multifuncionales de parto-parto-puerperio. Cada una será acondicionada con un sillón, un piso de parto vertical, una cama de parto de madera (basada en el modelo del Hospital de Villarrica), un taburete de parto para la matrona y una camilla ginecológica para la revisión o atención de la mujer en caso de ser necesario. Se mantendrá la sala de hidrotterapia, que se puede usar para hidromasaje, parto en el agua o fuera de ella, pues también cuenta con una camilla de parto. Además habrá una sala de “puerperio normal” con tres camas donde se podrán trasladar las mujeres durante el puerperio y período de contacto piel a piel con sus hijos o hijas si es que las cinco salas no son suficientes. Además de estas salas, se contará con tres pabellones.

La experiencia del Hospital Félix Bulnes en datos

		2006	2007	2008
Total nacimientos por año	N°	4.165	3.988	4.187
Partos vaginales ¹	%	59,3	64,1	65,4
Partos verticales	N°	0	181	318
Partos en el agua		0	23	38
Hidrotterapias		0	27	79
Uso epidural en parto vaginal ¹	%	13,3	39,3	53,6
Acompañante significativo en el parto ^{1 2}		56,1	65,7	72,9
Apego precoz ¹		90,3	91,5	87,8
		— sin tiempo medido —		30 minutos y más

¹ Beneficiarias y no beneficiarias.

² Padre u otro acompañante, con autorización de la madre.

B. Hospital Félix Bulnes: Prácticas destacadas

Jefatura comprometida con el cambio de modelo de atención:

Destaca una jefatura comprometida con el cambio de modelo que es sensible a escuchar y levantar información de lo que sucede en un contexto particular, para liderar un proceso de cambio.

Aprovechamiento de capacidades presentes en los equipos de salud:

Varias matronas estaban sensibilizadas en el modelo personalizado de atención y capacitadas en el uso de medicinas complementarias, lo cual se aprovechó para ayudar a sensibilizar al resto del equipo y comenzar a implementar cambios.

Para el nuevo modelo de atención del parto, que venía GES y todo el Chile Crece Contigo, teníamos medicina complementaria. Entonces vimos que si no teníamos analgesia del parto teníamos reiki, masoterapia, balones, música de relajación, e hidroterapia. Aprovechamos de entrar fuerte con las medicinas complementarias... acá habían matronas capacitadas en estas técnicas, pero nadie le había dado importancia a la medicina complementaria porque típico de los médicos y de algunas matronas, que dicen que no sirve, que eso no es efectivo (jefa servicio).

A ver, yo creo que esta maternidad estaba como dormida... esto es como el cuento de hadas que alguien le puso un hechizo y estaba todos dormidos. Faltaba que alguien llegara, que le encendiera el interruptor, y todo se puso en marcha, porque las capacidades estaban aquí, lo que faltaba era organizarlas (jefa servicio).

Inicialmente un grupo de matronas estaba muy entusiasmado, pero teníamos algunas reacias al cambio. Y ¿qué se hizo? Se intervino, cambiando gente. Lo que pasaba era que había poca gente comprometida, y todo el resto se valía de esas personas para hacer las cosas. Entonces se hicieron cambios; en el sentido de sacar lo mejor de cada uno, y no como castigo, sino como estrategia para ir avanzando. Se hicieron traslados y se movieron las personas motivadas para que estuvieran en todos los turnos, porque todos tenemos que ir en el mismo carro (matrona).



●● Puerperio Maternidad, 2006. Hospital Félix Bulnes | ES



●● Puerperio Maternidad, 2007. Hospital Félix Bulnes | ES



Uso de infraestructura de forma flexible:

Se comenzaron a cambiar prácticas utilizando la infraestructura existente de forma flexible y creativa, sin esperar a tener implementos nuevos para hacerlo. Por ejemplo, se comenzó a utilizar la mesa de parto tradicional para atender el parto vertical.

Entrega de turnos:

Una medida importante fue la formalización de las entregas de turnos a la jefa de servicio, donde se deben explicar y justificar todas las intervenciones realizadas, en especial aquellas que no debieran realizarse de forma rutinaria.

Conseguir recursos económicos en base a logros:

El equipo de salud fue consiguiendo recursos económicos a medida que fue presentando resultados concretos de los cambios en el modelo de atención.

Un día una de las colegas dijo valientemente “si en otros lugares se hace, nosotras también podemos”, y empezó a sentar a la señora en la misma mesa de parto antigua tradicional, pero en vez de acostarla con la cama dispuesta para eso, la sentó, le subió el respaldo, hizo que el marido se pusiera por el lado de la señora y ella se sentó y tuvo el parto. Ahora uno dice que quizás no es lo ideal, pero con los medios que teníamos partimos así (matrona).

Aquí, ningún médico entregaba turnos. Entonces a la segunda semana llamé a todos los residentes y les expliqué que tendríamos un libro de residencia, donde se iba a informar todo lo que habían realizado durante el turno: total partos normales, las cesáreas, y por qué fueron indicadas. Y todos los días recibo turno, desde entonces. En estas pequeñas reuniones se justifica técnicamente cada cosa que se realizó durante el turno (jefa servicio).

Tú no vas a lograr nada del servicio si no presentas cifras, estadísticas de lo que has hecho, y resultados... es fácil pedir pero nadie te va a dar nada si tú no logras demostrar lo que realmente se está haciendo (jefa servicio).



“Estamos conscientes de que el cambio no significa solamente acompañamiento o instalar la posición vertical durante el parto, sino que se trata de un cambio de actitud, de consentir a que la mujer elija la postura, uso o no de anestesia, caminar y moverse durante el trabajo de parto y por sobre todo valorar el silencio y anonimato del equipo de salud y el derecho de cada mujer en trabajo de parto a expresar su emocionalidad sin coartarla (...).
Todavía no hay un grado de satisfacción usuaria masivo, vamos lentamente logrando que más mujeres tengan su parto como ellas eligen en relación a la posición, y libertad de movimientos y naturalidad. Pero, vamos avanzando. Este proceso nos ha hecho enfrentarnos a nuestros propios miedos y a reconciliarnos con nuestros propios procesos de gestación y nacimiento, que son dimensiones no siempre fáciles de aceptar. Como todo proceso, se requiere de tiempo, voluntad y convicción de los beneficios que el cambio aporta a las usuarias, los recién nacidos y sus familias, y al equipo de salud la satisfacción de ser parte de un proyecto cuyo objetivo es tener una sociedad sana donde el nacimiento ocurre sin violencia y el protagonismo es de la triada madre, padre e hijo-hija.”

Cita extraída del documento “Historia del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Félix Bulnes, Servicio de Salud Metropolitano Occidente”, Nieves Bravo, matrona coordinadora, marzo de 2009.

C. Hospital Félix Bulnes: Claves del proceso

Apoyo de jefatura del Servicio de Obstetricia y Ginecología

Elaboración de diagnóstico y diseño de metas a corto, mediano y largo plazo

Optimización de capacidades presentes en equipos de atención de salud

Cuestionamiento de intervenciones no justificadas técnicamente (ej. cesáreas)

Medición continua de avances, logros y metas



MATERIAL COMPLEMENTARIO

Análisis FODA para la atención de gestación-parto-nacimiento

El análisis FODA es una herramienta de análisis que se utiliza en procesos de planificación estratégica de organizaciones. El resultado del análisis FODA es un diagnóstico bastante preciso de la situación actual del entorno interno y externo de la organización, que además permite tomar decisiones acertadas al trazar la trayectoria futura de la misma.

FODA es una sigla que resume cuatro conceptos: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Los criterios para ubicar los datos en una de estas cuatro categorías son dos: si son internos o externos a la organización, y si son favorables o desfavorables para la organización:

	POSITIVOS Factores favorables para la organización	NEGATIVOS Factores desfavorables para la organización
INTERNOS Factores internos a la organización, que ésta puede controlar o modificar.	FORTALEZAS Se refieren a las capacidades y características internas de la organización por las que se encuentra en una posición privilegiada. Por ejemplo: recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.	DEBILIDADES Son aquellas características y capacidades internas de la organización que provocan situaciones desfavorables. Por ejemplo: recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan adecuadamente, etc.
EXTERNOS Elementos externos a la organización, que ésta no puede controlar ni modificar directamente, pero sí aprovechar o manejar.	OPORTUNIDADES Son aquellos factores externos a la organización que resultan favorables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la organización, y que permiten obtener ventajas. Por ejemplo: condiciones económicas favorables, cambios políticos y sociales, leyes por aprobarse, etc.	AMENAZAS Se refiere a situaciones que presenta el entorno externo a la organización, que ésta no puede controlar pero que pueden afectarla de forma desfavorable. Por ejemplo: crisis económica, leyes desfavorables, etc.

Para realizar el análisis FODA, es recomendable levantar información de fuentes diversas. En el caso de una institución de salud, las fuentes pueden ser las opiniones del personal de salud, de los usuarios, además de datos estadísticos y otra información de la que se disponga. También resulta útil priorizar los elementos que en cada categoría (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas) puedan tener más impacto en la institución, pues si se abarcan demasiados elementos, será más difícil realizar un análisis estratégico que apunte a medidas concretas.

Para ordenar y facilitar el trabajo, se pueden identificar dimensiones que ayuden a organizar el trabajo. Estas dimensiones serán diferentes para los factores internos (F,D) y externos (O,A). Por ejemplo, ciertas

dimensiones internas a una institución de salud son: infraestructura, insumos, jefaturas, administración, canales de comunicación, personal de atención de salud (relaciones interpersonales, capacidades instaladas, etc.), relación entre personal de salud y usuarios, entre otras. Ciertas dimensiones externas pueden ser: contexto del país y del gobierno, redes de atención de salud, comunidad y usuarios (contemplados fuera de las instituciones), entre otras.

A continuación se muestran algunos ejemplos de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas detectadas en centros de salud y hospitales del país en la atención de gestación-parto-nacimiento, dejando espacios para que Uds. llenen algunas de las que detecten en su lugar de trabajo, de acuerdo a su contexto particular de atención.

FORTALEZAS

Dimensiones (ejemplos)	Fortalezas y su descripción
Infraestructura, Insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura adecuada, con espacios propicios para realizar educación y box para atención integral de población usuaria. • Parto tiene espacio para el acompañamiento de una persona significativa para la mujer.
Jefaturas, Administración y Canales de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Jefatura actual es proclive a la implementación del modelo personalizado y a la participación comunitaria. • OIRS: avances en la centralización y difusión de reclamos y sugerencias de usuarios.
Personal de Atención de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mayoría de matronas han asistido a lo menos a una capacitación del modelo personalizado. • Algunas matronas, matrones y técnicos paramédicos capacitados en uso de medicinas complementarias. • Una matrona cursando diplomado de Parto Natural, Gestación y Nacimiento Humanizado.
Relación personal de salud con usuarios y usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Padres y acompañantes se han incorporado al parto y parto-nacimiento: personal de salud está cambiando de actitud desde considerarlos un “estorbo”, a considerarlos como apoyo necesario para las mujeres y para el mismo personal de salud. • En los controles de gestación se promueve la participación de las parejas. • Usuarias y usuarios reconocen que ha habido una mejoría en las relaciones y trato que reciben, que se refleja en felicitaciones en el libro de testimonios.
Procedimientos/ Indicadores Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución intervenciones de rutina: posición litotómica de la mujer en parto, monitoreo fetal electrónico y vía venosa sólo se utilizan en casos que lo justifican. • Se realizan talleres de preparación al nacimiento y maternidad/paternidad.
Otra dimensión (para definir por Uds.)	

DEBILIDADES

Dimensiones (ejemplos)	Debilidades y su descripción
Infraestructura, Insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Box de atención compartido por distintos profesionales en la misma jornada laboral. • Si bien hay espacio en el parto para el acompañamiento de una persona significativa para la mujer, sólo se permite si no hay muchas mujeres, lo que es resentido por las mujeres que no pueden estar acompañadas.
Jefaturas, Administración y Canales de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de turnos del personal dificulta la atención personalizada. • Falta de canales de comunicación y coordinación adecuados.
Personal de Atención de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos profesionales mencionan falta de capacitación para implementar modelo personalizado, y desconocimiento de evidencia científica que respalde el modelo. • Médicos (obstetras y pediatras) no asisten a capacitaciones sobre personalización de la atención. • Descalificación de profesionales entre sí, lo cual a veces ocurre frente a las personas usuarias. • El personal de atención de salud de dos de los cuatro turnos no se muestra dispuesto al cambio, declara tener muchas dudas sobre el modelo personalizado.
Relación personal de salud con usuarios y usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos malos tratos y descalificaciones de usuarias realizados por personal de atención de salud, reflejados en reclamos en OIRS. • Si bien las personas usuarias reconocen que ha habido una mejoría en las relaciones y trato que reciben, consideran que la calidad de la atención depende del profesional o turno que les “tocó”, lo cual es considerado injusto.
Procedimientos/ Indicadores Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Alto porcentaje de cesáreas. • Si bien se han disminuido las intervenciones de rutina no recomendadas, hay dificultad para dejar de practicar algunas de ellas, como la episiotomía y la prohibición de ingesta de líquidos y alimentos en el parto.
Otra dimensión (para definir por Uds.)	

OPORTUNIDADES

Dimensiones (ejemplos)	Oportunidades y su descripción
Contexto País, Gobierno e Insts. Públicas y Privadas	<ul style="list-style-type: none"> Implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
Redes de Atención de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Algunas instituciones de salud de la región y del país han implementado exitosamente el modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento. Disposición de algunas maternidades que han implementado el modelo personalizado para recibir personas en pasantías y difundir sus resultados.
Comunidad, Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Comunidad más participativa e informada que busca formas de involucrarse y cooperar con la atención de salud.
Otra dimensión (para definir por Uds.)	



AMENAZAS

Dimensiones (ejemplos)	Amenazas y su descripción
Contexto País, Gobierno e Insts. Públicas y Privadas	<ul style="list-style-type: none"> Crisis económica que impactará en los presupuestos asignados a las instituciones de salud.
Redes de Atención de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Modelo personalizado implementado en diversos grados en distintas instituciones de salud, lo que puede generar desconcierto y frustración cuando los usuarios se vinculan con ellas.
Comunidad, Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de que una mejor atención de salud es aquella con mayor uso de tecnología y más intervenciones, lo que genera dudas cuando se enfrentan a un modelo de atención de parto-nacimiento con menos intervenciones.
Otra dimensión (para definir por Uds.)	

Una vez que se tiene la lista de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, se puede proceder al análisis de la información para generar estrategias. Los pasos analíticos para hacer el análisis completo pueden desglosarse en dos etapas:

1) Análisis de los factores internos y externos por separado:

- analizar las fortalezas y debilidades internas de la organización respondiendo ¿de qué manera las fortalezas permiten controlar las debilidades?
- analizar las oportunidades y amenazas respondiendo ¿de qué modo las oportunidades permiten minimizar las amenazas?

2) Análisis cruzado entre los factores internos y externos, para generar estrategias:

se trata del cruce entre los factores para buscar el ajuste entre las capacidades internas y posibilidades externas, maximizando fortalezas y oportunidades, y minimizando debilidades y amenazas.

Se presentan a continuación algunos ejemplos de estrategias, mencionando de qué elementos se desprenden, y se deja espacio para que Uds. piensen en algunas estrategias acordes a su contexto laboral:

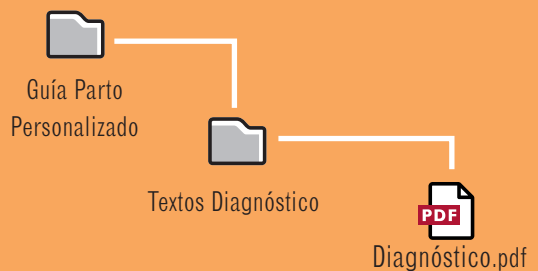
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	<p>Estrategia FO (maxi-maxi): cómo utilizar las fortalezas para aprovechar las oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Potenciar importancia de la participación de la comunidad F: Jefatura actual es proclive a la implementación del modelo personalizado O: Comunidad más participativa e informada que busca formas de involucrarse y cooperar con la atención de salud 	<p>Estrategia DO (mini-maxi): cómo corregir debilidades sacando partido de oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Generar vínculos con instituciones de salud que ya han implementado el modelo para aprender de su experiencia D: Falta de capacitación para implementar modelo personalizado, y desconocimiento de evidencia científica que respalde el modelo O: Algunas instituciones de salud de la región y del país han implementado exitosamente el modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento
AMENAZAS	<p>Estrategia FA (maxi-mini): cómo utilizar las fortalezas para minimizar las amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar recursos humanos internos de la institución para difundir modelo personalizado generando instancias de aprendizaje entre profesionales de la institución F: Algunas personas del equipo de salud tienen conocimientos y han atendido en el modelo personalizado A: Crisis económica que impactará en los presupuestos asignados a la maternidad (menores recursos para capacitación) 	<p>Estrategia DA (mini-mini): cómo minimizar las debilidades y amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> Difundir evidencia científica que respalda modelo personalizado para beneficio tanto de la población usuaria como de personal de atención de salud A: Percepción de la comunidad de que una mejor atención de salud es aquella con mayor uso de tecnología y más intervenciones D: Falta de capacitación para implementar modelo personalizado, desconocimiento de evidencia científica que respalde el modelo; profesionales que no se muestran dispuestos al cambio

Es importante considerar que el análisis FODA responde a un momento particular; las condiciones externas e internas son dinámicas y cambian con el paso del tiempo, por lo cual es recomendable realizar análisis con cierta periodicidad. Para finalizar, se presenta una tabla resumen de los pasos para realizar el análisis FODA:

FACTORES INTERNOS		Lista fortalezas	Lista debilidades
		<i>¿De qué manera las fortalezas permiten controlar las debilidades?</i>	
FACTORES EXTERNOS			
Lista oportunidades	<i>¿De qué manera las oportunidades permiten minimizar las amenazas?</i>	Estrategia FO Cómo utilizar las fortalezas para aprovechar las oportunidades	Estrategia DO Cómo corregir debilidades sacando partido de oportunidades
Lista amenazas		Estrategia FA Cómo utilizar las fortalezas para minimizar las amenazas	Estrategia DA Cómo minimizar las debilidades y amenazas

Capítulo Diagnóstico:

Buscar en el CD el PDF «Diagnóstico.pdf»



I APRENDIZAJE

Para lograr una efectiva implementación del modelo personalizado de atención, se requiere que el personal de salud esté sensibilizado y dispuesto a intentar el cambio (tema que se desarrolla en el capítulo «Sensibilización»). Además, es importante que se adquieran elementos teóricos y prácticos para comprender el modelo y poder implementarlo, lo que llamaremos «aprendizaje».

En nuestro país, desde hace aproximadamente una década se están realizando encuentros, cursos, seminarios y congresos sobre personalización de la atención de gestación-parto-nacimiento, que han generado gran impacto en los equipos de atención de salud. En el mismo período, se han realizado diversos encuentros en el extranjero, destacándose encuentros en Brasil, a los que han asistido profesionales de nuestro país. Además de participar en cursos, hay profesionales que han realizado pasantías en instituciones en Chile y en el extranjero donde ya se ha implementado el modelo personalizado, como una forma de aprender a través de la práctica misma de la atención.

Las experiencias de implementación del modelo de atención personalizado en nuestro país muestran cómo la capacitación de los miembros de los equipos de salud contribuye a implementar mejoras en la calidad de atención, disminuyendo las intervenciones innecesarias, mejorando la percepción usuaria y las condiciones de trabajo dentro de los equipos.

