

Cambio de paradigma en la atención del nacimiento

Dra. Marcia Venegas N.
Gineco-obstetra U. de Chile
Directorio SOCHIPAR
Fundadora Asoc. Ginecólogas Chile
Staff CLC



A que apuntamos?

- A relevar la importancia del nacimiento como uno de los eventos más importantes y determinantes del ciclo vital de los seres humanos y sus madres.
- El cómo se desarrolle esta experiencia impactará profundamente en la salud mental y física de quien pare y de quien nace.
- Una experiencia de parto traumática puede dificultar la vinculación de la madre con su hijo(a), la lactancia y aumenta las posibilidades de patología psiquiátrica en el puerperio; desde depresión postparto a trastorno por estrés posttraumático.

Nacer: Evento vital de primer orden

Nuestro temario



Historia del nacimiento y origen del modelo biomédico tecnocrático.



Hacia un modelo biomédico humanista.



Iniciativas mundiales que impulsan el cambio de paradigma.



Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto.

Historia del nacimiento



- Antiguamente el parto era considerado un proceso natural, el cual se llevaba a cabo en el hogar de la mujer con ayuda de otras mujeres o parteras cuyos conocimientos eran transmitidos a través de una generación a otra.
- El cuerpo de la mujer se consideraba sagrado, fue objeto de cultos, simbolismos y ritos, donde uno de los más importantes era el paso de mujer a madre.



Historia del nacimiento



- El parto se trasladó del domicilio a las instituciones durante la primera mitad del siglo XX.
- La elevada mortalidad materno-infantil disminuyó significativamente entre el 1950-2010 sobretodo debido a la aparición de los controles prenatales y la atención profesional del parto.
- Con la llegada de la era industrializada, el parto y otros aspectos de la vida fueron entrando en la mecánica de la industrialización y se dejaron estos procesos en manos de la ciencia y la tecnología.

Modelo tecnocrático

- A medida que la producción mecanizada de productos se fue convirtiendo en una metáfora organizativa fundamental de la vida social, también pasó a ser la metáfora dominante del parto:
 - El hospital se convirtió en la fábrica
 - El cuerpo de la madre en la máquina
 - Y el bebé en el producto de un proceso de fabricación industrial.
- A la obstetricia se le exigió que desarrollara herramientas y tecnologías para tratar y mejorar el proceso del parto y hacer que éste se ajustase al modelo de cadena de montaje de la producción en serie.



Modelo tecnocrático

- Nace el modelo tecnocrático en salud.
- Representa los principales valores que sustentan las sociedades contemporáneas:
 - Conocimiento científico
 - Tecnología
 - Beneficios económicos
 - Institucionalidad dirigida patriarcalmente.
- En obstetricia cree estar basado en la evidencia científica pero la evidencia demuestra lo contrario.
- Se realiza en forma rutinaria no porque tengan un sentido científico sino cultural, ya que ejemplifica aspectos esenciales del modo de vida tecnocrática.



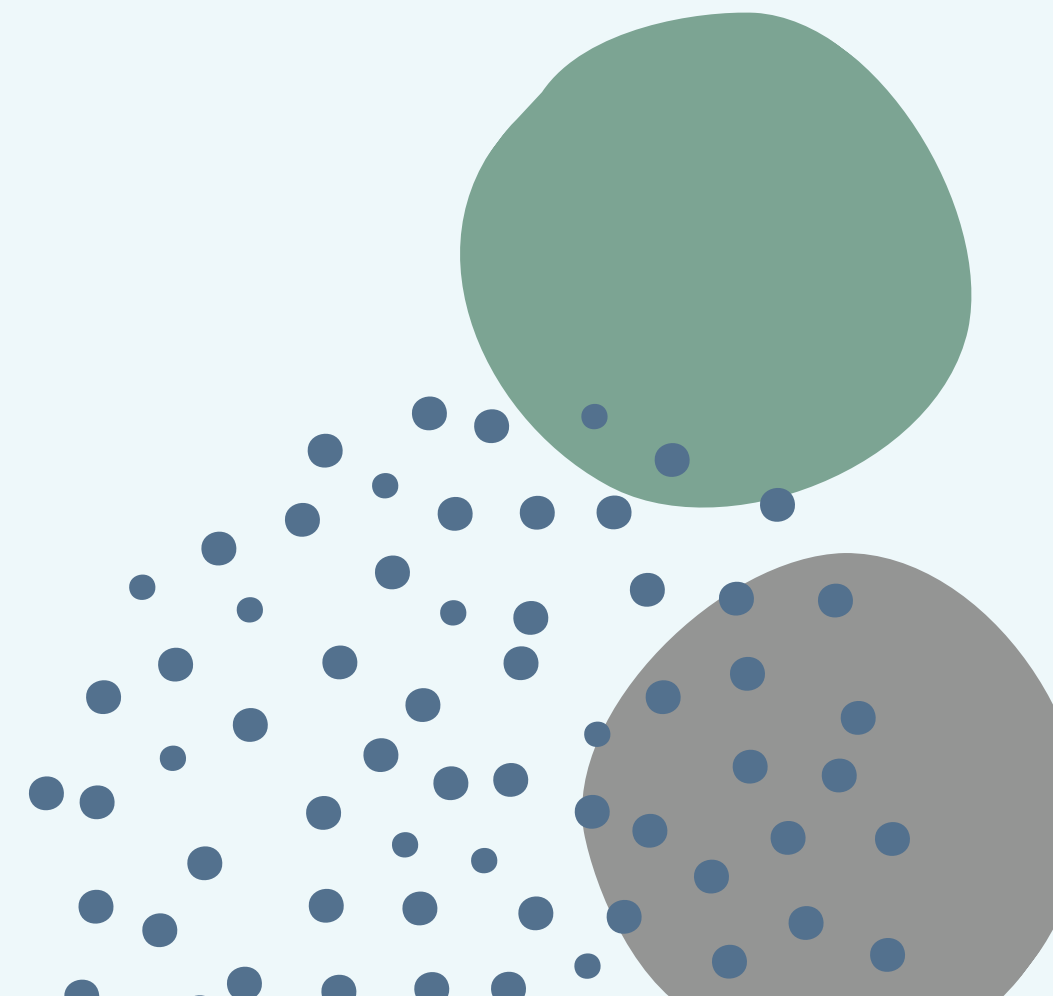
Modelo tecnocrático

SEPARACION CUERPO - MENTE.

- El principio de separación separa al cuerpo humano de la mente humana.
- La Biomedicina divide continuamente al individuo en las partes que lo componen, el proceso de reproducción en los elementos que lo constituyen, y separa la experiencia de dar a luz del flujo de la vida.
- Esta idea significó que la esencia cultural superior del hombre, su mente – así como la esencia espiritual, su alma–podían permanecer inmutables mientras que el cuerpo, como mera parte de la naturaleza mecánica, se podía dividir, estudiar y reparar.

Analogía del cuerpo como “máquina” justificando el sobreuso de tecnología.

Davis-Floyd, Robbie. (2001) “Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico”



Modelo tecnocrático

Mirada en salud siempre desde el cuerpo masculino como referente.