© Curso «Humanización proceso de gestación, parto y nacimiento», SSMC | MS

☺ Matronas y cama multifuncional, Hospital de Talagante | PP



☺ II Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento, Río de Janeiro. Noviembre de 2005 | MS



¿Para implementar el modelo personalizado se necesita aprender todo de nuevo?

Todas pasamos por la universidad y tenemos tantos conocimientos, lo que pasa es que uno ocupa ciertas cosas... En el equipo había un grupo que había hecho talleres de manejo del dolor hace años, temas que desde la universidad todas traemos, pero después el problema fue que por esta cosa de la mecánica y la rutina no lo ocupábamos, y si uno no lo ocupa se pierde. Entonces fue como empezar a recordar lo que ya traíamos, y entonces fue muy fácil (matrona, VIII Región).

Una resistencia presente en los equipos de salud para la implementación del modelo personalizado es la percepción de que se trata de algo absolutamente nuevo y que requiere volver a aprender y a estudiar, y tener que dedicar mucho tiempo a actualizarse en contenidos y herramientas para la atención.

Es difícil imaginarse que uno va a poder hacer todo eso, cuando lo viene haciendo tanto tiempo de una forma, significa volver a estudiar, y ¿quién quiere darse ese trabajo? (matrona, VIII Región).

Si yo fuera mueblista y me enseñaron a hacer un mueble de determinada manera y después me dicen que ese mueble está malo, tengo que aprender todo de nuevo, ¿no? (matrona, Región Metropolitana).

La respuesta a estas aprensiones es que no es necesario aprender otra vez. Ocurre que el personal de salud, por haber sido formado en un modelo intervencionista de atención, puede tener ninguna o poca práctica en la atención del proceso de gestación-parto-nacimiento sin intervenciones, pero esto no significa que no cuenten con los conocimientos necesarios para brindar este tipo de atención. En el modelo personalizado, se trata de utilizar los mismos conocimientos y herramientas que los equipos de salud ya tienen, con un énfasis diferente: en lugar de centrarse en las intervenciones continuas, se trata de acompañar y facilitar que la propia fisiología de la gestación y nacimiento vaya actuando, respetando sus ritmos y apoyando sus procesos.



Partera mexicana enseñando técnicas indígenas, Congreso Parto Ecológico, Río de Janeiro. Mayo de 2004 | MS

Habíamos perdido la capacidad de entender, de ponernos en el lugar de la madre, nosotros estábamos con este modelo biomédico total...Y además nosotros también nos fuimos capacitando. Y nos fuimos dando cuenta de que podíamos hacerlo de esta manera con lo que ya sabíamos (matrona, VIII Región).

La preocupación por el tiempo que puede demorar la implementación del cambio de modelo es otro elemento mencionado por el personal de salud, que considera que puede tomar demasiado tiempo. Si se piensa en lo que ha ocurrido en nuestro país, en una década se ha pasado de la prohibición del ingreso de personas significativas para la mujer durante el parto, a un 71% de acompañamiento a nivel nacional en el 2008 (Fuente: MINSAL), y fue sólo en los últimos años que esta cifra aumentó considerablemente. Asimismo, hay experiencias de maternidades y centros de salud en nuestro país, en los cuales el equipo de salud ha tenido la voluntad de cambio y lo ha implementado sin demora, derribando el mito de que los cambios son lentos.

Pero nuestros mejores alumnos, donde nos fue mejor, fue en Arauco, porque realmente ellas... ¡Las colegas de Arauco empezaron de inmediato! Por ejemplo terminamos las clases el día lunes o el martes –por decirte algo– y la colega que estaba ahí en la noche tenía turno, y dijo: «yo desde este momento cambio mi forma de atender el parto». Porque también se dieron cuenta de lo que estaban haciendo antes, que era importante cambiar, y fueron muy receptivas (matrona, VIII Región).

¿Cómo adquirir herramientas para implementar el cambio de modelo?

Existen ciertos contenidos y estrategias que se mencionan como importantes para lograr implementar el modelo personalizado:

- **Evidencia científica actualizada**

sobre las ventajas del modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento (se desarrolla en profundidad en capítulo de «evidencia»)

- **Herramientas concretas para implementar los modelos de atención personalizados**

en diferentes temas, los cuales son muy diversos y cubren todo el proceso de atención. Cada equipo debe realizar un diagnóstico para levantar aquellas áreas prioritarias en que requieren ser capacitados.

Yo creo que lo testimonial es súper importante. Nosotros usábamos como testimonio un consultorio que fue capaz de hacer el cambio y de atreverse, y entonces eso dice, bueno a algunos les llegará, si ellos fueron capaces, por qué yo no. Entonces te va motivando también, y si el otro está dispuesto además a apoyarte en ese cambio, es súper motivador también (matrona, Región Metropolitana).

- **Conocer experiencias de atención personalizada,**

en especial que estén siendo implementadas en nuestro país, pues aparecen como iniciativas cercanas y posibles de ser replicadas.

La técnica que me gusta mucho usar a nivel institucional es vía imitación: mire lo que hizo el hospital de Iquique, mire lo que está haciendo el hospital de Villarrica. Bueno, todos lo pueden hacer. Y eso funciona. Porque en Villarrica, o en Arauco, tienen las mismas limitaciones, los mismos problemas que tenemos todos (neonatólogo, Región Metropolitana).



• Curso «Humanización proceso de gestación, parto y nacimiento», Servicio de Salud Metropolitano Central | ms

Hicieron una pasantía todas las colegas, tres días en Villarrica cada una. Después de eso súper, súper bien, se convencieron totalmente. He escuchado comentar que no se convencieron hasta ver en Villarrica un caso (matrona, VIII Región).

- **Realizar pasantías en instituciones que ya hayan implementado el modelo personalizado.**

Las pasantías se mencionan como experiencias especialmente enriquecedoras, pues permiten vivenciar en la práctica los procesos y resultados inherentes a una atención personalizada de la gestación y el nacimiento.

- **Establecer redes con equipos que atienden en el modelo personalizado.**

Los equipos de salud muchas veces se sienten solos en el proceso de cambio, y la posibilidad de establecer redes de contacto con otras experiencias aparece como una excelente estrategia de aprendizaje.

Establecer redes, porque de repente uno se entera por alguna razón de que se está haciendo esto, pero la idea sería establecer redes, de tal manera que nos apoyáramos, que nos ayudáramos, de que si alguno sabe algo lo comunique al otro. Y que supiéramos donde más están pasando cosas (matrona, VIII Región).



LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ARAUCO

La experiencia de la maternidad del Hospital de Arauco es muy interesante, pues se trata de un equipo que implementó el modelo personalizado de atención de manera muy rápida. Si bien muchos de los cambios fueron graduales, algunos de ellos se instalaron en pocos meses.

En este caso, tras la participación de las directivas del Hospital y de dos matronas en un curso sobre parto personalizado en la región, se comenzaron a implementar cambios de inmediato, y dentro del primer año ya se atendían más de la mitad de los casos en el nuevo modelo. Se trata de un ejemplo que demuestra que no se requiere necesariamente de mucho tiempo ni de grandes transformaciones en la infraestructura para implementar el cambio, sino de la convicción y voluntad de un equipo de atención de salud.

Arauco

Institución: Hospital San Vicente de Arauco. Servicio de Salud Arauco. Hospital de baja complejidad.

Nombre Experiencia: Personalización del proceso reproductivo en el Hospital de Arauco.

Nº total nacimientos al año

2006: 93

2007: 89

2008: 84

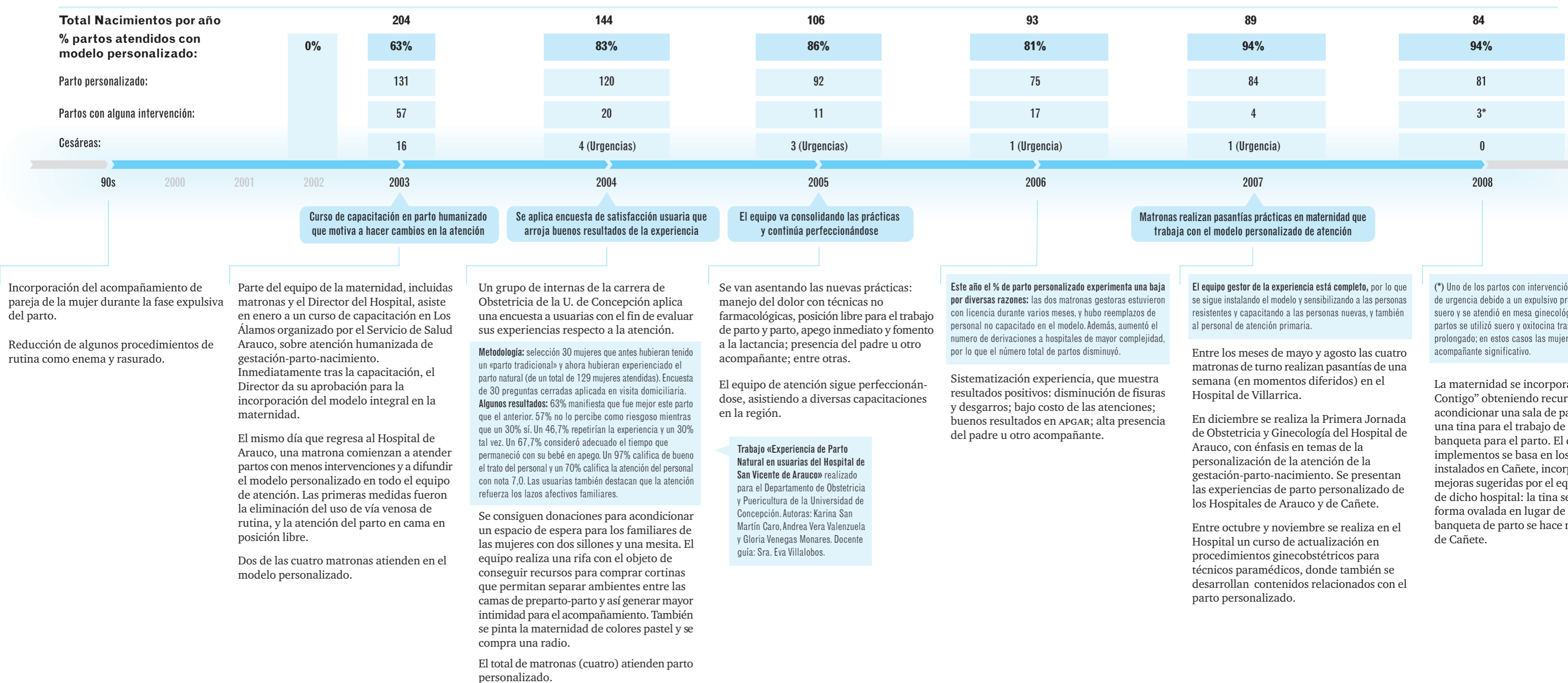
*Cesáreas sólo de urgencia; partos de riesgo se derivan a los Hospitales de Curanilahue, de Coronel y al Hospital Regional (Concepción).

Parto personalizado: este equipo entiende por parto personalizado una atención sin enema ni rasurado (sólo recorte de vello en algunos casos), posibilidad de acompañamiento en preparto y parto, ingesta de líquidos y alimentos blandos en trabajo de parto, alternativa de atención en cama en posición libre (no mesa ginecológica), uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor (masajes, ejercicios respiratorios, movimientos pélvicos, balón kinésico), uso de óxido nítrico cuando la usuaria lo desea, sin uso de vía venosa ni ocitocina, sin episiotomía, RAM en algunos casos (sólo con más de 6 cms. de dilatación), en el expulsivo se espera la rotación y salida espontánea del bebé. Contacto precoz piel a piel inmediato, por dos horas, tras las cuales se realiza la atención al recién nacido. Parto es atendido por una matrona y asistido por una técnico paramédico. El médico está presente en el expulsivo (cuando es posible), sólo como observador, y después de dos horas realiza el primer examen físico al recién nacido.

Partos con alguna intervención: para este equipo de atención, se trata de partos en los que se decide realizar alguna intervención, en algunos casos mínima, como vía venosa por la necesidad de administrar algún medicamento. Estos partos en un principio eran atendidos en mesa ginecológica, sin embargo ahora sólo se atiende en cama.

A. Hospital de Arauco: Proceso de implementación

En el Hospital de Arauco el cambio de modelo de atención ocurrió en sólo un año, en el cual se pasó de una atención tradicional del parto (intervencionista) a una más respetuosa con la fisiología y necesidades de la mujer, el niño o niña que está naciendo y su familia.



B. Hospital de Arauco: Prácticas destacadas

Yo creo que fue bien fluido, a lo mejor al principio fue solamente una matrona la que lo hacía, y empezó a mostrarle a los demás que los pacientes quedaban perfecto y las guaguas también, y luego a lo mejor la mitad de las matronas empezaron a atender sus partos aquí en la cama, sin episiotomía, y como ya empezaron a ver que la cosa le iba funcionando a ella, los demás se fueron enganchando (técnico paramédico).

Comienzo de la experiencia en forma inmediata tras una capacitación en el modelo personalizado:

En este caso, una matrona –con el apoyo del Director del Hospital– comienza a implementar algunos cambios de inmediato y a socializar a todo el equipo en el modelo.

Yo incluso después de ese curso me quedaba un turno, tenía pacientes en la noche, yo llegué acá, y si bien muchas cosas son paulatinas y toman su tiempo, hay cosas que las fuimos haciendo ahí mismo... Lo que fue así de golpe fue llegar en ese turno de noche y decir: «no, no prepare suero, desde hoy día no va a haber de rutina un suero cuando la paciente inicie su trabajo de parto». Empezamos también con el parto vertical, y bueno fuimos involucrando al grupo. Y partimos así, con dificultades, en la parte técnica igual, habían doctores que... costaba también porque el director que había ido quedó re-entusiasmado, pero el resto de los médicos decían: «qué pasa en una emergencia, si necesita la intravenosa», pero igual no más, así partimos (matrona).



Entrada Hospital de Arauco | MS

Pasillo que conecta salas de maternidad con sector de preparto y parto | MS



Sala de preparto y parto | MS

Futura sala de atención integral del parto | MS



Uso de infraestructura existente de forma flexible:

El punto de partida de la experiencia consistió en readecuar las prácticas a los recursos disponibles, sin permitir que la infraestructura inadecuada fuera un obstáculo para el cambio. Paulatinamente y en forma creativa el equipo fue consiguiendo recursos para comprar nuevos implementos, y tras cinco años consiguió recursos para cambios más importantes como la habilitación de una sala integral de atención. Al no contar con elementos especiales para atender el parto vertical, se utilizaron las camas de parto para dicho fin: sobre la sábana de la cama se coloca otro hule (además del que protege al colchón) y una sabanilla. Si la mujer está en posición sentada o de lado, en el momento del expulsivo se coloca el campo estéril y una chata bajo el mismo para recibir la placenta y los fluidos. Si la mujer está en otra posición (por ejemplo, cuclillas), la chata se coloca en el alumbramiento, cuando la mujer se ha acomodado de cúbito dorsal. Luego se realiza la revisión y asepsia de genitales, tras lo cual se retira la chata y el hule, quedando la mujer con ropa de cama limpia y seca por las siguientes dos horas de puerperio inmediato y contacto precoz piel a piel con su bebé. En estas dos horas permanece acompañada por su(s) familiar(es), sólo interrumpida para controles de puerperio.

Nosotros no contábamos con el pisito, digamos, no contábamos con la parte tecnológica que tienen para atender el parto vertical en Europa o en Chile en algunos lugares donde lo han podido hacer, pero dijimos, bueno, pero sí podemos usar la misma cama que tenemos de pie. Era incómodo quizás del punto de vista nuestro, pero si nosotros teníamos las ganas, por qué no hacerlo (matrona).

Difusión del ahorro económico que implica el modelo personalizado:

Además de la sistematización de los indicadores biomédicos del modelo, que mostraron que las prácticas incorporadas no implicaban nuevos riesgos, se midió el impacto económico que significaba dicho cambio, demostrándose que reduce considerablemente los costos de atención.

El 2004 en Concepción hubo una presentación, hubo un curso, y nosotros presentamos nuestra experiencia del año, y se presentó por una parte la experiencia, mostrando el parto natural que les decimos nosotros, y mostramos episiotomía y fisuras de los niños para que vieran que no había diferencia, y mostramos que no importa la paridad ni cuantas hijos tuviera la señora; pero además mostramos el costo, el ahorro que había tenido el hospital, comparando el año anterior, la misma fecha y todo... no es sólo que dejamos de hacer episiotomías y las mujeres no se rajaban, sino que a la vez era menos caro... Entonces hay varias cosas que era ahorro, imagínate, si lo presentas a la gente como que estamos ahorrando, la gente está feliz (matrona).

II

LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE CAÑETE

En el Hospital de Cañete, los procesos de aprendizaje del personal de salud a través de cursos, seminarios y pasantías en otros hospitales del país y del extranjero fueron clave para la implementación del modelo personalizado de atención de gestación-parto-nacimiento.

Se trata de una experiencia muy interesante en la cual una matrona fue la gestora del cambio de enfoque en la maternidad: tras realizar una pasantía en España, diseñó un plan piloto para implementar el modelo personalizado en Cañete. Junto a otras personas, tuvo la sensibilidad de entender que el cambio sólo era posible si se integraba a todo el personal de atención en un proceso de aprendizaje similar al que ella personalmente vivió.

Cañete

Institución:	Hospital Ricardo Figueroa González, Cañete. Servicio de Salud Arauco. Hospital de baja complejidad.
Nombre Experiencia:	Personalización del proceso reproductivo.
Nº total nacimientos al año	2006: 306 2007: 290 2008: 135 (enero a junio)
	*Cesáreas sólo de urgencia; partos de riesgo se derivan a los Hospitales de Curanilahue, de Coronel y al Hospital Regional (Concepción).



● Entrada Hospital de Cañete | MS

Pasillo que conduce a maternidad ● | MS



A. Hospital de Cañete: Proceso de implementación

1

Primeros pasos:

A fines de la década de los noventa se comienza a incorporar el acompañamiento de la mujer durante la fase expulsiva del parto. Se reducen algunos procedimientos de rutina como el enema y rasurado de vello púbico.

2

Participación de la matrona gestora de la experiencia en cursos y pasantías:

En el 2004, la matrona gestora de la experiencia asiste a la "Primera Jornada Internacional, Humanización del Parto y Nacimiento", realizada en la Universidad de Concepción. Ahí conoce al Dr. Enrique Lebrero, director de la Clínica Acuario, (España), donde se atiende parto personalizado. La matrona se contacta con Dr. Lebrero para realizar una pasantía en su clínica, a la que asiste al año siguiente. El Servicio de Salud, en conocimiento de esta actividad, le pide que a su regreso genere una estrategia para implementar el parto personalizado en el Hospital de Cañete.

Durante el mismo período, otros miembros del equipo de la maternidad también asisten a cursos y talleres sobre atención personalizada del nacimiento en la VIII Región.

3

Difusión de proyecto de implementación:

A su regreso a Chile, la matrona presenta la experiencia de España y un proyecto piloto para implementar en la maternidad del Hospital de Cañete llamado "Personalización del Proceso Reproductivo" en diversas jornadas de trabajo con equipos de maternidades de la región. El proyecto busca lograr la implementación de la humanización del parto en el hospital de Cañete, promover la satisfacción usuaria de la madre, mejorar el apego del recién nacido y fomentar la incorporación de la familia en el proceso del parto.