Androcentrismo:

Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino.

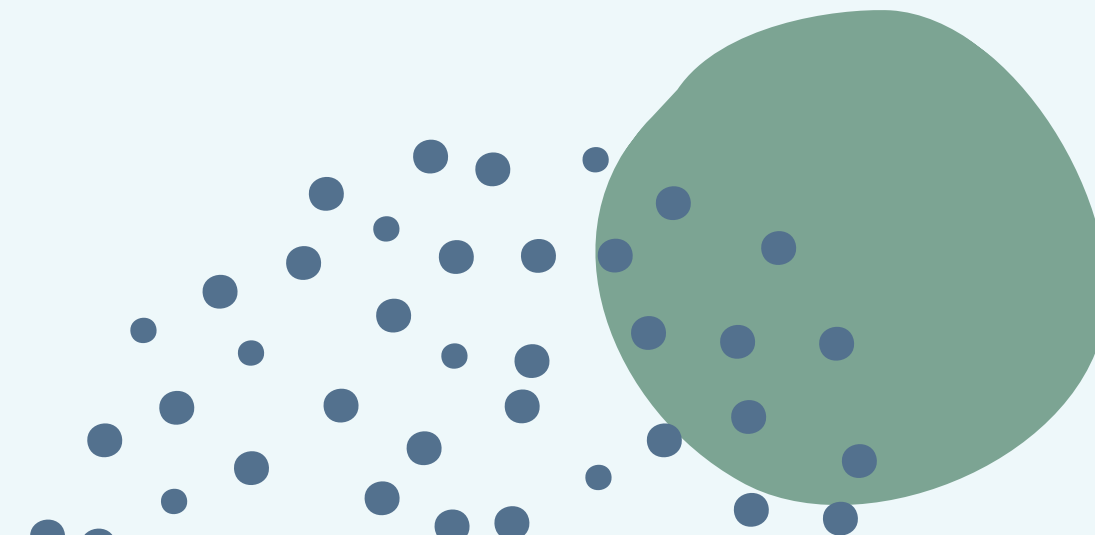
Cuerpo femenino como imperfecto, como la «desviación» a la norma.

BASE FILOSÓFICA DE LA OBSTETRICIA MODERNA

La literatura y la práctica biomédica han construido a las mujeres como “pacientes naturales” al concebir sus procesos fisiológicos como problemas médicos o patológicos, como por ejemplo, la menstruación, la gestación y parto, y la menopausia.

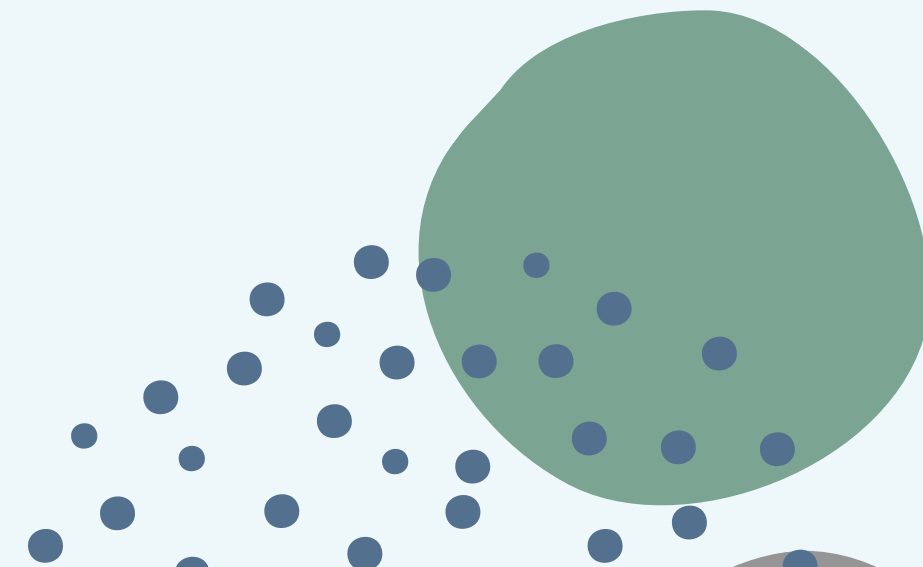
Históricamente los cuerpos femeninos han sido contruidos –desde el discurso médico hegemónico– como una fuente de patologías y desviaciones, lo cual valida su manipulación e intervención.

Sadler, Michelle & Obach, Alexandra. (2008). La huella femenina en los sistemas médicos informales del Chile actual.