Al comienzo del proceso hay resistencia de parte del personal de salud del Hospital de Cañete, que considera que no cuenta con las herramientas necesarias para el cambio de modelo. Para derribar estas resistencias, todas las matronas realizan pasantías en el Hospital de Villarrica gracias al apoyo económico del Servicio de Salud Arauco, lugar que ya había implementado el nuevo modelo de atención. Tras las pasantías, se logra que el equipo del Hospital de Cañete comprenda la importancia de implementar el modelo personalizado, y cuente con las herramientas empíricas para hacerlo.

4

Acondicionamiento de sala integral de atención de parto:

Durante el año 2007, dentro de la maternidad se habilita un lugar especial y privado que cuenta con una pieza de preparto con dos camas, y una sala de parto. El equipo de salud gestiona donaciones para acondicionar estos espacios: se instalan cortinas para evitar que entre mucha luz y mantener un ambiente acogedor e íntimo, y se pintan los muros de color amarillo pálido. Se repara el piso y cubre con flexit imitación madera, que es acogedor y fácil de limpiar. La sala de parto se acomoda para realizar apoyo no farmacológico al trabajo de parto, y atender partos en posición vertical: se manda a hacer una cama de parto de madera, en base al modelo de la Clínica Acuario; una silla para parto vertical y una tina, ambas de fibra de vidrio. La tina se utiliza para relajación durante el trabajo de parto (no se atienden partos en agua). También se cuenta con la opción de parto en silla ginecológica en caso de ser necesario. En la habitación también está la cuna de atención para el recién nacido, y hay una estufa eléctrica para mantener el calor.

5

Plan piloto:

Entre enero y abril de 2007 se realiza el plan piloto. El proceso de parto se atiende en un ambiente acogedor, temperado, privado, en silencio y con luz tenue. Se promueve el acompañamiento de la mujer, y es ella quien escoge la posición para el parto. Además se restringe la realización de la episiotomía, se corta el cordón una vez que deja de latir y se favorece el contacto piel a piel del recién nacido con su madre.

En cuanto al manejo del dolor, se utilizan estrategias como la deambulación, la masoterapia, el uso del balón kinésico, la tina con agua tibia y la contención emocional por parte del equipo de salud.

El total de partos analizados en el proyecto piloto fue de 90 casos, de los cuales 45 se atendieron en posición vertical y 45 en posición horizontal. Se practicaron 5 episiotomías en los partos verticales, mientras que en los horizontales se practicaron 19. El promedio de duración del trabajo de parto fue menor en los partos verticales: 150,6 minutos en promedio para partos verticales, y 302,7 para partos horizontales. Asimismo, el tiempo de duración del expulsivo fue de 13,9 minutos en promedio para partos verticales, y de 21,06 minutos para partos horizontales.

6

Instalación paulatina del modelo:

Tras el plan piloto, las prácticas del modelo personalizado se van consolidando paulatinamente en el equipo de atención de la maternidad. Se constata que al privilegiar el parto vertical no es necesario realizar episiotomías, que si hay desgarros son de menor grado que las que se producen al atender en mesa ginecológica, y que el periodo expulsivo es menor en un parto vertical. Además, la satisfacción usuaria mejora considerablemente.

B. Hospital de Cañete: Prácticas destacadas

Proceso de sensibilización a todo el equipo de atención del Hospital:

Antes de implementar el cambio de modelo, la matrona impulsora de la experiencia, con apoyo de Servicio de Salud, generó un programa de sensibilización que integró no sólo al Hospital de Cañete, sino también a otras instituciones de salud de la región. La participación en dichas jornadas de las jefaturas de los Hospitales y de personas del Servicio de Salud Arauco fue clave, pues mostró que se trataba de un tema de relevancia.

Había un programa de sensibilización, en todos los lugares. Recorrimos todos los hospitales donde ella hizo presentaciones, le hicieron preguntas, y ella está muy entusiasmada, muy comprometida, así que eso fue muy bueno. Ya viendo a alguien que está trabajando en el tema, que es de aquí, que fue, que les trajo pruebas de lo bueno que es, fue un refuerzo bien importante (profesional SS Arauco).

Hicieron una pasantía todas las colegas, tres días en Villarrica cada una. Después de eso súper, súper bien, se convencieron totalmente; he escuchado comentar entre ellas: «yo no me convencí hasta ver en Villarrica un caso» (matrona, Hospital de Cañete).

Pasantías de matronas en un hospital que ya había implementado el modelo personalizado:

Estas pasantías derribaron las resistencias existentes en las matronas, y las convencieron de la importancia del cambio.

Un elemento clave fue que en el Hospital de Villarrica, donde se realizaron las pasantías, un médico obstetra era el encargado y líder de la experiencia, lo que otorgó mayor credibilidad al modelo.

Una de las cosas que le dio credibilidad a esa experiencia fue que en Villarrica es un médico el encargado, y no una matrona, y eso le da como más peso. Además no es alguien «de la casa», se trata de otro lugar entonces la cosa va tomando más peso todavía (matrona, Hospital de Cañete).

La idea es que se sientan como en una alcoba en su casa, tranquilos, relajados, si quieren meterse al agüita, entra al agua, si se quiere salir se sale del agua, con una idea de dar al usuario a elegir lo que quiera (matrona, Hospital de Cañete).

Acondicionamiento de sala integral de atención:

El equipo gestor de la experiencia consideró que era esencial contar con un espacio adecuado para acoger a la mujer gestante y su acompañante, y hacerlos sentir cómodos. Se hicieron muchos esfuerzos en conseguir recursos para acondicionar la sala de parto, que resultaron en un espacio muy íntimo y acogedor.

He visto cómo las pacientes llegan espontáneamente y me dicen: «qué buena la atención del Hospital de Cañete; qué bien me atendieron y hay una sillita para atender el parto, y la sala nueva es espectacular, y ahora dejaron que entrara mi esposo, mi mamá». Les llama harto la atención, la sala, que se sienten mejor, lo sienten como un lugar que las ayuda a tener sus guaguas (matrona consultorio rural, VIII Región).



C. Hospitales de Arauco y Cañete: Claves de los procesos

Apoyo de las Direcciones de los Hospitales y del Servicio de Salud

Sensibilización de todo el personal de la maternidad

Autogestión de recursos para realizar mejoras en infraestructura y equipamiento de la maternidad

Etapas de adquisición gradual de competencias y herramientas para implementar el modelo personalizado de atención: sensibilización, capacitación, pasantías

Énfasis en el cambio de prácticas, utilizando la infraestructura existente y sin necesidad de grandes reformas al espacio ni uso de muchos recursos (Arauco)





MATERIAL COMPLEMENTARIO

Sitios web recomendados

Los siguientes sitios web corresponden a organizaciones y ONG que centralizan información actualizada sobre el parto personalizado. Entre otras cosas, estos sitios informan sobre cursos, congresos y actividades de diverso tipo vinculadas con el tema, y contienen vínculos a otros sitios de interés y a bibliografía especializada.

Red Chilena por la Humanización del Parto y Nacimiento:

www.nuestroparto.cl

Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento:

www.relacahupan.org

Fundación Creavida, Argentina:

www.fundacioncreavida.org.ar

Asociación Dando a Luz, Argentina:

www.dandoaluz.net

Red Brasileira por la Humanización del Nacimiento:

www.rehuna.org.br

Midwifery Today:

www.midwiferytoday.com

Editorial Ob Stare:

www.obstare.com

Web de Asociación española con información para la humanización del parto:

www.elpartoesnuestro.es

Bibliografía recomendada

Se recomienda leer el trabajo de la antropóloga norteamericana **Robbie Davis-Floyd**, especializada en el estudio cultural de sistemas de nacimiento. Su tesis de antropología (El nacimiento como rito de pasaje norteamericano) se convirtió en un libro muy importante para discutir la hegemonía del modelo intervencionista de atención del nacimiento.

Los siguientes artículos se encuentran traducidos al español en su página web:

www.davis-floyd.com

- «[Los Rituales del Parto Hospitalario Americano](#)» (The Rituals of American Hospital Birth). En, *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8ª ed., David McCurdy (ed.), HarperCollins, Nueva York, 1994, pp. 323-340.
- «[El Aprendizaje de la Obstetricia como Rito de Paso](#)» (Obstetric Training as a Rite of Passage). En, *Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society*, Robert Hahn (ed.), número especial del Medical Anthropology Quarterly, vol. 1, N° 3, 1987, pp. 288-318.
- «[El Modelo Tecnocrático del Parto](#)» (The Technocratic Model of Birth). En, *Feminist Theory in the Study of Folklore*, Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (eds.), University of Illinois Press, 1993, pp. 297-326.

Tabla de prácticas obstétricas recomendadas

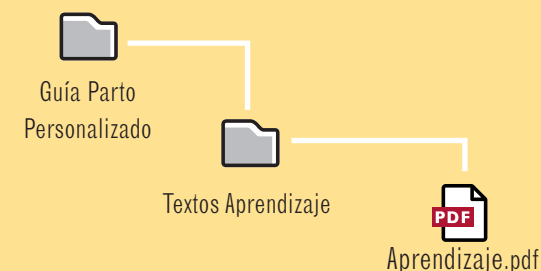
Al final de esta guía, junto con el CD, se encuentra un poster desplegable que contiene (por uno de sus lados) una tabla de prácticas obstétricas recomendadas. Se trata de una tabla en la cual se presentan algunos procedimientos que se siguen practicando pese a que no existe evidencia que los respalde, y se muestra la evidencia actualizada y las recomendaciones frente a cada uno de ellos. Si bien la evidencia científica que apoya el modelo personalizado de atención es un tema que se discute en profundidad en el capítulo de «evidencia», se considera importante incluir este tipo de material en los procesos de aprendizaje, para instalar la noción de que se trata de un modelo que cuenta con toda la evidencia científica a su favor.

Dinámicas para trabajo grupal

Dentro del CD que se encuentra al final de la guía, en el capítulo de «Aprendizaje», se encuentra un archivo Word llamado «Dinámicas para trabajo grupal», donde se presentan algunas dinámicas grupales que pueden ser útiles en la realización de reuniones, talleres de trabajo, y/o capacitaciones. Se trata de dinámicas que apuntan a generar confianza y un ambiente de respeto para posibilitar el trabajo de contenidos relacionados con la personalización de la atención de la gestación-parto-nacimiento. Las dinámicas son un aporte de la matrona y psicóloga Marcia Riveros.

Capítulo Aprendizaje:

Buscar en el CD el PDF «Aprendizaje.pdf»





NDIZAJEDIAGNOSTICOSENSIBILIZACION
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANAM
SIBILIZACIONAPRENDIZAJEDIAGNOSTICO
MPANAMIENTO **EVIDENCIA** INTERCULTURA
GNOSTICOSENSIBILIZACIONEVIDENCIAIN
IZAJEDIAGNOSTICOACOMPANAMIENTOIN
TURALIDADACOMPANAMIENTOSENSIBIL

I EVIDENCIA

¿Qué plantea la evidencia científica acerca de la atención de gestación-parto-nacimiento?
¿Qué implica utilizar la evidencia en la atención de la gestación-parto-nacimiento?

II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE VILLARRICA

A. Hospital de Villarrica: Proceso de implementación

1. Eliminación de prácticas no justificadas
2. Capacitación y sensibilización del personal de salud
3. Construcción del primer implemento para el parto vertical
4. El equipo se va sumando a la experiencia
5. Se celebra un año de parto vertical difundiendo los resultados
6. Mejoramiento de la infraestructura
7. Sistematización y difusión de la experiencia

B. Hospital de Villarrica: Prácticas destacadas

C. Hospital de Villarrica: Claves del proceso

III MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Dónde encontrar evidencia
- Bibliografía recomendada
- Autores recomendados
- Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento, Declaración de Fortaleza 1985
- Cuidados en el Parto Normal: una Guía Práctica, OMS 1996

¿Qué plantea la evidencia científica acerca de la atención de gestación-parto-nacimiento?

Hace más de dos décadas (1985) que la oms divulgó las Recomendaciones para la Apropriadada Tecnología del Nacimiento donde se señalaban aquellos procedimientos que eran beneficiosos, perjudiciales o que no tenían mayor incidencia en el proceso (estas recomendaciones completas se presentan al final de este capítulo, en «material complementario»).

Desde entonces, la evidencia generada sigue respaldando la implementación de modelos de atención menos intervencionistas, sin embargo, la apropiación y puesta en práctica de las recomendaciones emanadas de la evidencia ha sido lenta.

En este sentido, uno de los obstáculos para la implementación del modelo personalizado está dado, muchas veces, por el desconocimiento de la evidencia actualizada, lo que consecuentemente hace dudar de las nuevas prácticas utilizadas y de su efectividad.

En las resistencias te dicen que no hay literatura, que no hay evidencias científicas multi-céntricas, estudios con alta significación estadística que digan que eso es bueno y que está asociado a buenos resultados en salud (matrona, Región Metropolitana).

Hay factores que amenazan, por ejemplo, existe todo un grupo que está con la medicina basada en evidencia que dicen que esto nadie lo ha demostrado, que para qué vamos a cambiar si lo estamos haciendo tan bien, si hemos disminuido la mortalidad materna, la mortalidad perinatal... (matrona, Región Metropolitana).

Otro obstáculo para el cambio de modelo, ha sido la idea de que un modelo menos intervencionista significa un «retroceso» en la atención de la gestación y el parto. En un contexto en el cual la biomedicina avanza de la mano del desarrollo y uso de sofisticada tecnología, y donde además el personal de salud ha sido formado en un modelo de intervención constante, muchas veces resulta difícil comprender que ahora se promueva lo contrario. En este sentido, el modelo personalizado ha sido leído por algunas personas como una vuelta atrás.

Algunas personas se están confundiendo, no queda claro, ¿en el fondo se está volviendo hacia atrás? Pareciera que estuviéramos volviendo hacia atrás en el parto humanizado; no poner esto, no poner esto otro (obstetra, Región Metropolitana).

A ver, por lo general la mitad de las colegas que no enganchan es porque ellos quieren tecnología, tecnología, tecnología. El otro día una colega en una reunión, dijo, por ejemplo «yo me opongo a volver atrás» (obstetra, Región Metropolitana).

En algunos casos, esta percepción es compartida por las usuarias, quienes también han sido socializadas en el modelo intervencionista de atención, y consideran que una atención segura es aquella que utiliza tecnología y realiza constantes intervenciones.

Y por otro lado, hay algunas personas que encuentran que esto es así como volver a ser como cavernícolas, más o menos. Y lo curioso es que hemos encontrado algunas mamás que también dudan, sobre todo si son multíparas que ya han tenido la otra experiencia; no les queda claro por qué ahora se nos ocurre que es de otra forma y no se convencer de que sea mejor (matrona, Región Metropolitana).

Para ir instalando el modelo personalizado de atención tanto entre personal de salud como entre personas usuarias, es importante insistir en que la evidencia es clara y contundente en plantear la necesidad de implementar modelos menos intervencionista y más respetuosos con la fisiología de la gestación y el nacimiento, donde los protagonistas sean la gestante, el niño o niña que está naciendo, y su familia. En este sentido, el modelo personalizado implica estar «en la punta» de la evidencia y de la ciencia; y en ningún caso significa un «retroceso».

Cuando empecé a estudiar sobre esto, revisé mucha, mucha literatura. Y lo que más me llamó la atención fue que todos los procedimientos invasivos que nosotros hacíamos no tenían ninguna validez científica... Si uno se dedica a estudiar, no hay forma de no convencerse que lo que hacíamos hay que cambiarlo (matrona, VIII Región).

¿Qué implica utilizar la evidencia en la atención de la gestación-parto-nacimiento?

Basar las prácticas en evidencia científica implica **conocer la evidencia disponible, ponerla en práctica, y luego evaluar los resultados obtenidos**. Para acceder y conocer la evidencia científica disponible, se cuenta con mucha información y bibliografía en internet (ver «material complementario» al final del capítulo). Además, se cuenta con resultados de experiencias de implementación del modelo personalizado de atención en el contexto nacional, que se difunde en publicaciones especializadas, y en presentaciones en congresos y seminarios a lo largo de nuestro país.

Una vez que se accede a la información, es importante difundirla, discutirla y trabajarla en los equipos de salud para identificar las mejores estrategias para actualizar las prácticas e ir haciendo cambios en el modelo de atención. De la mano con la implementación de cambios, es importante **generar estrategias de sistematización y evaluación de las nuevas prácticas**, que sirvan para entregar insumos tanto a los propios equipos de salud como a la comunidad médico-sanitaria más amplia. Entre los casos estudiados en Chile se observa que la sistematización y difusión de los resultados obtenidos ha sido fundamental para consolidar y validar las experiencias de atención personalizada de gestación-parto-nacimiento frente a los pares.

Los primeros tres meses que atendimos parto vertical, hicimos un estudio preliminar, porque presentamos el trabajo en un congreso de matronas. Y en el 2004 hicimos una evaluación cualitativa, en esta oportunidad de dos entrevistas en profundidad a mujeres que habían tenido partos anteriores en camilla, para ver la diferencia, y su opinión fue bastante positiva, en el sentido que la silla era un elemento facilitador para el parto, porque para ellas era mucho mejor, más fácil. Pujaban mejor, la participación de la pareja era más fácil. Nadie les había dicho que pujaran, todo había sido en silencio, sin luz. Todo eso les llamaba la atención (matrona, IX Región).

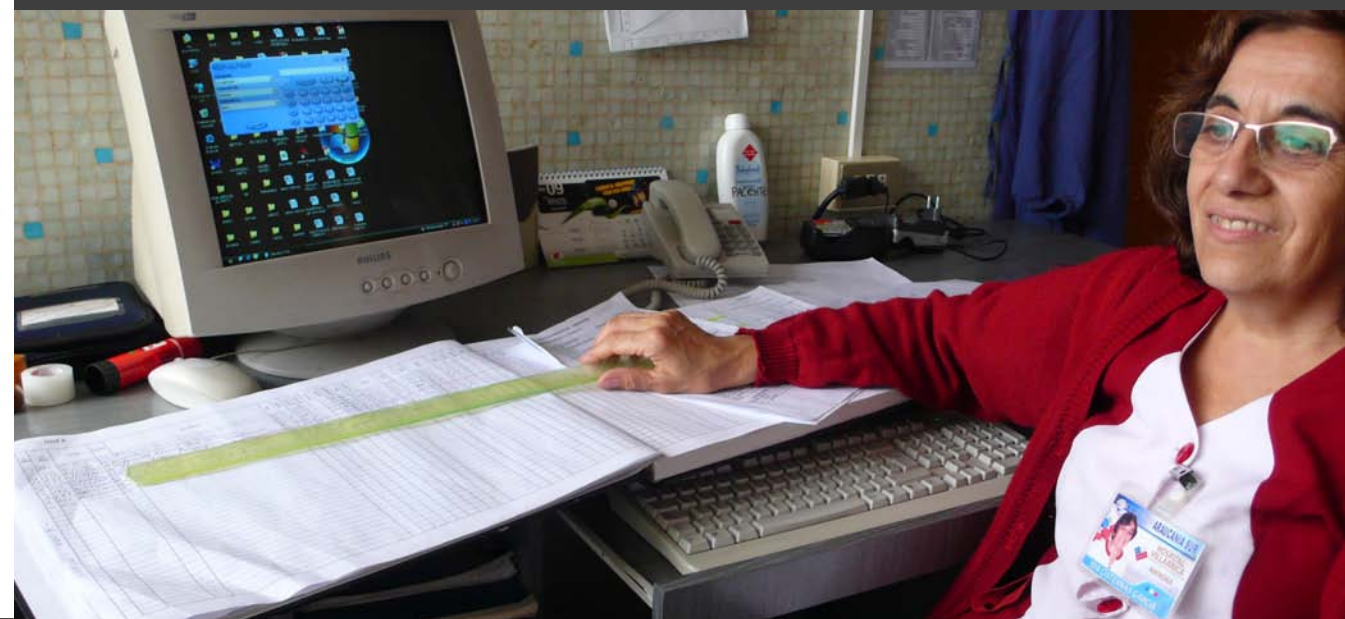
La utilización y difusión de la evidencia es una manera de ir involucrando a profesionales que se muestran resistentes y que no confían en la necesidad o utilidad de las prácticas menos intervencionistas de atención. Cuando las transformaciones se basan en la efectividad y beneficios probados en la práctica clínica, el cambio se convierte en una necesidad para la salud y bienestar de las personas.

Primero yo creo que hay que trabajar en sistematizar y tratar de ser metodológicamente lo más perfecto posible en lo que uno publique, demuestre, etc. Porque eso es lo que llega a la gente que toma las decisiones. O en este caso lo que podría llegar a convencer a los médicos de por qué vamos por esta línea de trabajo y no otra (matrona, I Región).

Cuando yo hacía charlas sobre el vínculo madre-hijo y me dedicaba a hablar de lo bonito que era y de la fisiología del vínculo y todo eso, por mucho que era muy real y estaba todo respaldado, era lindo no más. Pero cuando tú les dices «este trabajo demuestra que en la base Cochrane hay evidencias de...», empiezan a tener que convencerse de que es algo más que sólo bonito... (neonatólogo, Región Metropolitana).

Aquí para lograr este programa del apego me tuve que convencer a los obstetras con muchos problemas y autoconvencerme yo, y tuve que hacer una mezcla del Ministerio de Salud con las normas ministeriales con toda la evidencia del apego del mundo para darle más validación al documento, porque si no yo no me estaba validando... nosotros trabajamos en salud entonces tenemos que tener claro el respaldo que hay para lo que hacemos, tenemos que ir de la mano con eso (matrona, I Región).

Matrona sistematizando información del libro de parto | JG



II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE VILLARRICA

Una experiencia en nuestro país que utiliza la evidencia científica disponible para avalar el cambio de modelo de atención de gestación-parto-nacimiento, es la maternidad del Hospital de Villarrica. Esta experiencia se ha constituido en fuente de información sistematizada y referente para el cambio de otros centros de salud del país.

Le experiencia consiste en brindar atención al parto procurando evitar la intervención y medicalización incesaria del proceso, renovando las prácticas de atención en base a la evidencia científica y recomendaciones de la oms. El proceso de cambio implicó importantes cambios en la forma de asistir los partos por parte del equipo y también reformas en la

infraestructura de la maternidad. El equipo de salud cambió la forma de entregar la atención para centrarse en el apoyo de la mujer y su hijo o hija como protagonistas del proceso, respetando los ritmos y fisiología del mismo, y generó un espacio propicio para el apego inmediato entre el recién nacido y sus padres. Con respecto a la infraestructura, se reformó la maternidad; el área de partos se adecuó para acoger al acompañante significativo y propiciar que la mujer pudiera deambular libremente, y en la sala de parto se hicieron cambios para generar un ambiente íntimo y acogedor, disminuyendo estímulos externos como luces y sonidos.

Villarrica

Institución:	Hospital de Villarrica, Servicio de Salud Araucanía Sur. Hospital de mediana complejidad, Hospital nodo con áreas de influencia de las comunas de Loncoche, Pucón y Currarehue.				
Nombre Experiencia:	Nacimiento humanizado en servicio de salud público.				
Datos:	N° total nacimientos al año	Eutócicos	Césareas	Fórceps	
	2004	805	67,7%	31,4%	0,9%
	2005	743	70,4%	29,3%	0,3%
	2006	736	69,2%	29,6%	1,2%
	2007	750	64,3%	35,3%	0,4%
	2008	841	68,4%	31,5%	0,1%

● Puerperio Maternidad, Hospital de Villarrica | JG



● Matronas en un descanso | JG



A. Hospital de Villarrica: Proceso de implementación

1

Eliminación de prácticas no justificadas:

Una de las primeras prácticas implementadas es la incorporación del acompañante significativo al expulsivo del parto, lo que poco a poco se amplía hasta incorporarlo desde el parto activo. Esto ocurre de la mano de cambios orientados a mejorar la acogida a la gestante y su familia, promoviendo un trato más afectivo, paciente y respetuoso.

El equipo de la maternidad comienza a internalizar muchas de las recomendaciones derivadas de la evidencia científica. Paulatinamente se va eliminando el uso rutinario de enema, rasurado púbico, infusión intravenosa, rotura artificial de membranas, episiotomía, y de posición litotómica para el parto. En el caso del recién nacido se fomenta el apego temprano, se evita la aspiración de secreciones, el corte inmediato de cordón umbilical, se deja de estimular el llanto y se restringe la profilaxis ocular sólo a los casos en que puede haber infección durante el parto o deposiciones maternas.

2

Capacitación y sensibilización del personal de salud:

En el año 2003, matronas del Hospital de Villarrica asisten a cursos sobre Preparación para el Parto y Parto Humanizado en Temuco, a partir de lo cual surge la idea de sensibilizar a la totalidad del equipo de la maternidad en estas temáticas. Se organiza así un encuentro en Villarrica sobre atención humanizada del nacimiento donde exponen dos matronas y un neonatólogo. Estas instancias permiten instalar los fundamentos teóricos para el cambio y resultan fundamentales para motivar al equipo al cambio.

Un año después, parte del equipo de la maternidad asiste a un congreso sobre Parto Humanizado en Brasil, lo cual los pone en contacto con experiencias internacionales y permite fortalecer el propio trabajo realizado hasta la fecha. En dicho viaje también se observan implementos de parto que luego son replicados en Villarrica, como una silla de parto vertical.

3

Construcción del primer implemento para el parto vertical:

Con el diseño traído de Brasil, un artesano de Villarrica construye la silla de madera para el parto vertical, que es puesta en la sala de parto ese mismo año (2004), reemplazando una de las dos mesas ginecológicas que antes había. En un comienzo el nuevo implemento genera algunas resistencias: se duda de su esterilización y de la factibilidad de atender partos en posición vertical. No obstante, poco

4

El equipo se va sumando a la experiencia:

El equipo de la maternidad se va incorporando de manera paulatina al cambio de modelo. Un elemento clave que propicia el cambio es el re-encantamiento con la propia profesión al visualizar la importancia del cambio que se está generando: las usuarias mejoran su percepción de la atención, las familias se incorporan en el proceso, los resultados biomédicos mejoran, entre otros resultados positivos.

5

Se celebra un año de parto vertical difundiendo los resultados:

En junio del 2005 el equipo convoca a una reunión en el Hospital con profesionales de Villarrica y de distintos lugares del país, para celebrar el primer año de implementación del modelo menos intervencionista, destacando la atención de parto vertical. En el encuentro se muestran los resultados y aprendizajes de la experiencia, que indican las ventajas del modelo por sobre el modelo previo, entre las que destacan la disminución del periodo expulsivo, una reducción en el uso de episiotomías, de cesáreas y partos instrumentalizados. Lo anterior se traduce en un aumento significativo en la satisfacción de las usuarias de la maternidad. Este encuentro marca un hito importante para el equipo porque se valida su trabajo y se potencia su continuidad.

6

Mejoramiento de la infraestructura:

La infraestructura y ambiente de la maternidad se va modificando en línea con los nuevos requerimientos. Se incorpora un balón kinésico y se agrega una cama de parto con respaldo, a la que se le pueden adosar las pierneras en caso de que sea necesario examinar el periné con mayor claridad. En esta cama se realiza el apego temprano. También se adecúa el baño para que la parturienta pueda utilizar la tina con agua caliente durante el trabajo de parto, elevando la altura –y profundidad– de la tina para que la mujer quede cubierta de agua hasta los hombros.

7

Sistematización y difusión de la experiencia:

A medida que la experiencia avanza, continúa sistematizándose y evaluándose. El equipo de la maternidad participa en congresos y reuniones donde se difunden sus logros y aprendizajes. Las transformaciones van consolidándose y la experiencia se hace conocida y valorada fuera del Hospital. Producto de esto, la maternidad abre sus puertas a pasantías para el personal de otros hospitales que quieran aprender de su experiencia, intercambio que ha permitido que otras maternidades incorporen elementos de esta modalidad de atención en sus prácticas.

Datos proporcionados por Hospital de Villarrica

Posiciones partos eutócicos y lesiones perineales

	%	2004	2005	2006	2007	2008
Litotomía		21,8	13,6	14,2	11,4	14,3
Verticales		78,2	86,4	85,8	88,6	85,3
Silla		93,1	90,5	86	88,5	76,8
Cuclillas		6,9	9,3	11,2	7,5	14,2
Otros (rodillas, de pie, en cama)		0	0,2	2,8	4	9
Lesiones perineales en parto vertical						
Episiotomía		7,7	7,1	9,4	2,7	0,6
Desgarro I grado		51	49,7	49,8	52,5	51,1
Desgarro II grado		5,1	8,4	11,2	9,3	11,5
Desgarro III grado		0,8	—	0,4	1	0,8
Fisuras		12,4	17,7	13,7	17,5	16,8
Genitales indemnes		22,7	19	20,5	17	19

Acompañamiento

	%	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Acompañamiento en el parto		45	59,3	63,1	70,1	77,9	79,6

Episiotomía

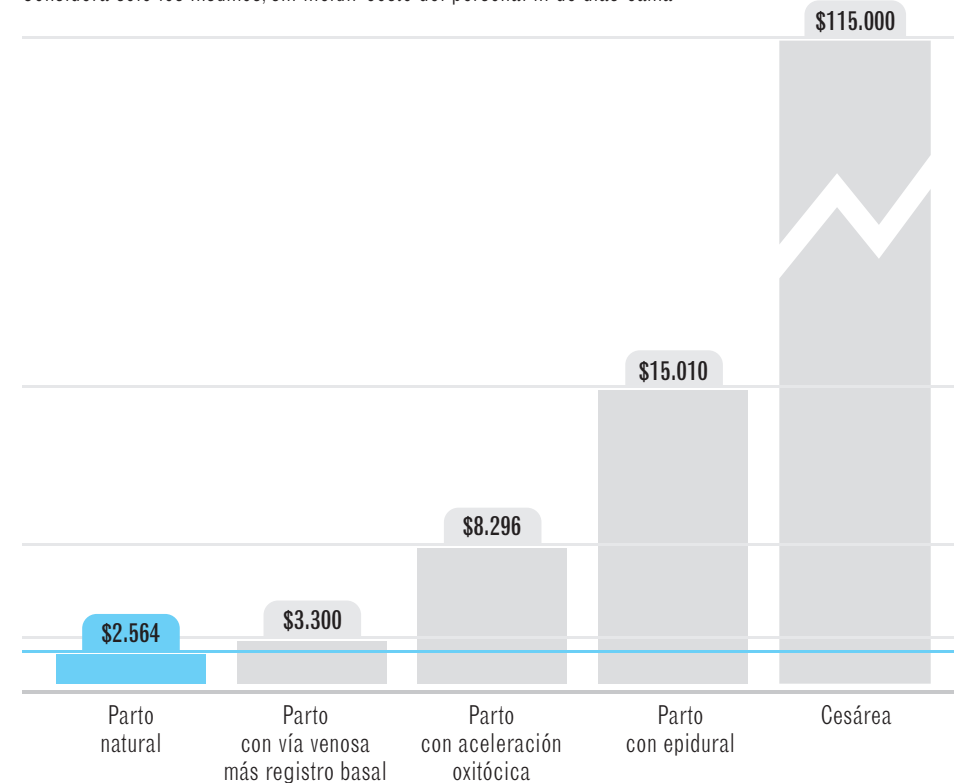
	%	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Episiotomía total partos		74	38,75	11,1	10,2	5,4	3,5

Puntaje APGAR

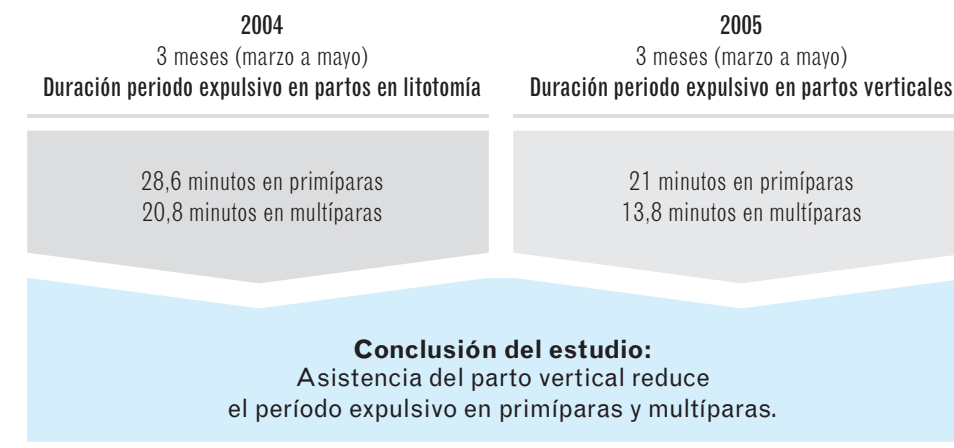
	Litotomía 2000 - 2004		Vertical 2004 - 2008	
	NY	%	NY	%
1 Minuto				
1 - 3 puntos	22	1	5	0,2
4 - 6 puntos	52	2,3	34	1,7
7 - 10 puntos	2194	96,7	1991	98,1
5 minutos				
1 - 3 puntos	1	0,04	1	0,04
4 - 6 puntos	13	0,6	4	0,2
7 - 10 puntos	2254	99,3	2025	99,7

Costo distintas modalidades de atención de parto, año 2005:

Considera sólo los insumos, sin incluir costo del personal ni de días-cama



Estudio duración periodo expulsivo, parto vertical vs. parto en litotomía



B. Hospital de Villarrica: Prácticas destacadas

El médico jefe de la maternidad comparte permanentemente material y evidencia respecto a la atención de partos, lo que fomenta el cambio y respalda e incentiva al equipo para generar mejoras.

El doctor nos trajo material de Santiago, unos libros de Michel Odent, que es pionero de toda la humanización en Europa. Y leímos esos libros. Después el doctor comenzó a bajar información de internet, y nos iba dejando papelitos (matrona).

El equipo de salud incorpora la práctica de buscar más información y actualizar sus conocimientos a partir de la evidencia disponible.

Y ahí, luego yo empecé a investigar en internet, lo de la humanización, y empezamos a encontrar que la OMS tenía todos estos postulados desde el año 85, ¿cierto? Recomendaciones sobre la tecnología apropiada del parto. Y empezamos a estudiar, a bajar todo (matrona).

Y es lo que nosotros hemos tratado de hacer: acoger a la madre, muchas veces con cariño suficiente para minimizar el dolor. Entonces el parto humanizado es un parto en el que ponemos mucho cariño, afecto, ternura. Y eso se ve tanto en el trato hacia la usuaria, como lo que ella vive en el momento del nacimiento (matrona).

Se procura generar un ambiente íntimo que permita la tranquilidad de la parturienta, su acompañante y el recién nacido:

se promueve la afectividad, el cariño y el respeto, la temperatura de la sala de parto se mantiene en los 26°C, se utiliza luz tenue, se promueve el silencio, no se estimula el llanto del recién nacido, no se aspiran las secreciones y el uso de colirio es restringido.

Fue descubrir el encanto y poder asistir a una madre que va a tener un parto, dejando un poco de lado tanto tecnicismo, tanto desapego, y quebrar paradigmas también que tienen que ver con la atención del usuario en el servicio público (matrona).

El equipo de salud sistematiza permanentemente los resultados de sus prácticas y los difunde en congresos y seminarios: además de indicadores de resultados obstétricos y de satisfacción usuaria, se incorporan criterios económicos, calculando los costos de los distintos tipos de parto.

La maternidad está abierta a la realización de pasantías para profesionales de otros centros de salud que están implementando el proceso de cambio.





📍 Sala de parto, Hospital de Villarrica | JG



C. Hospital de Villarrica: Claves del proceso

**Liderazgo y motivación del médico jefe
de la maternidad y entusiasta
incorporación del equipo**

**Proceso de aprendizaje autodidacta
del equipo de salud**

**Actualización de conocimientos a partir
de la evidencia internacional**

**Sistematización y difusión
de la experiencia y sus logros**



MATERIAL COMPLEMENTARIO

¿Dónde encontrar evidencia?

En internet se puede encontrar gran cantidad de material sobre la evidencia científica disponible para la atención de la gestación-parto-nacimiento.

La Biblioteca Cochrane es una colección de bases de datos que mantiene información de alta calidad para la toma de decisiones en el cuidado de la salud. La Biblioteca Cochrane Plus es una edición que contiene la traducción al español de revisiones sistemáticas completas; y se encuentra disponible en:

www.update-software.com/publications/clibplus/

Este sitio tiene un sistema de búsqueda muy sencillo donde se ingresa el tema de interés (parto, gestación, cesárea, episiotomía, etc.) y el sitio arroja un listado de investigaciones al respecto, mostrando un resumen y los resultados principales de cada una. Ejemplo de algunas revisiones disponibles dentro de la Biblioteca:

- Apoyo continuo para las mujeres durante el parto:
www.update-software.com/AbstractsES/ab003766-ES.htm
- Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto:
www.update-software.com/AbstractsES/ab002006-ES.htm
- Episiotomía en el parto vaginal:
www.update-software.com/AbstractsES/ab000081-ES.htm

Hay otras bases de datos con investigaciones y evidencia que pueden ser de utilidad. En su mayoría exigen suscripción y la información está en inglés, pero son una importante herramienta para estar al día con las investigaciones y sus principales resultados. A continuación listamos algunas de las principales:

UPTODATE: www.uptodate.com

MEDLINE: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

EMBASE: www.embase.com

Algunos sitios web especializados centralizan vínculos para encontrar información sobre evidencia en atención de gestación-parto-nacimiento. Un sitio recomendado (en inglés) es:

www.childbirthconnection.org; organización norteamericana que centraliza evidencia en el campo de la atención del nacimiento. En el menú derecho de la página de entrada, se encuentran los vínculos

«Evidence-based maternity care, resource directory» (Evidencia científica para los cuidados maternos, directorio de referencias), y «Systematic Reviews» (Revisiones sistemáticas).