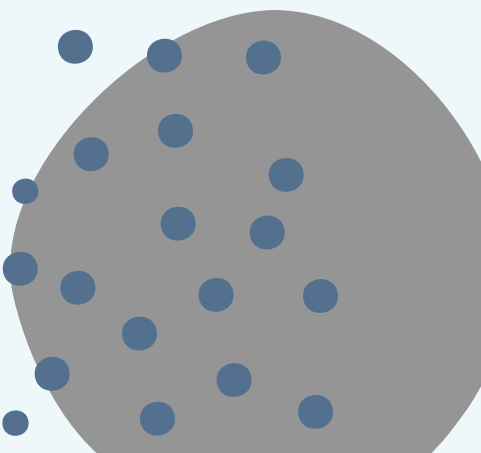
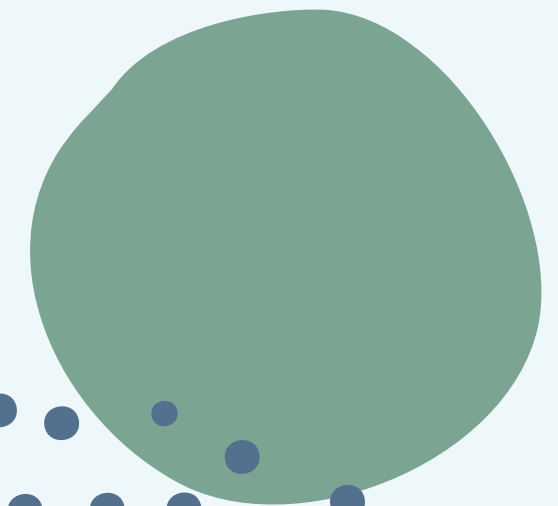
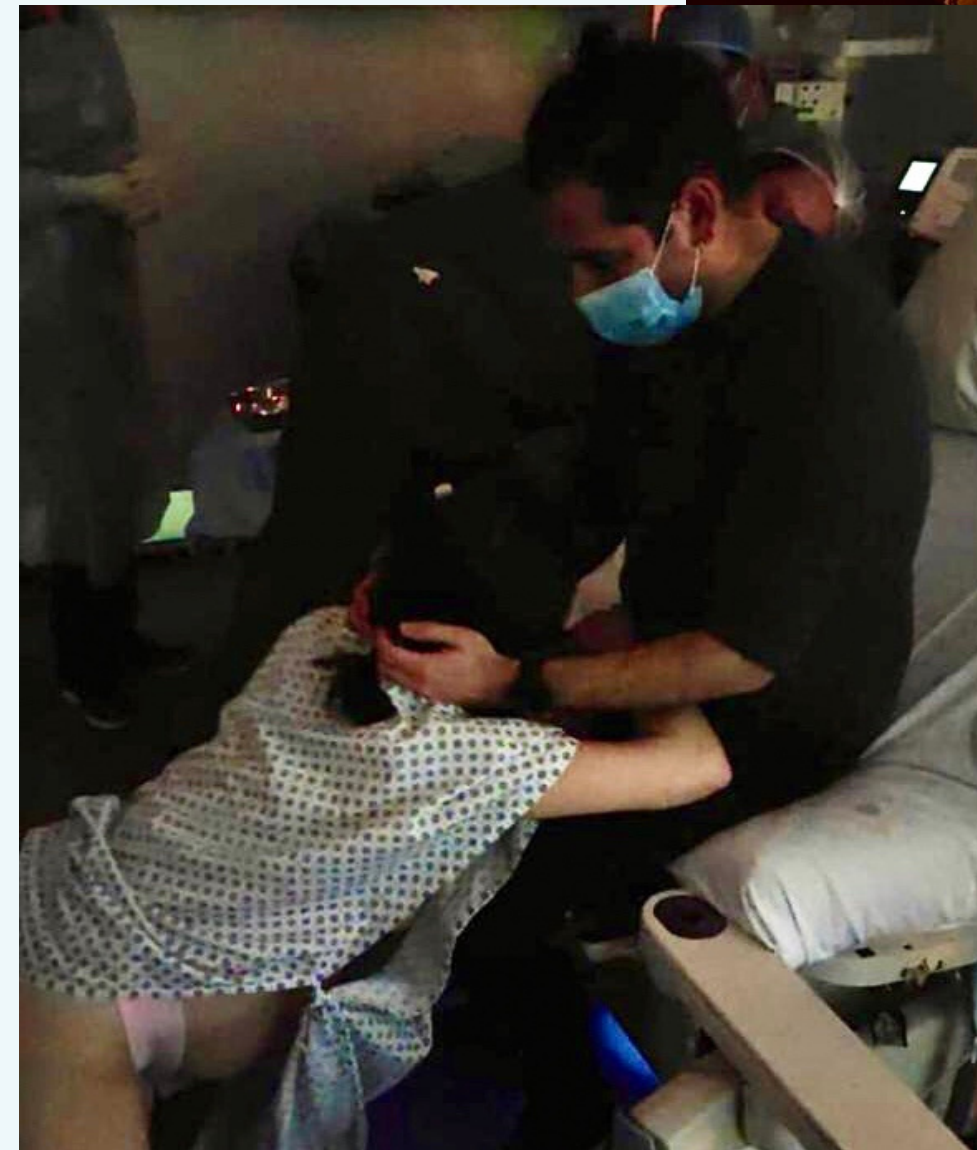
Modelo tecnocrático

- En consecuencia la partera tradicional/empírica se reemplazó por la partera profesional con estudios universitarios con características similares a los hombres entrenados en el paradigma tecnocrático.
- Todo esto llevó a una pérdida de autonomía de la mujer y de protagonismo de su parto.
- Distintas prácticas se comenzaron a instaurar de manera rutinaria llegando con los años a un modelo fuertemente institucionalizado y medicalizado.
- Los profesionales perdieron confianza en el proceso natural y las habilidades para acompañar los procesos sin intervenciones.
- Las mujeres empezaron a vivir este proceso desde el miedo, la desconfianza hacia sus cuerpos y la pérdida del control.



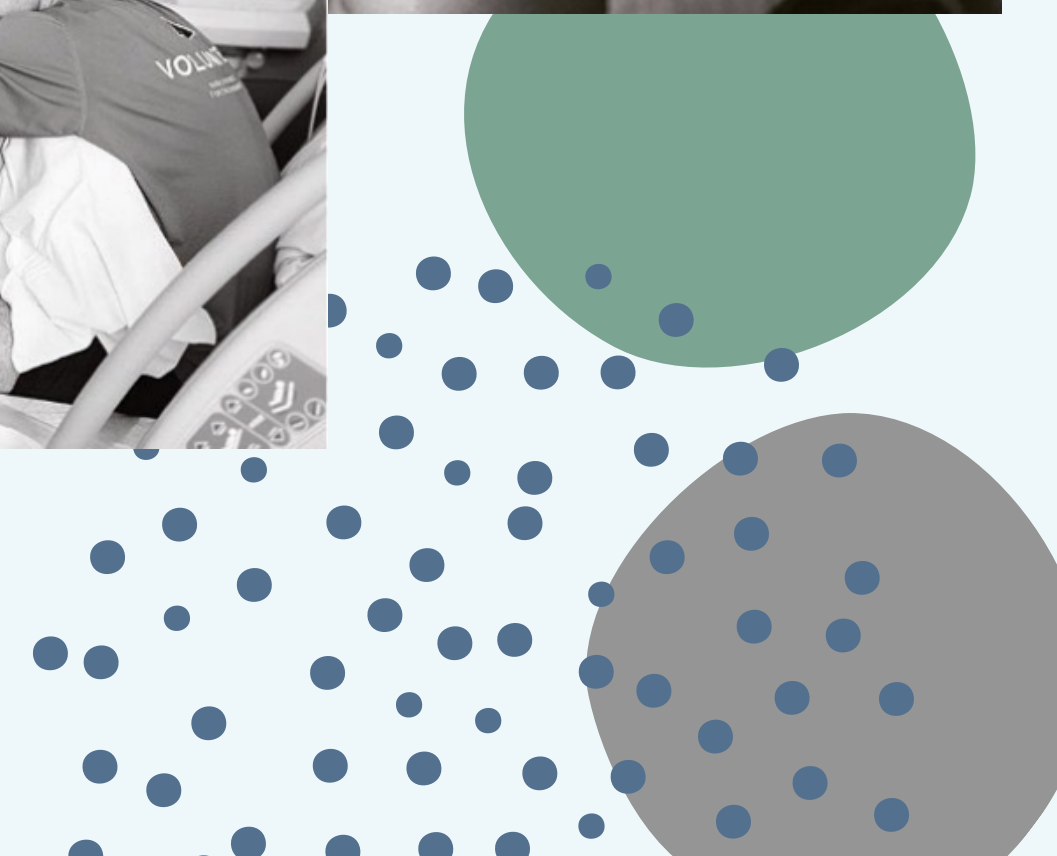
Modelo Humanista

- Nace como reacción de los y las profesionales de la salud frente a los excesos del modelo tecnocrático que impera en la biomedicina.
- Deseo de “humanizar” el sistema médico desde adentro.
- Hacer medicina sensible y compasiva.

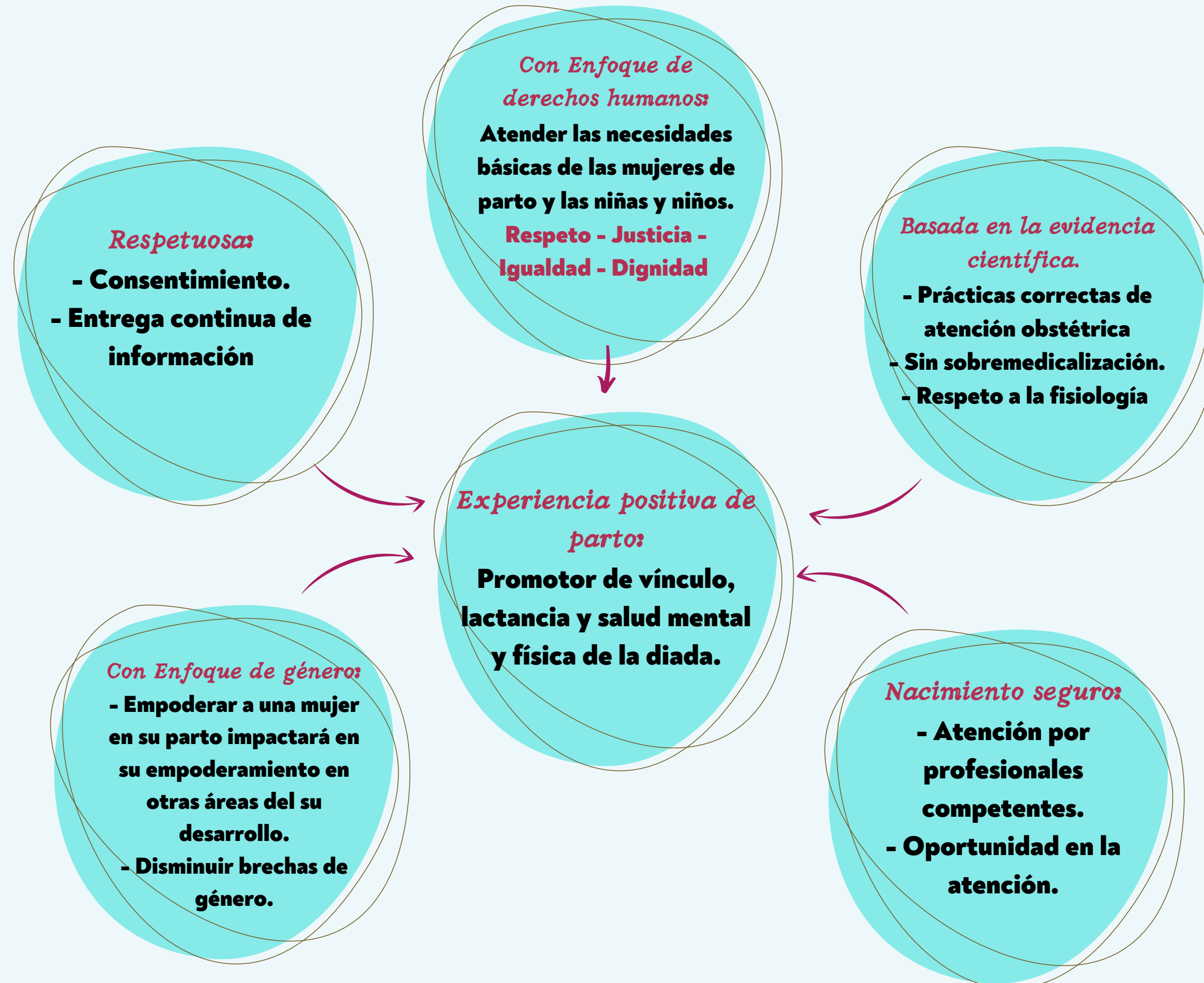


Modelo Humanista

- Integración cuerpo y emociones
- Cuerpo entendido como un organismo integral
- Familias usuarias como sujetos activos de la atención.
- Información, toma de decisiones compartidas entre personal de salud y personas usuaria
- Principio de Consentimiento informado:
 - Proporcionar información veraz, objetiva y científica.
 - La información es poder y libertad.
 - «Si no conoces todas tus opciones, no tienes ninguna».



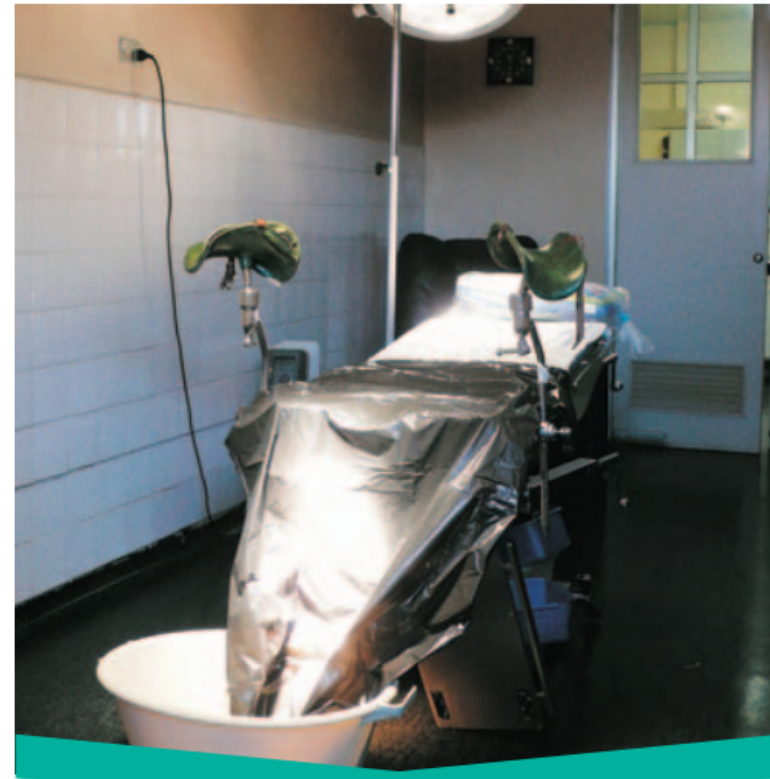
Modelo biomédico Humanista en la atención del nacimiento



Modelo biomédico Humanista en la atención del nacimiento

¿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

Modelo biomédico Humanista en la atención del nacimiento

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

Sadler, M. 2009. Re-visión del parto personalizado. Herramientas y experiencias en Chile.

Transición obstétrica en Chile:

				Chile		
Características	Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV	Etapa V*	
RMM (X100.00RNV)	>1000	999 - 300	299-50	<50	<5	
Principales Causas	Directas	Directas	Directas	Indirectas	Indirectas	
Tasas de Fecundidad	Altas	Altas	Variable	Baja	Bajas	
Principales de estrategias para la disminución de las MM	Fortalecer elementos mínimos de la gestión de la demanda y acceso al Sistema de Salud		Incrementar la calidad y la atención profesional del parto	Calidad de la atención Reducir los tiempos de espera y resolución Racionalización de las tecnologías Sanitarias	Avanzar en la disminución de las desigualdades de género Gestión en poblaciones vulnerables Consolidar en el tiempo la excelencia de la atención	


Fuente: Souza JP, et al. Obstetric Transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG. 2014.

COMO ESTA CHILE?