Bibliografía recomendada

Evidencia para la atención de gestación-parto-nacimiento:

- *Evidenced-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve* (Cuidado Materno Basado en la Evidencia: lo que es y lo que puede lograr); Sakala, Carol y Maureen P. Corry. New York: Childbirth Connection, Reforming States Group y Millbank Memorial Fund, 2008. Disponible en:
www.milbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html
- *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (Nacimiento Normal: Evidencia y Debate); Downe, Soo. Oxford: Churchill Livingstone, 2008. Este libro se enfoca en la revisión de la evidencia que promueve el parto fisiológico sin intervencionismo innecesario, cubriendo una gran variedad de tópicos y discutiendo cómo se puede cambiar el modelo imperante. El libro se puede comprar a través de www.amazon.com.
- *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Guía para el Cuidado Efectivo de la Gestación y Nacimiento); Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Hodnett and Justus Hofmeyr. Oxford Press, 2000. Esta guía revisa los resultados de la investigación disponible sobre los efectos de prácticas de cuidado de la gestación y el nacimiento. El capítulo final resume todo el contenido del texto incluyendo seis tablas que clasifican cientos de prácticas de atención de la gestación y el nacimiento según su efectividad y seguridad. El libro completo en inglés se encuentra en el siguiente sitio web: www.childbirthconnection.org (en el menú derecho de la página de entrada, se encuentran el vínculo al libro, con el título del mismo).
- *Obstetric Myths versus Research Realities, A Guide to the Medical Literature* (Mitos obstétricos versus realidades de la investigación), Henci Goer. Greenwood Publishing Group, 1995. Este libro busca hacer accesible la literatura médica en materias obstétricas a todo tipo de público. Tras una introducción que entrega información básica sobre los tipos de estudios médicos y algunos conceptos estadísticos, se pasa a capítulos temáticos que comienzan por un «mito» para luego revisar la realidad que lo desmiente en base a la evidencia científica disponible, incluyendo abstracts de los estudios revisados. Algunos capítulos de este libro (en inglés) están disponibles en: <http://books.google.cl/> (en este sitio se escribe el nombre del libro y luego se presiona «buscar libros»).

Recomendaciones generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto. 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.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control 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.
- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.
- Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.

- 16 Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto.
- 17 Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
- 18 Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de una pequeña cantidad de sangre.
- 19 Esterilidad al cortar el cordón.
- 20 Prevención de hipotermia en el recién nacido.
- 21 Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
- 22 Examen sistemático de la placenta y las membranas.

Categoría B

Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas:

- 1 Uso rutinario del enema.
- 2 Uso rutinario del rasurado púbico.
- 3 Infusión intravenosa de rutina en el parto.
- 4 Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- 5 Posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación.
- 6 Examen rectal.
- 7 Uso de pelvimetrías mediante rayos X.
- 8 Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
- 9 Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
- 10 Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
- 11 Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
- 12 Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
- 13 Uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto.
- 14 Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
- 15 Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

Categoría C

Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema:

- 1 Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.
- 2 Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
- 3 Presión del fondo uterino durante el parto.

- 4 Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- 5 Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
- 6 Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
- 7 Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
- 8 Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

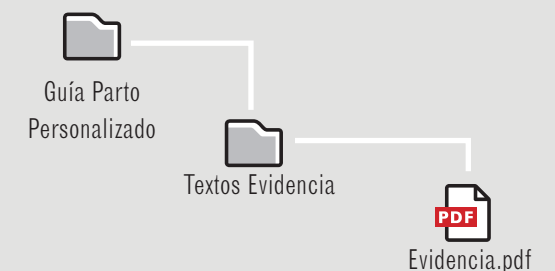
Categoría D

Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente:

- 1 Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
- 2 Control del dolor con agentes sistémicos.
- 3 Control del dolor con analgesia epidural.
- 4 Monitorización fetal electrónica.
- 5 Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.
- 6 Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
- 7 Estimulación con oxitocina.
- 8 Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto.
- 9 Cateterización de la vejiga.
- 10 Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa o casi completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
- 11 Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (como por ejemplo 1 hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
- 12 Instrumentalización del parto.
- 13 Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
- 14 Exploración manual del útero después del alumbramiento

Capítulo Evidencia:

Buscar en el CD el PDF «Evidencia.pdf»



Lined writing area on the left page.

Lined writing area on the right page.



ENDIZAJEDIAGNÓSTICOSENSIBILIZACIÓN
DENCIA**INTERCULTURALIDAD**ACOMPañAM
SIBILIZACIÓNAPRENDIZAJEDIAGNÓSTICO
MPañAMIENTOEVIDENCIAINTERCULTURA
GNÓSTICOSENSIBILIZACIÓNÉVIDENCIAIN
ZAJEDIAGNÓSTICOACOMPañAMIENTOIN
TURALIDADACOMPañAMIENTOSENSIBIL
DENCIAINTERCULTURALIDADACOMPañAM

I INTERCULTURALIDAD

- ¿La atención intercultural es diferente a la atención personalizada?
- ¿Por qué es importante integrar un enfoque intercultural en la atención?

II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES, IQUIQUE

A. Hospital de Iquique: Proceso de implementación

1. Diagnóstico de las necesidades de la población aymara
2. Adecuación de una sala de atención de parto intercultural
3. Reclutamiento de mujeres para programa parto intercultural
4. Proyecto piloto
5. Expansión del modelo
6. Asistencia obstétrica en manos de matronas de turno
7. Reactivación del modelo

B. Hospital de Iquique: Prácticas destacadas

C. Hospital de Iquique: Claves del proceso

III MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Consideraciones para la atención con pertinencia cultural
- Bibliografía recomendada

I INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas de una forma respetuosa, favoreciendo la integración y convivencia de las distintas partes en contacto. Como sabemos, la coexistencia de culturas a lo largo de la historia no ha sido equilibrada ni horizontal. Más bien, algunas tradiciones han estado subordinadas a otras, usualmente a la cultura occidental. Por ejemplo, en nuestro país los pueblos originarios han estado subordinados a la cultura occidental, y sólo recientemente se ha incorporado el respeto a sus tradiciones desde las políticas de Estado.

La pertenencia a pueblos originarios no es la única diferencia cultural presente en nuestro territorio; en nuestro país también conviven habitantes de diferentes nacionalidades, de diversas religiones, que viven en sectores rurales y urbanos, de distintos niveles socioeconómicos, entre otras dimensiones que pueden marcar diferencias.

Todo proceso de contacto e interacción impacta en las culturas que se vinculan. En este sentido, la interculturalidad, más que tratarse de un proceso estático de reconocimiento, respeto y colaboración entre dos o más culturas, se refiere a los constantes procesos mediante los cuales las personas o grupos en contacto se involucran en las diferencias culturales y son capaces de enriquecer sus concepciones, representaciones y prácticas en el contacto. Las tradiciones culturales van acompañadas de sistemas diferentes para comprender la salud y enfermedad, que varían en la interpretación de las causas de la salud y enfermedad, en los procesos y terapias de sanación y en los agentes sanadores. Existe en nuestro territorio, por un lado, una medicina reconocida oficialmente, que corresponde a la biomedicina; y por otro lado, están las «otras» medicinas –las indígenas, las populares, las llamadas complementarias y alternativas, entre otras– que no son oficiales y no han sido valoradas desde el sistema

médico hegemónico. Sólo recientemente se está considerando la importancia de incluir a estas tradiciones de salud en las políticas y programas de salud oficiales, lo que se conoce como salud intercultural, y que se refiere a la relación de contacto entre estos sistemas médicos diversos y al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar tradiciones de salud diferentes a la biomédica en el proceso de atención de salud.

En el caso de la atención de la gestación y el nacimiento, observamos cómo en los últimos años se han ido incorporando cada vez más elementos externos a la biomedicina que provienen de otras tradiciones médicas, como las medicinas indígenas y las complementarias o alternativas. En este capítulo nos centraremos en reflexionar en torno a experiencias que han incorporado prácticas de atención de gestación y nacimiento de pueblos originarios a la atención biomédica, en un esfuerzo por reconocer y respetar las diferencias culturales, y a la vez, por aprender de ellas.



Matrona

Puñeñelchefe

¿La atención intercultural es diferente a la atención personalizada?

En el marco de las actuales políticas de salud nos encontramos con un reconocimiento a la importancia de incorporar una atención intercultural, y también con la necesidad de instalar un modelo personalizado de atención de salud reproductiva. Estos dos conceptos –interculturalidad y personalización– apuntan a poner en el centro de la atención el respeto a la dignidad humana y a la población usuaria como protagonista de los procesos de atención de salud. En este sentido, se trata de dar valor y autoridad a las vivencias y necesidades de las personas usuarias, teniendo la flexibilidad para incorporar a la atención elementos que les sean significativos.

Esto tiene implicancias en la percepción de las personas usuarias respecto al sistema de salud, en tanto que estrategias pertinentes y respetuosas con sus tradiciones acercan a ambas partes y consiguen que la experiencia sea vivenciada de manera más satisfactoria.

Para mí fue mejor esta vez (en comparación a la atención de gestación y parto anterior)... tuvimos charlas con una matrona y una partera que atendía parto en casa en el campo, con la experiencia que ella nos orientaba fue un apoyo. De las charlas saqué varias cosas positivas... el hecho de tomar la decisión, en un momento me dijeron ¿qué posición quiere tomar, en la camilla o la sillita? Bueno, el hecho de que uno tiene la decisión en sí mismo, tiene más decisiones para tomar... Como más relajada, se relaja más uno en el momento que va a nacer su guagua, tiene más confianza que su guagua va a nacer bien (usuaria, VIII Región).

A su vez, el propio personal de salud manifiesta un reencantamiento con su labor una vez que se van integrando los cambios orientados a estrategias pertinentes y adecuadas a las demandas de las familias usuarias.

(Proyecto de parto intercultural) En mi caso mi jefatura anterior me propuso participar en el proyecto de parto intercultural sin tener mayores conocimientos sobre el tema... fue algo muy reconfortante para todo el equipo porque pudimos ver el otro lado de la medicina, el otro lado de nuestra profesión que era la parte opuesta a lo que nosotros estábamos trabajando y que a pesar de esto, el resultado es el mismo, agregándole que la usuaria siente un mayor confort porque existe una participación en el momento del parto, no sólo médico, matrona, paciente sino que involucrando a su familia y a la partera de su comunidad (matrona, I Región).

Como se comentó al inicio de este capítulo, los pueblos originarios no son los únicos con diferencias culturales que se pueden incorporar a la atención de salud con pertinencia cultural, sin embargo, ha ocurrido que por provenir las familias indígenas –especialmente rurales– de tradiciones médicas marcadamente diferentes a la occidental, las brechas entre sus concepciones de salud-enfermedad-atención y las biomédicas quedan expuestas de manera más evidente. Es por ello que el reconocimiento de las demandas de familias indígenas ha sido crucial para comprender los alcances de una atención integral que sea capaz de aceptar y respetar las diferencias.

(Proyecto de parto intercultural) Nos costó acostumbrarnos porque era algo muy nuevo, yo fui una de las personas que estuvo en desacuerdo con muchas cosas y no me sentía preparada para atender un parto en esas condiciones. Nosotras sabemos atender parto en la sala de parto, en una mesa de parto, en una posición determinada y eso está establecido y siempre se ha hecho, entonces cambiar... eso a mí me costó mucho. Yo quería que me prepararan, no quería improvisar y cuando me consideré preparada, entusiasmada y cuando atendí algunos partos interculturales me relajé, como que ya no le encontré tantas cosas malas como al principio... después me gustó, me motivé, me enamoré de la causa. Yo siento que tuve un cambio paulatino, al principio me costó mucho sensibilizarme, pero después me di cuenta que era otra forma de asistir el parto, en que las pacientes eran las protagonistas, y que me sentía más cercana a la paciente, como que existía otra conexión con ella (matrona, I Región).

Lo maravilloso de aprender de las culturas indígenas es que nos permite salirnos de nuestra burbuja y ver que realmente hay otras maneras de entender las cosas... Yo creo que entendí de lo que se trataba esto de la humanización cuando pude escuchar los testimonios de las mujeres mapuche que contaban lo violento que era para ellas, para su cultura, todo lo que hacíamos. Y me puse en su lugar, y ahí me hizo el click. (matrona, VIII Región).

¿Por qué es importante integrar un enfoque intercultural en la atención?

En un país con una realidad multiétnica y multicultural como Chile, cobra especial relevancia implementar estrategias de atención en salud en concordancia con las necesidades de las diversas culturas que interactúan en nuestro territorio. En este sentido, el reconocimiento y respeto por las diferencias es lo que puede posibilitar o dificultar que las familias indígenas accedan a los servicios de salud públicos del país.

Por ejemplo, en la comuna de Tirúa (VIII región), donde casi la mitad de la población se declara mapuche, el año 2005 se registraba un 4,06% de parto domiciliario. Para conocer las razones por las cuales parte de la población no se trasladaba a los hospitales de la región para la atención del parto, durante el año 2005 se realizó un estudio en base a entrevistas a familias mapuche, parteras y parteros de las comunidades, y personas de la comunidad que hubieran atendido partos en domicilio. Se encontró que la resistencia al parto institucional provenía de diversos procedimientos que las mujeres indígenas consideraban atentaban contra sus creencias y tradiciones: el ayuno de la mujer en el trabajo de parto, la prohibición de estar acompañada por sus familiares, la posición horizontal para el parto, la inducción al parto y el control de los tiempos del proceso, la realización de episiotomía, la atención inmediata del recién nacido, el uso de retractores postparto, entre otras prácticas.

Las mujeres sentían violencia institucional, ellas lo plantearon como que no nos respetan, nos mandan a bañarnos y nosotras no nos bañamos después del parto porque es parte de nuestras costumbres, no nos dejan comer ¡y nosotras tenemos que comer después del parto! (matrona, VIII Región).

Claro, era raro para una si ya había tenido sus hijos en la comunidad sin ninguna intervención, que después la llevaran al hospital para que le hagan todas esas cosas, no tiene sentido para nosotras (usuaria, VIII Región).

En base a los hallazgos del estudio se propusieron medidas con pertinencia cultural para acercar a la población mapuche a los servicios de salud biomédicos, como: sala de atención integral para la mujer gestante, instalación de infraestructura en las postas para que la partera pueda brindar apoyo integral a la mujer gestante, talleres de conversación e intercambio de conocimientos entre las parteras, los equipos de salud locales y personas de la comunidad. Esta experiencia

posibilita que, desde el año 2007, los talleres prenatales desarrollados en el marco de Chile Crece Contigo sean realizados por el equipo de salud de las postas rurales en conjunto con una partera tradicional, quien una vez que finaliza el taller, aplica técnicas tradicionales para la atención de la mujer gestante.

El equipo de salud que ha participado de esta experiencia destaca que muchos de los conocimientos transmitidos por la partera tradicional son coherentes con los nuevos modelos de atención que se están implementando a nivel nacional, donde prima el protagonismo de la gestante y su familia, se reducen las intervenciones y se puede elegir la posición vertical para dar a luz. Esto ha facilitado el trabajo colaborativo y la complementariedad de ambos sistemas de conocimiento respecto a la gestación y el nacimiento.

Al igual que en el proceso de personalización de la atención, el reconocer la interculturalidad significa flexibilizar las prácticas de acuerdo a las necesidades específicas de la población usuaria, incorporando cambios que dependen de la voluntad y el consenso del equipo del centro de salud o la maternidad.

(En los talleres) La partera nos cuenta cómo ha sido la experiencia de sus partos, y también vamos introduciendo algunos elementos biomédicos de lactancia, preparación del parto, apego, etc., y generamos una conversación muy vivencial, de respeto por todas las experiencias. La gente se siente más contenta y más respetada. Además de eso después del taller las mujeres que quieren atenderse con la partera pueden pasar al box y ella les palpa la guagua, las acomoda y las deja en mejor posición, las alinean, le hacen masajes y todo; es que ellas son buenas para acomodar las posiciones (matrona, VIII Región).

¡Claro! Centrándonos en el modelo antiguo, no era posible pensar en esta oportunidad del tema del parto natural, no tan medicalizado, no tan tecnologizado. Ahora el nuevo modelo (personalizado) sí da espacio a la partera; porque ella dice que no hay que inducirlo, que no hay que apurarlo; que la placenta no hay que sacarla, que hay que dejarla que salga sola; que son todos principios que ahora están validados científicamente también, así que no hay gran conflicto en eso (matrona, VIII Región).

(En relación a la ingesta de sopa después del parto en población mapuche) Después, muchas mamás tienen la convicción de que deben comer algo después del parto, consumir algo fuerte, muy nutritivo, y eso siempre hablan de la sopita, de la cazuelita de ave, por ejemplo, de la sopita de pollo. Entonces yo le proponía a mis colegas que nos dejaran aquí una sopa... No te cuesta nada, un hervidor, vas y pones el agua, y listo. Es increíble que ellas se sienten bien, puede que para mí no sea tan importante, a lo mejor sea más importante un vaso de leche, qué sé yo, pero si para ellas es importante una sopa, ¡fantástico! (matrona, VIII Región).

II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES, IQUIQUE

En el año 2004 se implementa el programa «Salud Intercultural desde una Maternidad» que tiene como objetivo desarrollar un modelo de atención con pertinencia cultural, adecuando los servicios de salud a las necesidades y tradiciones del pueblo aymara. El modelo se genera a partir de la consideración de las demandas de la población indígena respecto a la atención hospitalaria de parto-nacimiento, y se basa en los principios de un modelo personalizado de atención. El programa se propone acercar a las mujeres aymara a la maternidad, disminuyendo la frecuencia de

partos en domicilio en comunas aisladas y mejorando los indicadores de salud al disminuir la morbimortalidad materno-perinatal. Para abordar las demandas de las mujeres aymara se adecúa una sala para la atención de parto intercultural dentro de la maternidad y se diseña un protocolo de atención combinando elementos de la cultura aymara y del modelo biomédico para brindar una atención respetuosa con pertinencia cultural. Si bien el proyecto piloto resulta una experiencia muy exitosa, el modelo no logra instalarse con fuerza en la maternidad, y decae en los años sucesivos.

Los aprendizajes derivados de esta experiencia muestran que es esencial brindar una atención con pertinencia cultural, así como analizar los mecanismos a través de los cuales se puede dar continuidad a los proyectos. Este caso muestra que el cambio

de modelo de atención es un proceso que requiere la incorporación de todo el personal de salud de una institución, y que es importante que exista una supervisión permanente por parte de las jefaturas y profesionales sensibilizados.

Iquique

Institución:	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Servicio de Salud Iquique. Hospital regional de alta complejidad.
Nombre Experiencia:	Programa Salud Intercultural desde una maternidad.

● Partera aymara realizando masaje a mujer gestante, Iquique | ES



● Matronas equipo parto intercultural y mujeres aymara | ES



A. Hospital de Iquique: Proceso de implementación

1

Diagnóstico de las necesidades de la población aymara:

El proyecto de parto intercultural comienza el año 2004, cuando un grupo de profesionales del Hospital de Iquique conformado por un obstetra y matronas decide tomar en consideración las demandas históricas de mujeres y familias aymara con respecto a la atención de la gestación y nacimiento. Para ello, y como etapa de diagnóstico y diseño del proyecto, el equipo de salud se traslada hacia localidades rurales de la región a indagar en las prácticas y creencias aymara de atención de gestación y nacimiento, en las experiencias de usuarias en la maternidad del Hospital de Iquique y en sus demandas con respecto a dicha atención. Un hito importante dentro de esta etapa es la asistencia del equipo a un encuentro de medicina andina en el pueblo de Cariquima, donde comparten con parteras aymara chilenas, peruanas y bolivianas en torno a temas vinculados a la gestación-parto-nacimiento.

El equipo identifica que los principales motivos de resistencia por parte de las mujeres aymara hacia la atención hospitalaria es su percepción de un trato despersonalizado, sin respeto hacia sus tradiciones culturales, donde no se les permite la compañía de sus familiares durante el proceso de parto, hay restricciones de movilidad y posición durante el pre-parto y parto, prohibición de ingerir líquidos y alimentos, y aplicación de procedimientos y tecnologías desconocidos por ellas, donde destaca el temor a la episiotomía y a la operación cesárea.

En base a estos elementos se diseña el proyecto de atención de parto intercultural, con apoyo del Programa de Salud y Pueblos Indígenas de la región.