9 instituciones

1882 gestantes

Primíparas y multíparas SANAS ingresadas en fase activa.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/midw

Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile

Lorena Binfa, RM, MPH, PhD (Associate Professor)^{a,*}, Loreto Pantoja, RM (Lecturer in Midwifery)^{a,*}, Jovita Ortiz, RM (Lecturer in Midwifery)^a, Marcela Gurovich, RM (Lecturer in Midwifery)^a, Gabriel Cavada, PhD (Statistician)^b

Algunos resultados:

- 81.5% Sin alimentación
- 55% MEFI continuo
- 59% RAM
- 91% Conducción ocitócica
- 30% Sin acompañamiento
- 79.7% Litotomía
- 56.4% episiotomía

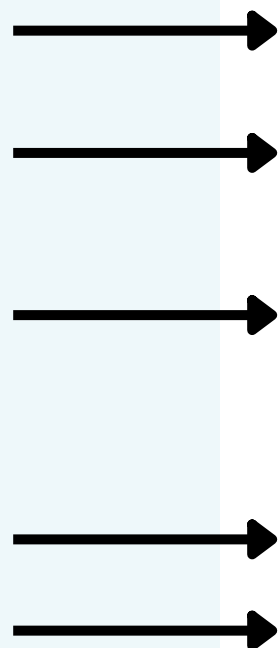
COMO ESTA CHILE?

113575 encuestas repondidas de forma completa.
 un 25% de los nacimientos ocurrieron antes de 2008 (entre 1970 y 2008), un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2015 y 2017.



Tabla 4: Prevalencia de intervenciones obstétricas según periodo y tipo de institución

	1970-2008		2009-2013		2014-2017	
	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Rasurado vello púbico	69,4%	64,6%	37,3%	33,4%	31,7%	21,1%
Enema	59,8%	58,9%	14,0%	19,9%	5,0%	6,7%
Mon. fetal continua	67,2%	85,7%	77,3%	85,8%	84,6%	81,6%
Oxitocina	38,7%	42,2%	44,3%	48,0%	51,8%	45,3%
Anestesia/epidural	60,4%	93,7%	71,7%	94,0%	73,7%	88,6%
RAM	49,7%	43,4%	48,4%	48,7%	44,0%	39,9%
Maniobra de Kristeller	44,0%	42,6%	36,8%	43,3%	27,3%	31,5%
Episiotomía	71,2%	58,5%	58,3%	49,6%	44,0%	41,1%
Cesárea	26,5%	53,5%	39,7%	56,7%	39,8%	50,8%



Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior
 Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

COMO ESTA CHILE?



113575 encuestas repondidas de forma completa.
 un 25% de los nacimientos ocurrieron antes de 2008 (entre 1970 y 2008), un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2015 y 2017.

Tabla 5: Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto según periodo y tipo de institución

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Privación de acompañante significativo en algún o todo momento del trabajo de parto/parto*					
89,4%	33,9%	73,4%	27,3%	60,8%	20,9%
Restricción de ingesta de alimentos y/o líquido durante trabajo de parto					
92,7%	79,6%	84%	75,4%	72,9%	60,9%
Sin acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor					
88,6%	76,6%	78,5%	74,9%	62,1%	60,6%
Restricción de movimiento en parte/todo el trabajo de parto					
75,9%	47%	75,4%	46,3%	64,7%	38,3%
Posición litotómica durante el parto					
84,2%	84,5%	80,7%	81,6%	77,3%	78,8%
Contacto piel con piel con recién nacido inferior a 30 minutos o privación de contacto					
95,7%	95,1%	90,5%	91,8%	83,2%	82,1%

Avances en Chile

- Norma de vigilancia de cesáreas
- Actualización de GPC Analgesia del Parto. Actualización de recomendaciones basado en metodología GRADE.

RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ANALGESIA DEL PARTO

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO 1. En mujeres en trabajo de parto en fase latente que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar óxido nítrico o medidas no farmacológicas de acuerdo a las preferencias personales de cada mujer. <i>Comentarios del panel:</i> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera fase latente del trabajo de parto hasta los 5 cm de dilatación. - La elección del método de alivio del dolor dependerá de las preferencias de las mujeres respecto a la libertad de vivir una experiencia positiva de su parto, sin ser excluyentes una de otra. - Dentro de las medidas no farmacológicas incluidas en esta guía se encuentran: el balón kinésico, la termoterapia (bolsas de semilla, compresas tibias o guateros) y la masoterapia. 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
2. En mujeres en trabajo de parto en fase latente que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tanto óxido nítrico o anestesia neuroaxial de acuerdo a las preferencias personales de cada mujer. <i>Comentarios del panel:</i> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera fase latente del trabajo de parto hasta los 5 cm de dilatación. - La elección final del método de alivio del dolor dependerá de las preferencias de cada mujer y de la disponibilidad de ambas técnicas. - Para una decisión informada, es importante considerar los potenciales efectos de cada alternativa: el óxido nítrico tiene un menor efecto en el dolor y puede producir somnolencia o mareos. Por otra parte, la técnica neuroaxial requiere de una punción lumbar y puede asociarse a dolor de espalda, dificultad para moverse o prurito. 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○



CLASIFICACIÓN DE ROBSON: MANUAL DE APLICACIÓN

3.1 Los 10 grupos de la clasificación de Robson

Grupo 1 Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.	Grupo 6 Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas.
Grupo 2 Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto).	Grupo 7 Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.
Grupo 3 Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.	Grupo 8 Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.
Grupo 4 Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto).	Grupo 9 Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.
Grupo 5 Todas las mujeres multiparas con el menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación.	Grupo 10 Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de <37 semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.

CCC 2008. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo



Departamento Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2008

Capítulo X

Atención del Trabajo de Parto y Parto Fisiológico

Recepción de la gestante en la unidad de urgencia de la maternidad

Manejo del trabajo de parto fisiológico personalizado

Alternativas en manejo del dolor en el trabajo de parto y parto

Asistencia personalizada del parto

Apego precoz

Posiciones para la primera etapa del trabajo de parto

Posiciones para la segunda etapa del trabajo de parto

Parto en cuclillas

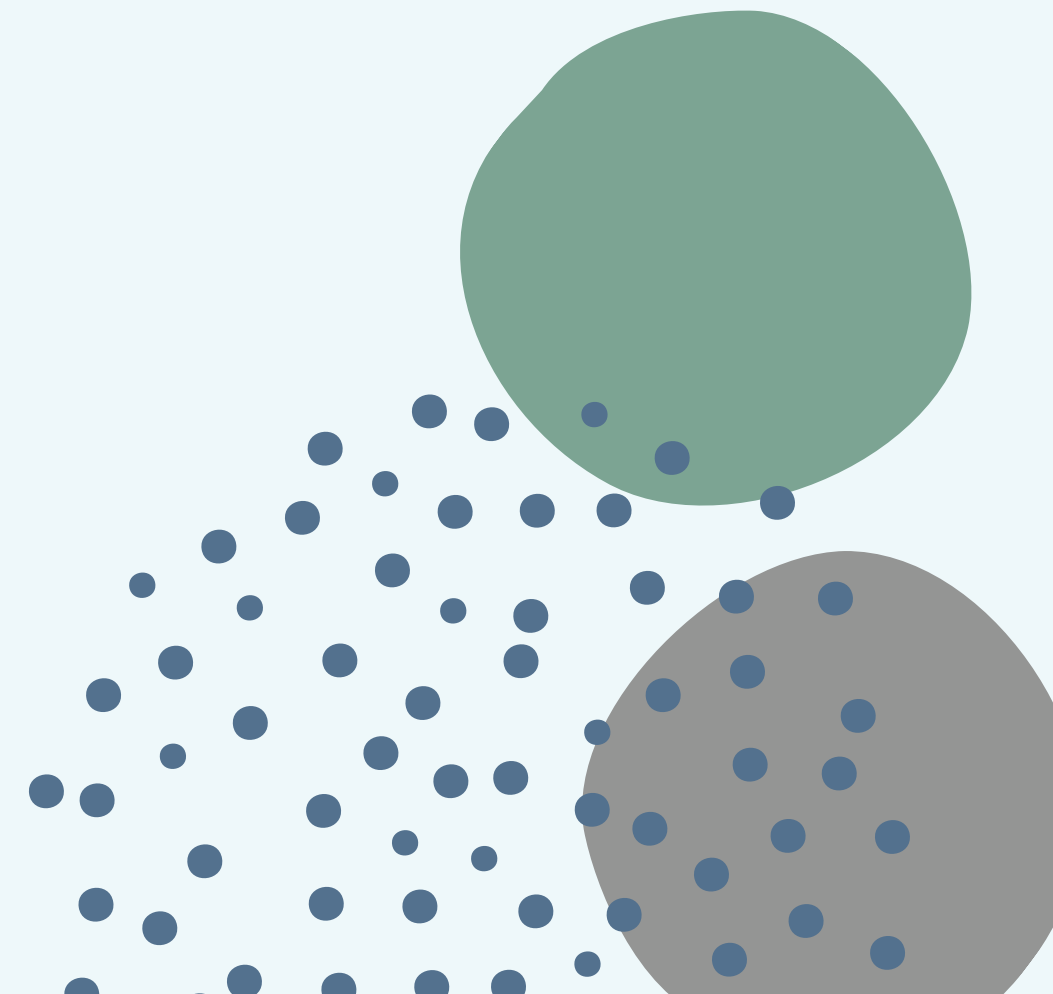
Clasificación de las prácticas en el parto normal

- Informar a la mujer, pareja o acompañante la condición materna y fetal de cada etapa.
- Respetar la elección de la presencia de la pareja o acompañante, la cual dependerá de las necesidades de la parturienta.
- Favorecer la participación e integración del padre o persona significativa en un ambiente de privacidad, motivándolo a ser proactivo durante el proceso de parto, como apoyo para la mujer y para favorecer la formación de vínculos seguros con su hijo/a al momento del nacimiento.

- Los procedimientos de atención inmediata del recién nacido, se realizan una vez cumplido este período de apego temprano (deben ser diferidos al menos 60 minutos para no alterar el apego precoz).

Avances en Chile

- No tenemos una política pública respecto humanización del parto y nacimiento: tenemos un manual que recomienda pero no obliga.
- **¿Se podría transformar en una Norma técnica?:**
- **Sí**, que tenga esta denominación es mandatorio para el sector público y privado. No obstante, se debe salvaguardar que se indiquen elementos que reciban soporte financiero para el sector público.
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

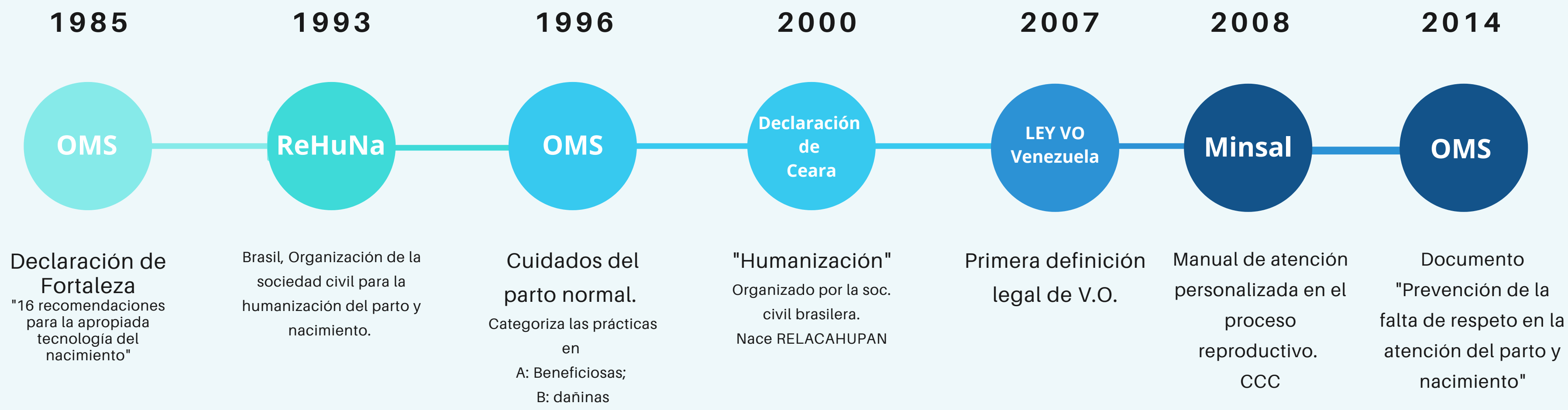




Iniciativas mundiales que impulsan el cambio de paradigma



HITOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN LA PROMOCION DEL NACIMIENTO RESPETUOSO



HITOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN LA PROMOCION DEL NACIMIENTO RESPETUOSO



Fuente: Elaboración propia.

La OMS, tras la conferencia internacional en Fortaleza Brasil en 1985, inició acciones para un cambio a nivel mundial en la humanización del parto y nacimiento y el uso adecuado de la tecnología en estos procesos.

“El Nacimiento no es una enfermedad”

A 37 AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE FORTALEZA

**Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento
Declaración de Fortaleza 1985
Organización Mundial de la Salud**

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

“16 recomendaciones para la Apropiada Tecnología del nacimiento”

- Acompañamiento continuo
- 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
- Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal
- 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.
- No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

DECLARACIÓN DE CEARA



Quince años después, en la misma ciudad de Ceará en Fortaleza, la OMS organizó la “Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto”, celebrada en noviembre del año 2000, donde se definió con precisión el concepto de humanización. En este marco se entiende “Parto Humanizado”, como aquel donde “el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo emocional), entre otros.

RECOMENDACIONES OMS. 2018 PARA UNA EXPERIENCIA POSITIVA DE PARTO

Define una experiencia positiva de parto como la experiencia que cumple o supera las expectativas personales y socioculturales previas de la mujer

Incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y competente técnicamente.