2

Adecuación de una sala de atención de parto intercultural:

Dentro de la maternidad, se adecúa una sala de atención intercultural del parto, en la unidad de emergencia, intentando generar una habitación acogedora similar a un hogar aymara. En la decoración se incorporan cuadros con motivos religiosos y paisajes andinos. La sala cuenta con una cama de plaza y media vestida con mantas aymara tejidas, un velador, una radio y un calefactor ambiental para mantener una temperatura óptima. También con un piso de parto de madera diseñado para la atención de parto vertical. Para la preparación de infusiones fitoterapéuticas durante el trabajo de parto, se cuenta con implementos de elaboración artesanal como un recipiente de greda. Además hay elementos propios de la asistencia obstétrica biomédica: un doppler fetal, una camilla ginecológica, equipos de partos estériles e insumos para la atención del parto.

3

Reclutamiento de mujeres para parto intercultural:

El equipo gestor de la experiencia difunde el proyecto en los consultorios y postas rurales, lugares donde se informa a las mujeres aymara gestantes de la posibilidad de ser atendidas en el modelo intercultural. Se les pide a las mujeres interesadas que hagan una visita al hospital durante la última fase de la gestación; visita en la cual se practica una ecografía, se les explica el modelo de parto intercultural, conocen la sala y se timbra su ficha clínica con el nombre del proyecto para asegurar que sean derivadas a dicho modelo de atención. Las usuarias se muestran muy entusiasmadas con el proyecto, y se reclutan 90 mujeres entre julio del 2004 y marzo de 2005.

4

Proyecto piloto:

El proyecto en su etapa piloto se realiza entre los meses de julio de 2004 y marzo de 2005, con un total de 55 partos asistidos en el modelo intercultural.

Las mujeres aymara que provienen de localidades rurales se trasladan durante sus últimos días de gestación al Hogar de la Madre Rural, ubicado en las cercanías del Hospital de Iquique, donde son atendidas por una partera aymara y además asisten a un control al hospital. Si bien este modelo existe desde antes del proyecto intercultural, la diferencia es que ahora, cuando comienza el trabajo de parto, la partera se traslada al hospital junto con la mujer gestante y su(s) acompañante(s), que pueden ser uno o dos, donde el acompañamiento será permanente hasta el puerperio inmediato.

Al haber un parto intercultural, la matrona de turno llama a una matrona y al obstetra del equipo de atención intercultural; y el equipo gestor de la experiencia asiste el parto en conjunto con la partera aymara. La atención se realiza en la sala de parto intercultural, y no se realizan procedimientos de rutina a menos que sean estrictamente necesarios (vía venosa, inducción oxitócica, RAM, monitoreo fetal electrónico, episiotomía, entre otros). Durante el trabajo de parto, la partera se encarga de incorporar los elementos propios de la cultura aymara, como métodos no farmacológicos de alivio del dolor, compresas tibias, infusiones de hierbas, manteos y masajes para acomodar al bebé. Tras el nacimiento, se privilegia el contacto precoz piel a piel por alrededor de una hora, antes de realizar la atención al recién nacido. Para el periodo de puerperio, la mujer se traslada a la sala de puerperio normal. Tras 9 meses de ejecución, el proyecto se evalúa con excelentes resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, validándose el modelo intercultural de atención.

5

Expansión del modelo:

Durante la ejecución del proyecto piloto, la atención de parto es realizada por al menos una persona del equipo gestor de la experiencia (obstetra y/o matrona) y la partera aymara. Una vez validado el modelo, se decide institucionalizar este tipo de asistencia obstétrica, para lo cual el equipo gestor se transforma en guía y tutor de las matronas y resto del personal de turno transmitiéndoles su experiencia y apoyándolas en la atención de partos.

6

Asistencia obstétrica en manos de matronas de turno:

Tras un periodo en que el equipo gestor atiende los partos interculturales en conjunto con los equipos de turno, se entrega la atención a los turnos que reciben a las mujeres inscritas en el modelo de parto intercultural. En este periodo se deja de realizar control y supervisión de la continuidad del modelo, el cual va progresivamente dejando de aplicarse en el tiempo: en el año 2005 se atienden 65 partos interculturales, y durante el 2008 no más de uno al mes. Si se buscan las razones por las cuales el modelo decae progresivamente, se encuentran:

- Si bien en la maternidad hay esfuerzos por instalar un modelo de atención personalizado, la iniciativa de parto intercultural se genera como una experiencia que no se inserta integralmente en un cambio de modelo global. Por ello, aparece como una iniciativa aislada y no todo el personal de salud comparte los principios básicos de la personalización de la atención.
- Falta de involucramiento desde el inicio de los equipos de atención de maternidad que no fueran parte del equipo gestor del parto intercultural, por lo que resultó difícil instalarlo tras el proyecto piloto.
- Falta de confianza del personal de salud de la viabilidad del modelo; arraigo al modelo medicalizado e intervencionista de atención, considerándolo más seguro.
- Falta de involucramiento de jefaturas del hospital en el proyecto para supervisar la implementación y continuidad del modelo.
- Falta de seguimiento en la difusión del modelo en localidades rurales lo que genera que se vaya dejando de proponer como una alternativa para las mujeres aymara; a esto se suma la rotación del personal de salud que hace que las personas nuevas no conozcan de lo que se trata el modelo. Todo esto hace que la derivación al modelo sea cada vez menor.
- Por todo lo anterior, en la comunidad aymara existe la percepción de que el modelo de parto intercultural ya no se practica.

7

Reactivación del modelo

Durante el año 2009, el equipo gestor del modelo de parto intercultural junto con el Programa de Salud y Pueblos Indígenas decide hacer un análisis e intervención para ver la posibilidad de reactivar este modelo y enlazarlo con la asistencia integral del parto que es el objetivo central de la maternidad.

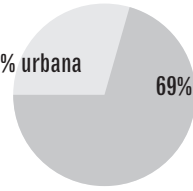
En base a los aprendizajes de la experiencia piloto, se comprende que la atención intercultural será exitosa en el marco de una transformación global de la maternidad y los distintos niveles de atención hacia un modelo integral de atención.

Para ello se han propuesto realizar un encuentro participativo para analizar la situación actual del parto intercultural (con representantes de todos los niveles de atención de salud y con miembros de la comunidad usuaria) y se han propuesto estrategias para reactivar el modelo de parto intercultural y dar inicio a la asistencia de parto integral, en atención primaria, secundaria, y terciaria, incorporando los recursos físicos y humanos que se requieren para llevar a cabo el plan.

La experiencia de parto intercultural de Iquique en datos.
Proyecto piloto: julio 2004 a marzo 2005.*

Total partos atendidos: 55

Lugar de origen de las usuarias: 31% urbana



69% rural

Localidades de Nama, Pachica, Miñi-Miñe, Enquelga, Colchane, Cariquima, Camiña, Bajo Soga, Huara, Pozo Almonte, Pica y Limaxiña.

Acompañante significativo en preparto y parto:
 72,7% con acompañante
 27,3% sin acompañante

Presencia de la partera en el parto:
 78,2% presente
 21,8% ausente

Tipo de parto

	N°	%
Normal	51	92,8
Fórceps	2	3,6
Cesárea	2	3,6

8 casos presentaron complicaciones: 3 endometritis, 3 retención de hombros, 1 hematoma de labio, 1 alumbramiento incompleto

Paridad

	N°	%
Primigesta	20	36,4
Múltipara	33	60
Gran múltipara	2	3,6

Inicio trabajo de parto

	N°	%
Espontáneo	42	76,6
Inducido	4	7,2
Acelerado	9	16,3

Rotura de membrana

Tipo	N°	%
RAM	14	25,5
REM	41	74,5

Duración de trabajo de parto desde la fase activa al expulsivo

	Primigestas total 20	Múltiparas total 33
	%	%
Expulsivo	5	6
2 - 4 horas	35	61
4 - 6 horas	30	24
6 o más horas	30	9

Atenciones por lugar de parto

	N°	%
Cama	16	29
Silla	13	23,6
Mesa ginecológica	13	23,6
Cuclilla-rodilla	11	20
Cesárea	2	3,6

Líquido amniótico

Tipo	N°	%
Claro	48	87,3
Meconio	7	12,7

Aspiración intraparto del recién nacido

	N°	%
Con aspiración	7	12,7
Sin aspiración	48	87,3

Test de Apgar

	N°	%
Mayor o igual a 7	55	100

Evaluación del Periné

Tipo	N°	%
Periné indemne	23	41,8
Desgarro sin sutura	5	9
Desgarro con sutura	20	36,6
Episiotomía	5	9
Cesáreas	2	3,6

Resultados de encuesta de satisfacción usuaria

Una encuesta aplicada a todas las mujeres que fueron atendidas en el modelo intercultural entrega los siguientes resultados:

72,5%

señala que la acogida que recibió al ingreso a la maternidad fue muy buena, y un 25% como buena

100%

considera que la experiencia de adoptar posición libre para el parto es muy importante

82,5%

considera muy importante la participación de la partera en el parto (en 12,5% ésta no estuvo presente por diversos motivos)

95%

señala que sí se respetaron sus decisiones, y el 5% restante señaló que en algunas oportunidades sus decisiones sí fueron respetadas y en otros casos no

80%

de las mujeres con partos anteriores en hospital considera que esta experiencia de parto fue mejor, y 15% declara que ambos modelos le parecen adecuados

En cuanto a la calificación otorgada al equipo de salud:

87,5%

asigna nota 6 y 7 al médico

95%

asigna nota 6 y 7 a la matrona

72,5%

asigna nota 6 y 7 a la partera (en 12,5% ésta no estuvo presente)

77,5%

asigna nota 6 y 7 al técnico paramédico

Algunas de las situaciones en las que las mujeres no estuvieron de acuerdo fueron: compartir el puerperio con todas las pacientes, la colocación de puntos sin anestesia, la alimentación y el baño matinal del puerperio.

Las recomendaciones apuntan a una mayor participación de la partera, un mejor trato al ingreso del Hospital y al respeto a sus tradiciones en todas las etapas del proceso, incluido el puerperio.

* Fuente: Datos obtenidos del trabajo presentado durante las Primeras Jornadas Obstétricas del Norte Grande, "Humanizar el Parto, Humanizar la Vida"; Iquique, 29 y 30 de Septiembre 2006. Autores Dr. Patricio Miranda, Matronas Ana María Gavilán, Georgina Mendoza, Ingrid Rivas, Mariela Véliz, Silvia Vilca, Matrón Oscar Figueroa

B. Hospital de Iquique: Prácticas destacadas

Diagnóstico participativo de la comunidad:

Para el diseño del proyecto de parto intercultural primero se consultó con las comunidades aymara usuarias del sistema de salud, indagando en sus prácticas y creencias tradicionales con respecto a la gestación y nacimiento, así como en sus experiencias y demandas respecto a la atención biomédica de estos procesos. En este sentido, el proyecto se basó en las demandas de las mujeres indígenas usuarias.

Nosotros cuando empezamos el proyecto fuimos a Colchane, Cariquima, primero a escuchar las experiencias de las pacientes que habían tenido su parto aquí en el hospital (Iquique), y para la mayoría la experiencia era mala. Percibían que se les había discriminado, se les había tratado de hediondas, cochinas, de indias; tenían muy mala imagen del hospital, se les había gritado, contaban cosas horribles donde sobre todo se les había dado un mal trato (...) Y claro, cuando uno entiende y conoce su sistema tradicional de parto, entiende que la atención hospitalaria sea abusiva para ellas. Cuando uno lo ve desde el punto que ellos lo ven (matrona).

Pertinencia cultural:

El modelo de atención de parto intercultural incorpora las tradiciones culturales propias de la población aymara con respecto al parto-nacimiento, en conjunto con elementos biomédicos, para brindar una atención integral que conjugue los beneficios de ambos sistemas médicos.

Esto es un parto normal, más natural, menos intervencionista y donde se respeta la cultura de la paciente, pero a la vez es intercultural porque está informada de que si en algún momento hay algún riesgo, se necesita usar un instrumento de la medicalización también se va a utilizar, siempre tratando de incorporar los dos conceptos: la parte cultural y también algo de nuestra medicalización (matrona).

Partera aymara realizando masaje a mujer gestante, Iquique | ES



Acompañamiento permanente:

La mujer está acompañada por una o dos personas significativas desde el parto, durante el parto y en el puerperio inmediato, además de contar con el apoyo de la partera aymara. En caso de estar presente, destaca el rol activo de la pareja de la mujer durante el proceso, quien además de brindar apoyo emocional, realiza masajes y corta el cordón umbilical.

En cuanto a la importancia del acompañamiento comprobamos que la paciente acompañada todo el tiempo por un familiar, la partera, o alguien de su entorno que le genere confianza, disminuye la duración del trabajo de parto. Quienes están acompañando a la mujer además están haciendo una función de doula entre comillas porque muchas veces, no sólo la partera, también el marido acompaña a deambular a la paciente, le hace masajes, o ayuda a la partera a realizar los manteos. También se les invita a cortar el cordón, algunos quieren, otros no, pero no se les obliga a nada (matrona).

Uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor:

Desde la cosmovisión de salud aymara, el calor es concebido como un elemento facilitador del parto: se propicia un ambiente cálido, se estimula la ingesta de mates calientes y el abrigo de la mujer gestante.

Incorporación de la partera:

El equipo de atención de salud biomédico integra a una partera tradicional aymara para brindar una atención conjunta a la mujer en trabajo de parto y parto, respetando sus conocimientos y aprendiendo mutuamente.

Mi labor consiste en acompañar a la mamá durante el trabajo de parto y parto, darle remedios: mates calientes de canela, albahaca, orégano, y ponerles compresas tibias para calentar su cuerpo, porque cuando empiezan a transpirar ahí está bien, porque los huesitos se ablandan y eso hace que sea más fácil el parto, estando bien la guagua y no estando pasada de hielo es muy, muy fácil. Cuando entré a trabajar en el proyecto de parto intercultural fue difícil incorporarme con las matronas, como nunca habíamos trabajado juntas, pero después ya no porque yo fui aprendiendo de ellas y ellas también de mí, fue muy bonito porque se portaron muy bien conmigo (partera aymara).

Cuando llega una paciente se cierra completamente la sala, se pone el calefactor porque para ellos mientras más calor sienten, o cuando ya empiezan a transpirar, lo interpretan como que se acerca el momento del parto. Ellos se abrigan harto, las pacientes se colocan las batas del hospital pero encima se colocan su ropa, sus chalecos, sus mantas, generalmente le colocan una frazada amarrada a la cintura y les están amarrando un género —un trapo a nivel del fondo uterino como para ayudar—, les abrigan la cabeza, toman agua de hierbas (matrona).



C. Hospital de Iquique: Claves del proceso

Experiencia nace de demandas de mujeres indígenas

Equipo de salud sensible a transformar demandas en un proyecto de atención intercultural

Modelo de atención que conjuga beneficios de biomedicina y de medicina tradicional aymara

Validación de modelo de atención

Medición continua de avances, logros y metas

Capacidad de autocrítica y de reformulación del modelo en base a aprendizajes



MATERIAL COMPLEMENTARIO

Consideraciones para la atención con pertinencia cultural

En las sociedades contemporáneas multiculturales, hay familias y mujeres usuarias del sistema de salud que provienen de tradiciones médicas diferentes a la biomedicina; por ejemplo medicinas indígenas y populares. Se pueden identificar ciertas características que presentan las usuarias según cuáles sean sus matrices culturales de origen; éstas son esquemáticas y no se presentarán de la misma manera en todas ellas. Las dimensiones que se presentan a continuación pretenden entregar un marco general de referencia que permita acoger la multiplicidad de expectativas y necesidades que pueden estar presentes en la población que se atiende.

Mujeres socializadas en el modelo biomédico

Tienen poca confianza en su capacidad de dar a luz, delegan la responsabilidad en el personal de salud.

Consideran que el lugar más adecuado y seguro para que ocurra el parto es una institución biomédica.

Las necesidades particulares de las mujeres se supeditan fácilmente a las necesidades del personal de salud, las mujeres «ayudan» o deben «colaborar» con el personal de salud.

Tienen miedo al dolor, por tanto exigen o aceptan fácilmente la sugerencia de dar a luz mediante cesárea o con anestesia peridural. El dolor se asocia a sufrimiento, y se espera poder evitarlo mediante el uso de medicación.

Comparten la idea de que la gestación y nacimiento son procesos riesgosos que deben ser intervenidos; aceptan todas las intervenciones de rutina que se practican pues son parte del modelo de atención que conocen.

Mujeres socializadas en modelos de salud indígenas y populares

Tienen mucha confianza en su intuición y capacidad de dar a luz; se sienten inseguras al delegar las decisiones a otros, sobre todo si éstos no conocen o no respetan su modelo de atención.

Prefieren que el parto ocurra en lugares donde sepan que sus decisiones van a ser respetadas; tienen desconfianza de los establecimientos de salud pues se asocian a enfermedad, soledad, frío (ambiental y emocional) y a intervenciones que no son parte de sus modelos de atención.

Las mujeres y sus familias son las protagonistas, se acostumbra a responderles en todas sus necesidades. Las personas presentes en el parto están ahí para ayudar a la mujer.

La idea de la cesárea (también de la episiotomía) causa temor, no solamente por el riesgo, sino porque se considera que el cuerpo nunca más será el mismo (el cuerpo se «parte» o «quiebra»). El dolor es concebido como parte integral y necesaria del proceso, y no se le teme; se buscan medidas de apoyo para aliviar el dolor, como ingesta de infusiones calientes, movimiento, masajes, aplicación local de compresas, y el apoyo y cariño de acompañantes significativos.

Consideran que la gestación y nacimiento son procesos normales del ciclo vital que rara vez presentan complicaciones; confían en el parto natural y dudan de la efectividad de las intervenciones biomédicas.

Al referirnos a la atención de la gestación-parto-nacimiento en el modelo personalizado, las diferencias entre los sistemas médicos se acortan. Ello, pues los modelos de atención indígenas y populares comparten los mismos fundamentos que el modelo personalizado de atención: que las mujeres y sus familias puedan ejercer sus derechos y ser respetadas en sus preferencias y decisiones sobre la atención, y que cuenten con toda la información sobre las opciones con las que cuentan para enfrentar el proceso.

Por ello, al implementarse el modelo personalizado de gestación-parto-nacimiento, muchas de las dimensiones básicas de los modelos de atención indígenas y populares serán respetadas, de todos modos es muy importante analizar si es necesario incorporar algunas prácticas específicas de atención o respetar aquellas que sean significativas para las usuarias.

En este sentido, la pertinencia cultural se refiere a la importancia de que los equipos de salud conozcan los sistemas médicos de origen y las prácticas tradicionales de atención y cuidados durante la gestación, parto-nacimiento y puerperio de las culturas con las que interactúan: alimentación, infusión de hierbas o preparaciones especiales, masajes y técnicas para aliviar molestias y acomodar al bebé, ejercicios, cuidados del recién nacido, denominaciones y enfermedades tradicionales más frecuentes, entre otros.

También es importante el trabajo conjunto con especialistas tradicionales en atención de salud pertenecientes a los pueblos indígenas en la atención de gestación y parto-nacimiento en centros de salud y hospitales. En los casos en que sea posible, se puede revitalizar la figura de la partera y/o de otra figura tradicional según corresponda, como conocedora de las nociones de salud indígena. También se pueden incorporar personas, que sin ser parteras, hayan atendido partos domiciliarios en comunidades, y que conozcan los principios de dicha atención. Esto es relevante por cuanto la presencia de esta persona entregará tranquilidad a las mujeres y familias en el sentido de que sus tradiciones serán incorporadas en la atención.