Son:

- Recomendaciones basadas en la evidencia.
- Atención centrada en la mujer. Enfoque de género.
- Enfoque basado en los derechos humanos





International Childbirth Initiative

**12 Steps to Safe and Respectful
MotherBaby-Family Maternity Care**



International
Confederation
of Midwives
Strengthening Midwifery Globally



International
Pediatric
Association
Every Child • Every Age • Everywhere



La ICI se basa en los conceptos de servicios de maternidad culturalmente sensibles y seguros, incorporando la recomendación de la OMS que apoya los servicios de atención de maternidad culturalmente apropiados para mejorar la salud materna y neonatal.

Paso 1

Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información para elección y privacidad.

Paso 2

Respetar el derecho de cada mujer para acceder y recibir cuidado no discriminatorio que sea gratis o por lo menos un cuidado asequible durante el período de maternidad, teniendo claro que bajo ninguna circunstancia se le puede negar la asistencia una mujer o bebé o retenidos después del parto por falta de pago.

Paso 3

Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad MadreBebé-Familia de manera rutinaria, integrando un enfoque de práctica y filosofía de la partería que puede ser practicado por todos los profesionales de la maternidad en todos los entornos y en los niveles de prestación de atención.

Paso 4

Reconocer el derecho de la madre a un apoyo continuo durante el trabajo de parto y nacimiento, informarle de sus beneficios y asegurar que ella reciba apoyo de los proveedores y compañeros de su elección.

Paso 5

Ofrecer comodidad libre de fármacos y medidas de alivio del dolor durante el parto como primeras opciones seguras. Si las opciones para el alivio farmacológico del dolor están disponibles y son solicitadas, explicar sus beneficios y riesgos.

Paso 6

Proporcionar prácticas basadas en evidencias beneficiosas para la unidad Madre-Hijo-Familia a lo largo de todo el periodo de maternidad.

Paso 7

Evitar procedimientos potencialmente dañinos y prácticas que no tienen suficientes pruebas de un beneficio que compensen el riesgo de rutina y de uso frecuente en el embarazo normal, trabajo de parto, nacimiento, postparto y período neonatal.

Paso 8

Implementar medidas que mejoren el bienestar y prevengan enfermedades en la unidad MadreBebé-Familia, incluyendo la buena nutrición, agua potable, sanidad, higiene, planificación familiar, enfermedades y prevención de complicaciones y educación pre y post natal.

Paso 9

Proporcionar tratamiento obstétrico, neonatal y de emergencia apropiado cuando sea necesario. Asegurar que su personal esté entrenado en reconocer las posibles complicaciones y condiciones peligrosas y en proveer tratamiento de estabilización eficaz, y tener vínculos establecidos para consulta y un sistema de referencia segura y eficaz.

Paso 10

Implementar una política de apoyo de recursos humanos para reclutamiento y retención de personal, y asegurar que su personal esté seguro, sea respetado y le permita proporcionar un cuidado con buena calidad, colaboración y atención personalizada a mujeres y recién nacidos en un ambiente de trabajo positivo.

Paso 11

Proporcionar una atención colaborativa continua con todos los proveedores relevantes de salud, instituciones y organizaciones con los planes establecidos y comunicación logística, consulta y referencia entre todos los niveles de atención.


Paso 12

Lograr los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigable para el bebé (2018) revisada- Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en instalaciones de prestación de servicios de maternidad.

Esta plantilla permitiría implementar una atención de salud materna segura y respetuosa en cualquier entorno de práctica,

ONU: ENFOQUE BASADO EN LOS DD.HH DEL MALTRATO Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SSR.

Naciones Unidas A/74/137

 **Asamblea General**

Distr. general
11 de julio de 2019
Español
Original: inglés

Septuagésimo cuarto período de sesiones
Tema 26 a) de la lista preliminar*
Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer

**Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato
y la violencia contra la mujer en los servicios de salud
reproductiva, con especial hincapié en la atención del
parto y la violencia obstétrica**

Analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como las causas profundas y los problemas estructurales que deben afrontarse para luchar contra estas formas de maltrato y violencia.

ONU: ENFOQUE BASADO EN LOS DD.HH DEL MALTRATO Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SSR.

RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS:

- Tienen la obligación de respetar y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia.
- Los Estados deben afrontar el problema desde una perspectiva de derechos humanos y elaborar estrategias nacionales a fin de garantizar un tratamiento respetuoso, digno y basados en los derechos humanos en el contexto de la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva.
- **Los Estados deben afrontar la falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres.**
- **Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto.**

2022 la OMS lanzó las primeras directrices mundiales para apoyar a las mujeres y los recién nacidos en el **período postnatal**, las primeras seis semanas después del nacimiento.

Esta guía entrega **más de 60 recomendaciones** que ayudan a brindar una experiencia postnatal positiva para mujeres, bebés y familias.



WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022

Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

- La gestación y el parto son procesos fisiológicos en nuestra vida sexual y reproductiva. La gestación, por norma general, es un estado de salud y bienestar.
- Aunque la mayoría de las mujeres deberían llegar al final de la gestación con la consideración de embarazo normal, la realidad es que pocas de ellas llegan a término sin haber pasado por demasiadas pruebas e intervenciones que a menudo carecen de evidencia científica que las avale.
- El exceso de pruebas e intervenciones en gestaciones normales no se traduce en mejores resultados maternos o neonatales.
- Es preciso un cambio urgente hacia un paradigma holístico y salutogénico que abandone el paternalismo y la hipermedicalización del parto y el nacimiento, que promueva partos seguros, acompañados desde la ciencia, los cuidados, el respeto y las personas.

Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

OMS 2020, año de la partería y la enfermería.

- Toda mujer, en todas partes, tiene derecho a una atención respetuosa y de calidad durante el parto.
- La preservación de este derecho básico es la esencia de la atención de partería.
- Se debe priorizar la financiación de los modelos de atención de partería y contar con el respaldo de una legislación reglamentaria que proporcione una infraestructura educativa adecuada y reconozca a la partería como una profesión sanitaria autónoma, actualizando el plan de acción de la OMS para fortalecer la educación de partería de calidad.

Annals of
GlobalHealth

Edmonds JK, et al. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Annals of Global Health*. 2020; 86(1): 44, 1–4. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>

VIEWPOINT

Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally

Joyce K. Edmonds*, Juliana Ivanof* and Ursula Kafulafula†



Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

- Las unidades dirigidas por parteras pueden concebirse como una respuesta al fenómeno acuñado por la Serie de Salud Materna de The Lancet como "too much, too soon", que se refiere a la atención antes, durante y después del parto que es demasiado, innecesaria, inapropiada y posiblemente incluso dañina.
- Es un extremo en el cuidado de la maternidad, con "Too little, too late" en el otro extremo.

THE LANCET

SERIES | MATERNAL HEALTH | VOLUME 388, ISSUE 10056, P2176-2192, OCTOBER 29, 2016

Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide

Prof Suellen Miller, PhD   • Edgardo Abalos, MD • Monica Chamillard, MD • Agustin Ciapponi, Msc • Daniela Colaci, MD • Daniel Comandé, BIS • et al. [Show all authors](#)

Published: September 15, 2016 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)  Check for updates



Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto



**Cochrane
Library**

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

[Intervention Review]

Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women

Authors' conclusions

This review suggests that women who received midwife-led continuity models of care were less likely to experience intervention and more likely to be satisfied with their care with at least comparable adverse outcomes for women or their infants than women who received other models of care.