Estas consideraciones son relevantes puesto que las prácticas tradicionales de cuidado tienen profundos significados simbólicos que se vinculan con la salud integral del niño o niña por nacer, de la familia y de la comunidad más amplia. Por ejemplo, lo que se haga con el cordón umbilical y la placenta se relaciona en diversas culturas con las raíces de los seres humanos; el enterrarlos o guardarlos en lugares rituales significa que esa persona tendrá siempre un lugar en el mundo.

Además es importante tener en cuenta que no todas las usuarias indígenas van a compartir las mismas tradiciones y significados asociados a ellas. En un contexto como el nuestro, donde las comunidades indígenas conviven cotidianamente

con población no indígena, y por tanto sus conocimientos y estrategias respecto a la salud se entrecruzan constantemente con las del sistema biomédico, hay que tener especial cuidado de no adoptar una visión homogénea y estática de lo que implica ser aymara, o mapuche o rapanui, o proveniente de cualquier otra tradición cultural.

Bibliografía recomendada

La antropología médica es la subdisciplina de la antropología que se dedica al estudio de la diversidad de sistemas médicos presentes en los contextos contemporáneos de atención. Sobre sistemas médicos y sus interacciones, se recomienda leer:

- Menéndez, Eduardo. 1994. «La Enfermedad y la Curación, ¿qué es medicina tradicional?». En, *Alteridades* N° 4, pp. 71-83. Disponible en: www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf
- Menéndez, Eduardo. 2003. «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». En, *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.8, N° 1, pp.185-207. Disponible en: www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf

Dentro de la antropología médica, hay especialistas que se han dedicado al estudio de los diversos sistemas de nacimiento. Se sugiere la lectura de:

- Davis-Floyd, Robbie. 2001. «Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto» (The Technocratic, Humanistic and Holistic Models of Birth). En, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento N° 1, pp. S5-S23. Disponible en español en: www.davis-floyd.com
- Blázquez, María Isabel (2005). «Aproximación a la antropología de la reproducción». En, *Revista de Antropología Iberoamericana*, N° 42. Julio-Agosto. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

También se recomienda la lectura de textos sobre sistemas médicos indígenas en nuestro país, algunos de los cuales se centran en atención de gestación-parto-nacimiento:

- Alarcón, Ana M. y Nahuelcheo, Yolanda. 2008. «Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas». En, *Chungará* (Arica) vol. 40, N° 2, pp. 193-202. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000200007&lng=es&nrm=iso
- Carrasco, Ana María. 2003. «Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymaras del norte de Chile». En, Montecino, Castro y de la Parra (comps.) *Mujeres: espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI*. Santiago: C&C Aconcagua, pp. 84-97.
- Citarella, Luca (compilador). 1995. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Sudamericana.

Por último se recomienda la lectura de dos estudios realizados en nuestro país sobre los sistemas indígenas de gestación-parto-nacimiento y crianza, en el marco del diseño del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo,

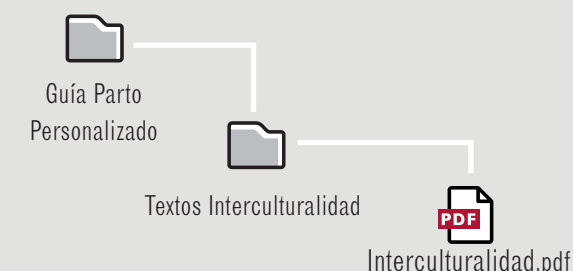
que se encuentran disponibles en:

www.crececontigo.cl/especialistas/documentos.php

- Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Hombre, Universidad Arturo Prat, 2006. *Pautas de crianza aymara: significaciones, actitudes y prácticas de familias aymara en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los diez años*.
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Género CIEG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2006. *Pautas de crianza mapuche: significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuche en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años*.

Capítulo Interculturalidad:

Buscar en el CD el PDF «Interculturalidad.pdf»





PRENDIZAJEDIAGNOSTICOSENSIBILIZACION
EVIDENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAMIENTO
SENSIBILIZACIONAPRENDIZAJEDIAGNOSTICO
ACOMPANIAMIENTOEVIDENCIAINTERCULTURALIDAD
DIAGNOSTICOSENSIBILIZACIONEVIDENCIA
PRENDIZAJEDIAGNOSTICOACOMPANIAMIENTO
INTERCULTURALIDADACOMPANIAMIENTOSENSIBILIZACION
EVIDENCIAINTERCULTURALIDADACOMPANIAMIENTO

I ACOMPAÑAMIENTO

- ¿Por qué es importante el acompañamiento?
- ¿Qué desafíos implica el acompañamiento para el personal de salud?

II LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE TALAGANTE

- A. Hospital de Talagante: Proceso de implementación**
- B. Hospital de Talagante: Prácticas destacadas**
- C. Hospital de Talagante: Claves del proceso**
 - **Historia del nacimiento de Carla**

III MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Evidencia disponible y bibliografía sobre apoyo continuo para las mujeres durante el parto
- Incorporación de varones en salud sexual y reproductiva
- Ejemplo de acuerdo de acompañamiento

I ACOMPañAMIENTO

Las mujeres gestantes tienen temores asociados al contexto hospitalario y a la atención del trabajo de parto y parto, que son herencia del modelo intervencionista de atención. Por una parte, los hospitales son percibidos como lugares de enfermedad, de emergencias y urgencias, de dolor y muchas veces de soledad. En cuanto a la atención de parto, los miedos se vinculan a la realización de muchos procedimientos de rutina y algunos de ellos dolorosos (como los tactos), a la falta de privacidad, de información y acogida. También

hay aprensiones vinculadas al bienestar del hijo o hija que va a nacer, y al dolor del trabajo de parto. Estos temores pueden obstaculizar el desarrollo de sentimientos de fortaleza y confianza de la mujer, complicar el proceso de parto, y generar problemas en el vínculo con el bebé, y en la lactancia, todo ello incrementando el riesgo de depresión postparto. Resulta esencial incorporar elementos a la atención del nacimiento que ayuden a reducir el estrés propio del proceso, y que permitan que miembros de la familia compartan un momento

tan importante como el nacimiento de un hijo o hija. La compañía y apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto es una medida esencial para contribuir a este propósito, con el potencial de transformar una situación amenazante en una experiencia enriquecedora. Este apoyo puede ser brindado tanto por el personal de salud como por personas significativas para las mujeres; el modelo personalizado plantea que en lo posible se debe contar con ambos tipos de apoyo.



¿Por qué es importante el acompañamiento?

El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto es identificado como un factor **generador de seguridad y confianza**, tanto por el personal de atención de salud como por las propias usuarias.

El acompañamiento por personas significativas es descrito como uno de los **mejores mecanismos para aliviar y tranquilizar** a la mujer durante el proceso de parto, y resulta mucho más efectivo si se integra desde el preparto.

Es importante alguien con la disposición a escucharte, escucharte quejarte, rabiar, llorar, porque cuando uno está en preparto y parto son millones de emociones y las cosas que están pasando, si alguien está al lado tuyo, para hacerte cariño, igual es rico, es importante (usuaria, Región Metropolitana).

Para mí también fue súper lindo el parto y todo, porque me sentía muy acompañada, muy segura, yo creo que eso es lo principal, que la gente sienta confianza, que la mamá esté segura que se la puede (usuaria, Región Metropolitana).

Un día tuvimos una primigesta sola en el preparto y le preguntamos al doctor si podía entrar la pareja a acompañarla y dijo que bueno. Ella se paseaba con los dolores, entre medio caminaba, se agarraba al joven, lo abrazaba... se fueron a una salita y el paramédico me dijo que allá se estaban dando un beso, y en dos horas se completó. Dijimos: «es la ocitocina, la hormona del amor», porque se completó súper rápido, toleró mejor el dolor, la pareja tuvo una mejor llegada en el preparto y parto con ella, la pudo apoyar (matrona, I Región).

La persona que viene a tener el parto necesita un apoyo y muchas veces no es suficiente con la matrona para el apoyo y se ha demostrado que la paciente acompañada inclusive tiene más tolerancia al dolor. Cuando la persona está acompañada de alguien significativo para ella, muchas veces ni siquiera necesita anestesia (matrón, I Región).

O sea hay una parte afectiva que te llega mucho más... en el fondo a mí me pasó eso, me pasó las dos veces que he entrado con mi hijo, me ha pasado eso. Sí, es que como te digo, se produce un lazo indisoluble en donde tú estás más comprometido con tu pareja, o sea, ya viste que la cosa no es tan fácil, no es como entrar y salir (usuario, Región Metropolitana).

Para la pareja igual es importante, para mi esposo, es súper afectivo ahora, después del parto como que está pendiente de todas las cosas. El hecho de haber estado ahí sirve hartito, porque es como una sensación de que ellos lo tuvieron también (usuaria, VIII Región).

Un evento que es bastante potente es la incorporación de la figura masculina, creo que ese es un elemento que hay que seguir potenciando. De hecho, yo también siento que tiene mucho que ver con el apego, de como poder formar estos lazos mucho más fuertes. Siento que es un elemento súper positivo e innovador, que rompe muchos mitos, porque el hombre generalmente se siente un poco distanciado de este proceso... la mujer es la que se embaraza, ella es la que va a tener el hijo y uno lo incorpora como casi diplomáticamente, a esta situación, porque además son súper activos cuando están ahí presentes (técnico paramédico, Región Metropolitana).

El acompañamiento por parte de la pareja resulta clave para **fortalecer los vínculos entre los miembros de la familia**. Integrar activamente al padre en el proceso de gestación-parto-nacimiento es una oportunidad especialmente relevante para su vinculación con el hijo o hija que está naciendo, con su pareja y con las responsabilidades de la paternidad. Asimismo, aporta en la disminución de las inequidades de género, permitiéndoles a los padres vivenciar experiencias que antes eran exclusivas de las mujeres y posibilitándoles un rol activo en el proceso de crianza.

Trabajo de parto con hidroterapia, Hospital de Cañete | ES



¿Qué desafíos implica el acompañamiento para el personal de salud?

Considerar al acompañante como apoyo al personal de salud

Una resistencia detectada para el acompañamiento por una persona significativa para la mujer, es que implica aceptar a personas externas al personal de salud dentro de las salas de parto y parto, es decir, dentro de un sistema que tradicionalmente ha privilegiado la presencia exclusiva de especialistas. La inclusión de otros actores puede ser percibida como una amenaza para el personal de salud, pues surge el riesgo de ser observados y posiblemente criticados.

Entonces el temor más que nada es que aquí va a venir gente que me van a estar observando lo que yo hago, y me van a estar criticando lo que yo hago, y van a salir reclamando (matrona, IX Región).

La entrada del papá al parto ha costado quince, casi veinte años porque los papás van a entrar con cámara, nos van a pillar, nos van a pelar, antes yo hacía lo que yo quería y bueno el papá entró, pero ingresó en un rol pasivo, temeroso, a última hora, «que no moleste», y ha costado ir integrándolo más (neonatólogo, Región Metropolitana).



Maternidad Hospital Félix Bulnes | JG

Además, todavía prevalece en algunas personas la idea de que la presencia de los padres o acompañantes dentro del proceso de parto puede dificultar el trabajo del personal de salud agregando una carga más a las labores que deben realizar.

Las experiencias muestran que los acompañantes pueden ser un importante apoyo para el personal de salud; brindando compañía, cariño y contención constante a la mujer, lo cual derriba la idea original de que su presencia pueda ser una carga para los equipos asistenciales.

Yo creo que todos pensamos al principio, cuando ya se habló de que los padres iban a entrar al parto... sí, hubo temor de parte de todos los estamentos, no solamente de nosotros los médicos, sino que también matronas, técnicos, auxiliares, además que iba a aumentar más lo que íbamos a hacer, en eso entonces era más difícil, porque era más trabajo, estar pendiente del padre (obstetra, IX Región).

Uno les dice que no pueden estar mirando. Pero ellos no se ponen a mirar todo, se ponen más de acompañante, de estar al lado de ella, de sostenedor, de apoyo de esa parte. Hago una diferencia entre estar sola o atenderlo solo o con acompañantes, incluso ha sido mejor, si es mejor porque se puede tener varios partos habiendo una sola matrona en turno, el papá se puede quedar con la guagua (matrona, Región Metropolitana).

Sala de parto integral, Hospital de Talagante | JG





● Contacto precoz piel a piel, Maternidad Hospital de Talagante | JG

Entregar el protagonismo del proceso a la mujer y su familia

Uno de los principales cambios asociados a la atención personalizada del parto es que promueve un mayor protagonismo de las mujeres, parejas y familias que viven el nacimiento de un hijo o hija. Esto implica cambiar la posición vertical de jerarquía en que se encontraba el personal de salud para pasar a una relación más horizontal con las familias usuarias. Si bien esto puede resultar difícil, una vez que se incorpora, los equipos de salud valoran el aprendizaje que ha implicado el empezar a dar espacio y fomentar la participación activa de la mujer y su acompañante desde la gestación.

En el fondo nosotros la mirada que hemos cambiado es que... ¡sí la guagua es de ellos!, no es nuestra... Nos habíamos apropiado de algo que no nos correspondía. Como que estamos devolviendo algo que es propio de ellos (técnico paramédico, Región Metropolitana).

Para mí fue mejor esta vez (en comparación a su gestación y parto anterior)... Bueno, el hecho de que uno tiene la decisión en sí mismo, tiene más decisiones para tomar... Como más relajada, se relaja más uno en el momento que va a nacer su guagua, tiene más confianza que su guagua va a nacer bien (usuaria, VIII Región).

Ser flexibles en el uso de los recursos e infraestructura disponible

La mayoría de las maternidades del país han incorporado el acompañamiento durante la fase expulsiva del trabajo de parto, y sólo algunas lo están haciendo desde el preparto. Para que el acompañamiento cumpla su sentido, es esencial buscar las maneras de garantizar el apoyo de los seres queridos de las mujeres desde el trabajo de parto. El principal problema que se declara para no hacerlo se vincula a la infraestructura; muchas veces se manifiesta que no hay espacio para el acompañante en los prepartos, y que no hay recursos económicos para hacer cambios en la infraestructura.

No tenemos el espacio, quedaron muy chicos los prepartos como para tener más personas ahí, porque ya no cabemos casi nosotras ¿me entiendes? La mujer amontonada con los alumnos, además. Es mucha gente, en realidad quitan el aire casi, entre todos. Entonces (los acompañantes) entran al parto propiamente tal, al nacimiento, y al apego, y el inicio de la lactancia (matrona, IX Región).

Y el grupo en sí que se entusiasmó (en implementar el modelo personalizado), hicimos rifa, buscamos cortinas, pusimos las cortinas, fuimos a comprar radio, para ponerle música. Se entusiasmó abiertamente; así que yo te digo que depende más bien de las voluntades de las personas involucradas (matrona, VIII Región).

No obstante lo anterior, en varias maternidades se está incorporando el acompañamiento en el preparto buscando maneras creativas de generar espacios de intimidad. Se trata de maternidades donde a pesar de no contar con la infraestructura adecuada, la voluntad del personal de salud hace posible el acompañamiento. Por ejemplo, en el Hospital de Arauco organizaron una rifa para conseguir recursos y comprar e instalar cortinas entre las camas. Otros hospitales han incorporado biombos para generar dichos espacios.



LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE TALAGANTE

Desde 1994, el Hospital de Talagante ha desarrollado una política innovadora de Hospital Puerta Abierta, donde se busca integrar activa y participativamente a la comunidad, a través de actividades como: incorporación del padre o acompañante significativo en el proceso del parto, hospitalización de la madre con su hijo o hija, visita diaria y sin restricción horaria a todos los pacientes hospitalizados, alimentación asistida por familiares a los enfermos, entre otras.

En la atención de parto, destaca la entrega de una atención personalizada desde el ingreso a la maternidad donde una matrona acompaña y asiste a la mujer durante todo el proceso.

A su vez, se permite el acompañamiento permanente de la gestante por la persona que ella escoja, durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

En comparación con otras instituciones de nuestro país, esta maternidad incorporó tempranamente el acompañamiento de la pareja, y luego de cualquier persona significativa durante el trabajo de parto y parto-nacimiento. Si bien es un caso en que el proceso de personalización del nacimiento ha incluido muchas otras dimensiones, el acompañamiento ha ido marcando los hitos hacia un proceso de personalización del nacimiento cada vez más integral.

Talagante

Institución:	Hospital Adalberto Steeger, Talagante. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Hospital de mediana complejidad.			
Nombre Experiencia:	Atención de parto integral con apoyo al desarrollo biosicosocial.			
Nº total nacimientos al año:	Año	Total	No beneficiarias	Beneficiarias
	2006	1664	732	932
	2007	1700	751	949
	2008	1812	702	1110

A. Hospital de Talagante: Proceso de implementación

El personal de atención ha comprobado en la práctica que el acompañamiento de la mujer por una persona significativa reduce las complicaciones del parto (partos quirúrgicos, APGAR bajo), y también reduce el tiempo del trabajo de parto. Los indicadores que ha obtenido esta maternidad coinciden con la evidencia científica internacional: en los partos espontáneos (no conducidos) disminuyen las complicaciones del parto (expulsivo detenido, metrorragia posparto, parto instrumental) y mejoran los APGAR de los recién nacidos.

Ha sido una experiencia hermosa, comenzando por el trato, ver que a uno lo integran en el equipo que atiende el parto es muy lindo, prácticamente fui un ayudante de la matrona, como parte del equipo. Acá uno ve al equipo más integrado al proceso que se está viviendo, no es que salga luego la guagua no más. Han vivido tantas experiencias que se ponen en el lugar de la mamá que da a luz, le dicen "mira, falta un poquitito", "ya va saliendo", ahí hay una comunicación de paciente y profesional, y eso es importante. Para mí fue mucho más que un servicio, fue un amor a la profesión que están ejerciendo, poniéndose en el lugar de la otra persona, como una sola familia. Al final todo fue como un parto familiar, como en casa. Yo recién me estoy acordando que estoy en un hospital (usuario, Hospital de Talagante).



Acompañamiento padre en fase expulsiva del parto

Acompañamiento de persona significativa (persona escogida por la gestante) en fase expulsiva del parto

Acompañamiento permanente de las gestantes desde el preparto hasta el puerperio inmediato.

Al principio de la década de 1990, se integra al equipo de la maternidad del Hospital una matrona chilena proveniente de Suecia, quien comienza a promover la incorporación del padre al parto e incentiva la atención de parto en posiciones distintas a la litotómica, por ejemplo, en cuclillas.

Incorporación de alimentación e hidratación durante trabajo de parto
Se incorpora el contacto precoz piel a piel en todos los partos vaginales por un mínimo de 5 minutos.

Instalación paulatina de modelo menos intervencionista de atención de parto-nacimiento. Se reducen prácticas de rutina que no cuentan con evidencia científica que las respalde: vía venosa, monitoreo fetal electrónico continuo, posición litotómica, episiotomías, entre otras. Se promueve la deambulación libre de la gestante durante el trabajo de parto y se fomentan los partos sin conducción: inicio espontáneo sin intervención biomédica y sin rotura artificial de membranas.

Matrona realiza Diplomado en Nacimiento Humanizado y comienza a atender parto vertical adaptando la camilla de parto tradicional

Hospital entrega recursos para instalar cortinas de género dentro de las salas de preparto. Se generan así áreas separadas entre las camas, otorgando mayor privacidad a las usuarias y sus acompañantes.
Para partos que ocurren en la noche cuando el Hospital no cuenta con servicio de alimentación, se dispone de cajas de leche y jugo para ofrecer a las mujeres en trabajo de parto.

Fomento de partos sin conducción, que se inicien en forma espontánea: se elimina RAM y aceleración ocitócica de rutina en partos fisiológicos.
Gracias al apoyo de las jefaturas del Hospital, en noviembre se materializa el sueño de una sala de parto integral y una cama de parto multifuncional. En la sala de atención integral se realiza el trabajo de parto, parto y puerperio, propiciando el acompañamiento permanente de la gestante por una persona significativa de su elección. La sala se acondiciona pintando las paredes de colores cálidos y se incorporan diversos elementos: un bergere para la gestante o el acompañante significativo, una silla de aseo genital rediseñada para la atención de parto, y una cama multifuncional especialmente diseñada por el equipo de la maternidad.

Desde marzo se incorpora el acompañamiento de la mujer por una persona significativa desde el preparto, y desde junio se incorpora el contacto precoz piel a piel entre la madre y el bebé tras cesáreas. Estas medidas son instaladas por orden del médico jefe como normas obligatorias dentro del Hospital, en el marco de las políticas de promoción del acompañamiento y del apego por parte de la institución.
Durante el primer semestre, un equipo de la maternidad forma el Centro de Atención Integral para el Parto que opera en el pensionado. www.partointegral.cl

Total nacimientos beneficiarias	932	949	1110
% Partos vaginales	68%	69%	74%
% Cesáreas	32%	31%	26%
% Contacto precoz piel a piel parto vaginal (10-30 min)	69%	72%	89%
% Contacto precoz piel a piel cesárea (10 min y más)	0%	0%	31,5% Junio-Diciembre
APGAR Bajo (< 5-7)			
Parto vaginal conducido	16	1	3
Parto vaginal espontáneo	1	0	0
Cesáreas	7	1	2

B. Hospital de Talagante: Prácticas destacadas

Permanencia de una misma matrona durante el proceso:

La gestante es atendida por la misma profesional en el trabajo de parto, parto, y puerperio. Esto genera mayor satisfacción en la población usuaria, y también es percibido como una ventaja por el personal de salud, que destaca la mayor vinculación y personalización de la atención.

Aquí la atención es personalizada, es uno a uno, una misma matrona controla el trabajo de parto y asiste el parto. Se forma un vínculo como cercano, porque las señoras te cuentan su historia, es una cosa más personalizada y cercana, porque no es solamente la anamnesis clínica que se hace, es más biosicosocial, yo creo que es muy integral esto de sentirse cercana a la mujer, a la familia, uno va como eliminando las complicaciones del parto. Cuando hay una persona que te está acompañando, como que se van solucionando, va evolucionando el trabajo de parto, y muchas veces la mujer y la familia te piden que la persona que está siempre termine de asistir el parto (matrona).

Cama multifuncional

La cama multifuncional puede ser utilizada durante el preparto, parto y puerperio inmediato, y le permite a la gestante adquirir distintas posiciones: litotómica, semi-sentada, vertical, en cuclillas sobre la cama, y en cama de descanso. Este implemento fue construido por un artesano de la zona, en madera vitrificada con las proporciones de una cama de plaza y media; cuenta con un colchón de espuma de alta densidad con forro impermeable, cuatro ruedas y articulaciones para cambio de posiciones según los requerimientos de

la usuaria. A su vez, cuenta con una bandeja de madera acolchada, que se adosa a la parte superior de la cama, donde se realiza la atención inmediata del recién nacido sano (medidas antropométricas, profilaxis ocular, de cordón, y hemorrágica –vitamina K–), no siendo necesario el traslado del recién nacido a otro sector de la habitación. El costo total de la cama fue de \$690.000 (en noviembre de 2007). La cama cuenta con la aprobación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital de Talagante.



• Cama multifuncional, Hospital de Talagante | PP



• Matronas capacitándose en utilización cama multifuncional, Hospital de Talagante | PP



• Trabajo de parto, Maternidad del Hospital de Talagante | JG



● Usuaría puerperio recibiendo alimentación, Hospital de Talagante | JG

Cuando la guagua nace, las mamás con justa razón empiezan a sentir hambre y sed, y si una guagüita nace a la una de la mañana, la mamá no puede estar hasta las ocho de la mañana esperando el desayuno, no hay razones para dejarlas en ayuno, hay que traerle de inmediato algo para comer y líquido (nutricionista).

Acompañamiento permanente de la mujer por su pareja y/o un acompañante significativo:

La persona que acompaña a la mujer tiene un rol activo, apoyándola durante todo el proceso: trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Antes del año 1996 el padre podía ingresar al parto, y el año 2000 nosotros integramos el acompañante libre, quien ella quisiera: si quería al marido, a la mamá, a la hermana, que la mujer decidiera quien la acompañara. Y desde el año pasado integramos desde el preparto, entonces la mamá está acompañada en todo el proceso, o sea, no es que entra corriendo el caballero a ver como sale la guagua, sino que está todo el rato acompañando a la señora: camina con ella, la ayuda a comer, le da agua, la ayuda con los masajes (matrona).

Ingesta de líquidos y alimentos durante el parto y puerperio:

La alimentación de la mujer que está en trabajo de parto y en puerperio se considera igual que la de cualquier persona hospitalizada; sólo se restringe la alimentación por algún motivo excepcional.

Si pasan muchas horas les damos la comida completa: pueden tomar desayuno, once, comer. Si tienen que hacer las cuatro comidas durante la hospitalización la hacen, si la señora quiere y si está en condiciones no se restringe ningún tipo de alimento, ni de comida, ni de bebida. Obviamente un pollo con papas fritas ¡no pues! Pero la comida aquí del hospital se le puede dar, e incentivamos a la familia que le traiga un juguito, que le traiga una leche. Yo le digo a la señora «aproveche que le traiga un chocolate, una cosa rica, para que se sienta bien», y la familia se siente bien porque pueden hacer algo (matrona).

Lo de la pelota (balón kinésico) lo encuentro fantástico porque las relaja, la parte genital, encuentro que se dilatan rapidito. Yo creo que lo más importante es que la paciente se siente persona, tomada en cuenta, el hecho que se preocupen de su dolor, le hagan masajes, le den agüita si tiene sed... porque antes la señora no podía tomar ni agua, no comía... el marido también puede cooperar, hacer masajes, estar con ella, no sentirse como una cosa, la guagua también era una cosa, era todo más frío (técnico paramédico).

Contacto inmediato piel a piel con bebé por media hora, tras lo cual se realiza la atención al recién nacido en una bandeja adosada a la cama de parto:

Esta bandeja es de madera acolchada, y se adosa a la parte superior de la cama donde se realiza la atención inmediata del recién nacido sano (medidas antropométricas, profilaxis ocular, de cordón, y hemorrágica –vitamina K–), no siendo necesario el traslado del recién nacido a otra sección de la habitación o a otra sala. Permite que la madre esté al lado del bebé mientras lo atienden.

Uso de técnicas no farmacológicas de apoyo y alivio del dolor:

Masajes realizados por la pareja o acompañante significativo, enseñados por la matrona y/o técnico paramédico, y uso de balones kinésicos. También se otorga a la mujer la posibilidad de tomar duchas y tinas de agua tibia. Adicionalmente se utiliza un cojín terapéutico tibio para otorgar calor localizado.

C. Hospital de Talagante: Claves del proceso

Motivación y capacidad de gestión de matronas participantes de la experiencia

Incorporación activa y permanente de técnicos paramédicos en el proceso de cambio

Capacidad creativa en el diseño de implementos

Apoyo de jefaturas



Historia del Nacimiento de Carla

Viviana y Carlos esperan a su segunda hija. Durante la gestación, Viviana participó en cuatro talleres de preparación al parto en el policlínico de su comuna y en dos en Hospital de Talagante. Carlos no pudo acompañarla debido a su horario de trabajo y restricciones del mismo, y Viviana asistió acompañada de otras personas significativas (familiares o amigas).

A las 5:00 AM Viviana comienza a sentir contracciones cada vez más frecuentes, y a las 9:00 ingresa al Hospital de Talagante junto a Carlos. El diagnóstico de ingreso es: multípara de 1, gestación de 39 semanas, y trabajo de parto franco (6 cms. de dilatación).

10:00 AM



Viviana y Carlos entran a sala integral de atención de parto junto a Eliana, matrona. Viviana se sienta en un bergere, Carlos en una silla a su lado, y Eliana en una banqueta al frente de ella. Hay un calefactor eléctrico prendido, por lo que la sala está tibia, hay luz tenue y música suave que viene desde el pasillo. Dentro de la sala hay silencio, sólo se escucha la respiración fuerte de Viviana y breves conversaciones entre Eliana y los protagonistas del proceso. Viviana se encuentra muy tranquila y concentrada en su respiración.

10:20 AM



Se rompe la bolsa en forma espontánea. Entra una técnico paramédico para ayudar a limpiar, y junto a Eliana colocan un pañal en el bergere para que Viviana no se sienta incómoda. Eliana usa doppler manual para oír los latidos cardíofetales, y comprueba que los latidos están normales (140 latidos por minuto).

10:35 AM



Viviana manifiesta sentir dolor en la zona lumbosacra. Eliana pide a Carlos que la ayude a aliviar el dolor, aplicándole masaje en la zona. Eliana trae una mantilla con un semillero precalentado que aplica sobre la zona pubiana, para aliviar el dolor. Eliana conecta un monitor cardíofetal y registra latidos por alrededor de 10 minutos. Cada procedimiento que aplica lo explica detalladamente a la pareja.

10:40 AM



Viviana dice que quiere cambiar de posición, Eliana pregunta si quiere pasar a la cama ante lo cual responde afirmativamente. Con ayuda de Eliana y de Carlos, camina hacia la cama y se sienta en el borde. Carlos se queda a su lado apoyándola y aplicándole masajes.

10:53 AM



Viviana se recuesta en la cama, Eliana —quien se ha puesto delantal y gorro— realiza un tacto vaginal para evaluar el avance del trabajo de parto y auscultar los latidos del bebé. Viviana tiene 8 cms. de dilatación.

11:00 AM



Eliana ofrece óxido nítrico a Viviana, explicándole a ella y a Carlos de lo que se trata, y cómo utilizarlo. Entra a la sala otra matrona y una técnico paramédico de neonatología, quien les explica a los padres lo que va a suceder con el bebé una vez que nazca: ellos le van a cortar el cordón y luego el bebé se pondrá en el pecho de Viviana por media hora, para luego realizar la atención del recién nacido.

11:20 AM



Entra una técnico paramédico de parto, por lo que hay 4 miembros del equipo de atención en la sala. Eliana pide que bajen la música que viene desde afuera. La sala está en completo silencio, sólo se escucha la respiración fuerte de Viviana. Eliana le dice a Viviana que no hay apuro, que todo está bien, y ausculta nuevamente los latidos con doppler manual.

11:30 AM



Entre todos, ayudan a Viviana a sentarse en posición más vertical. Desarmen la cama, sacando la parte inferior para que Eliana pueda sentarse entre las piernas de Viviana y atender el parto. Se abre el paquete de parto y se ponen sabanillas clínicas para proteger el área perineal.

11:35 AM



Eliana se sienta entre las piernas de Viviana, mientras Viviana se acomoda para el parto: apoya sus pies en las partes laterales de la cama (especialmente diseñadas para este efecto pues no hay pierneras) y con sus manos toma dos argollas que están adozadas a la cama para ayudarse a pujar. El pujo es dirigido por Viviana, el equipo de salud no le da instrucciones y

la anima a que realice el pujo en forma espontánea, reafirmando que todo está bien. Eliana entreabre los genitales y espera el desprendimiento suave de la cabeza (no se ha realizado episiotomía), y luego el pujo siguiente para recibir al bebé. No tracciona ni rota al bebé, sólo espera la expulsión espontánea.

continúa



11:38 AM



Nace Carla, se recibe con mantillas tibias con las cuales se seca y limpia suavemente, tras lo cual se coloca sobre el abdomen de su madre.

11:39 AM



La bebé está sobre el vientre de su madre, muy tranquila, sin llorar. Las matronas esperan que el cordón deje de latir, ponen el clam en el cordón, y pasan las tijeras a Carlos, quien lo corta.

11:40 AM



Carla es colocada en el pecho de Viviana y tapada con mantillas tibias, sigue muy tranquila y con los ojos abiertos buscando una mirada afectuosa.

11:41 AM



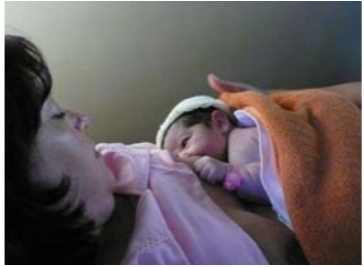
Eliana limpia la zona perineal y comienza a suturar un pequeño desgarro de la mucosa vaginal. La matrona de neonatología muestra la pulsera que colocará a la bebé a sus padres, leyendo los datos y verificando que estén correctos. Carla ya está succionando el pezón, y con sus ojos muy abiertos está mirando a su madre.

11:45 AM



Eliana le explica a Viviana que le puso cuatro puntos. Ocorre el alumbramiento de la placenta, tras lo cual Eliana la muestra a los padres y les explica cómo funcionaba.

11:50 AM



Carla succiona calostro mientras sigue con su mirada fija en los ojos de su madre.

12:08 PM



Eliana toma a Carla para hacer la atención del recién nacido. Para ello, han puesto una extensión de madera a la cama a un lado de Viviana para que todo sea realizado junto a ella.

12:09 PM



Realizan la atención de Carla: la pesan, miden, aplican gotas de oftalmológico, alcohol en cordón, inyección de vitamina K y toman la temperatura axilar (no toman t° rectal). Carla está muy tranquila, sólo llora con la inyección. Han entibiado la ropa de Carla en un calefactor eléctrico, y la visten.

12:16 PM



Traen comida a Viviana, y mientras almuerza, Carlos se queda sentado en el bergere con Carla en sus brazos.

12:27 PM



MATERIAL COMPLEMENTARIO

Evidencia disponible y bibliografía sobre:

Apoyo continuo para las mujeres durante el parto

Existe gran cantidad de evidencia científica que apoya el acompañamiento continuo de la mujer durante el trabajo de parto y parto. Se recomienda revisar en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, el tema de «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto», disponible en:

www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/alguide2/es/index.html

Este sitio contiene información de relevancia sobre el tema, artículos y videos relacionados.

Se recomienda leer la Revisión Cochrane «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto», que revisa 16 ensayos clínicos de 11 países, incluyendo a más de 13.000 mujeres, concluyendo que las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera espontánea, sin cesárea, instrumental ni fórceps. Además, las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto. Los autores concluyen que todas las mujeres deben contar con apoyo en todo el trabajo de parto y el parto. El artículo se encuentra disponible en:

www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd003766/es/index.html

y se cita como sigue: Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4. Art. n.º: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

También se recomienda leer el siguiente artículo, que realiza una revisión de la evidencia disponible en relación con la presencia de una «doula» durante el parto; mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto y parto, brindando apoyo emocional continuo durante este periodo:

Valdés L., Verónica y Morlans H., Ximena. «Aportes de las doulas a la obstetricia moderna». En, *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2005, vol. 70, no. 2 pp. 108-112. Disponible en:

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7526

Incorporación de varones en salud sexual y reproductiva

Los padres están siendo incorporados como sujetos activos en SSR, y resulta de gran importancia poder avanzar en esta tarea. Se recomienda visitar el sitio web de EME, sobre masculinidades y equidad de género:

www.eme.cl

EME es una organización chilena dedicada a la investigación y el cambio social con hombres, con perspectiva de equidad de género. El material para trabajar con varones se encuentra en el vínculo «Programas, metodologías, manuales para trabajar con hombres y equidad de género», que se encuentra en el sitio web de EME.

También se recomienda la lectura de un artículo originado en una tesis de postgrado sobre la participación del padre en el parto en hospitales de Santiago:

– «Los hombres también se emocionan, hacia la construcción de masculinidades presentes». Sadler, Michelle, 2007. En, *Revista GPU (Gaceta de Psiquiatría Universitaria)*, Año 3; Volumen 3, N° 4: 437-449. Disponible en: www.culturasalud.cl (en vínculo «Publicaciones del equipo»). La tesis completa desde donde se origina el artículo se encuentra en el mismo sitio).

ACOMPañAMIENTO



ACUERDO DE ACOMPañAMIENTO INTEGRAL DEL PARTO

EL HOSPITAL DR: R. F. G de Cañete, les invita a participar activamente en el proceso de nacimiento de su hijo(a), entregando la posibilidad de acompañar a la madre en el parto y preparto. Frente a este desafío usted se compromete a cumplir las normas de la unidad, comprender, respetar y facilitar el trabajo de las personas que apoyan en este proceso. Además usted debe comprometerse a:

- Mantenerse junto a la gestante para brindarle apoyo.
- Evitar deambular por las dependencias del servicio de maternidad.
- Resguardar de esta manera la privacidad de las demás usuarias, especialmente si se encuentran en trabajo de parto.
- Mantener una actitud de respeto hacia los demás usuarios del servicio y hacia el personal en general.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando ruidos innecesarios.
- Utilizar las sillas dispuestas para los acompañantes y no las camas de las pacientes al sentarse.
- Durante el día deben utilizar los baños destinados al público, ubicados en el sector policlínico, y durante la noche los baños de la sala de espera del Servicio de Emergencias. En ningún caso deben usar los baños destinados a las usuarias del servicio de maternidad o los baños de otros servicios.

Me comprometo a cumplir íntegramente este Contrato.

Nombre Completo, Rut y Firma de los acompañantes.

1. _____
2. _____

Nombre y Firma de la Matrona (Encargado del Servicio) de la Unidad.

Fecha. ____/____/____

Como ejemplo de este tipo de documentos de consentimiento informado, se copia el «Acuerdo de Acompañamiento Integral del Parto» utilizado en el Hospital de Cañete, VIII Región.

Beneficios de un acuerdo de acompañamiento

Como manera de establecer los compromisos de la persona que acompañará a la mujer, en algunos hospitales se utilizan acuerdos de acompañamiento, donde se le pide a la persona que firme un documento donde se compromete a cumplir las normas del lugar. Este tipo de medidas sirven para que se reduzcan las ansiedades del personal de salud relacionadas con que ingresen personas externas, y también sientan las bases para que las personas tengan claras sus responsabilidades al interior de las dependencias de la maternidad.

Capítulo Acompañamiento:

Buscar en el CD el PDF «Acompañamiento.pdf»



Créditos de fotografías:

JG | Justine Graham

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: HOSPITAL DE VILLARRICA.

PÁG VII (DERECHA), 12, 32, 41, 76, 78, 79, 83, 84, 85, 90, 91, 92, 106, 109, 130, 132, 136, 137, 138, 142, 143, 144, 146, 147.

MS | Michelle Sadler

PÁG VII (IZQUIERDA), 19, 34, 35, 50, 53, 55, 57, 59, 63, 68, 69, 70, 108, 122.

PN | Patricia Núñez

PÁG. 14, 15.

PP | Pilar Plana

PÁG 17, 52, 133, 141.

RC | Rocío Cáceres

PÁG 23 (ARRIBA).

ES | Fotografías proporcionadas por Equipos de Salud

PÁG 20, 21, 23 (ABAJO), 25, 38, 39, 114, 115, 120, 135.