Further research is needed to explore findings of fewer preterm births and fewer fetal deaths less than 24 weeks, and all fetal loss/neonatal death associated with midwife-led continuity models of care.

Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

- Cochrane de 2016: «Modelos de cuidados continuados liderados por matronas comparados con otros modelos de cuidado para la mujer durante el embarazo, parto y posparto»:
 - Menor riesgo de parto prematuro
 - Menor riesgo de pérdida gestacional antes de las 24 semanas de gestación
 - Mayor probabilidad de parto de inicio espontáneo
 - Menor uso de epidural en el parto
 - Menor riesgo de parto instrumentado
 - Menor riesgo de episiotomía
 - Menor riesgo de rotura artificial de membranas
 - Mayor satisfacción materna

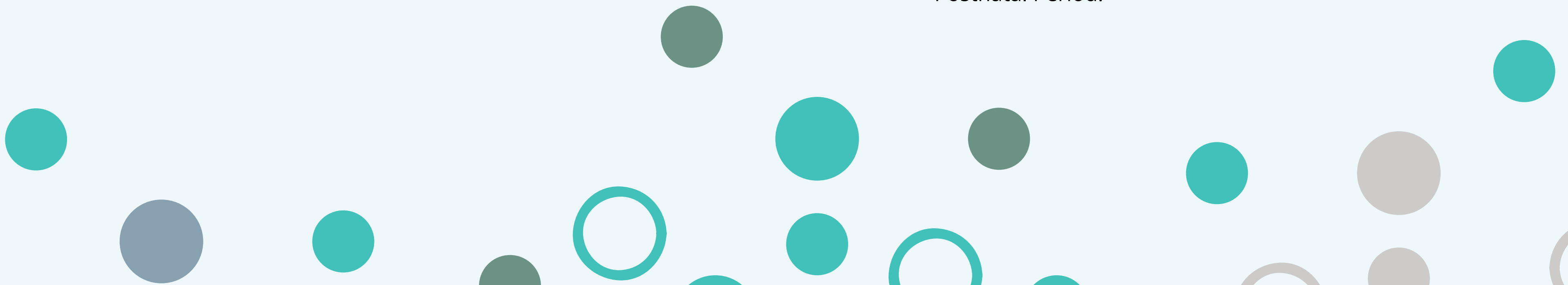
Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

- Otras investigaciones han mostrado que la atención por parte de matronas reduce el riesgo de cesárea en comparación con otros modelos de atención en mujeres de bajo riesgo.
- Tener acceso a una matrona reduce drásticamente el riesgo de mortalidad materna y neonatal.
- Además proporcionan una atención que está relacionada con una experiencia de parto más positiva, lo que repercutirá positivamente en la salud mental de las madres.
- Proporcionan una atención más rentable y sostenible para el sistema.
- La atención por parte de matronas se relaciona con tasas más altas y exitosas de lactancia materna.



Un modelo de atención dirigido por matronas significa que la matrona es la principal profesional de atención de la salud responsable de la planificación, organización y prestación de salud brindada a una mujer desde sus controles prenatales hasta la atención durante el parto y puerperio. El modelo de atención dirigido por matronas está centrado en la mujer y basado en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos normales de la vida.

ICM. 2017. Position Statement. Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period.



Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto

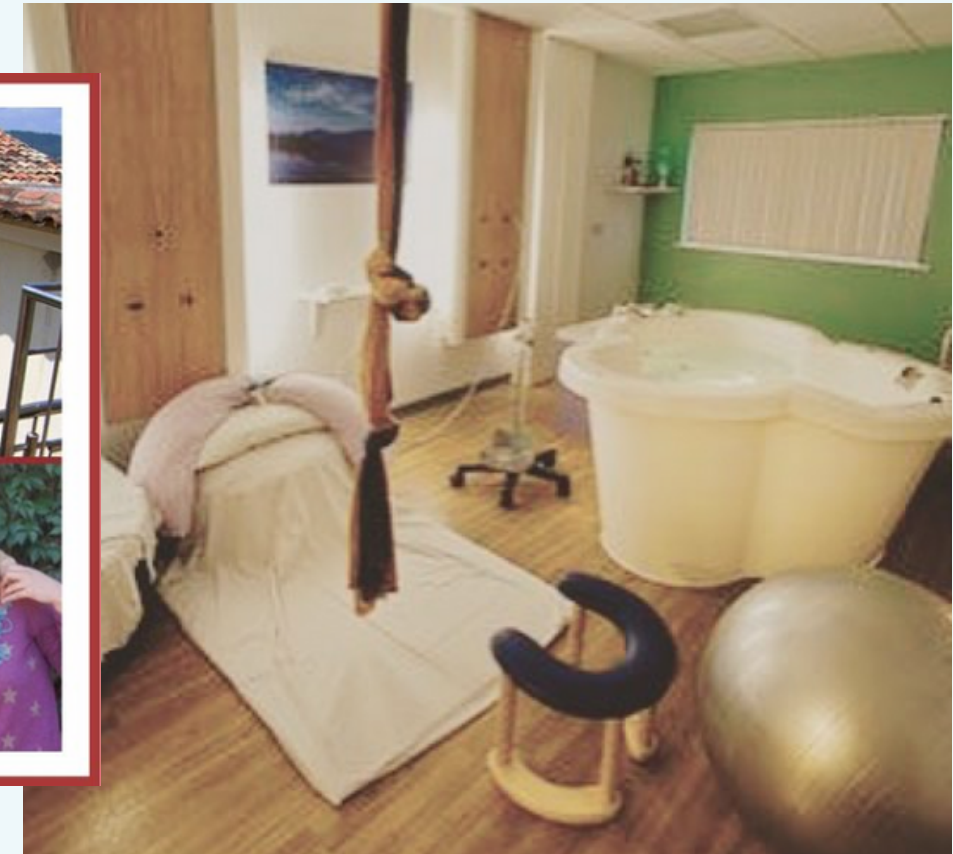
Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study

Andrea Nove, Ingrid K Friberg, Luc de Bernis, Fran McConville, Allisyn C Moran, Maria Najjemba, Petra ten Hoop-Bender, Sally Tracy, Caroline SE Homer

- **CAPACITACION**
- **RECURSOS**
- **TRABAJO EN EQUIPO**

- Nuestro estudio destaca el potencial de las matronas, pero existen muchos desafíos para lograrlo. Para aprovechar este potencial, **las parteras deben tener habilidades y competencias en línea con las recomendaciones de la Confederación Internacional de Matronas**, formar parte de un equipo de suficiente tamaño y habilidad, y trabajar en un entorno propicio.
- Si se puede lograr una mayor cobertura de las intervenciones realizadas por parteras, los sistemas de salud estarán en mejores condiciones de proporcionar una cobertura eficaz de las intervenciones esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, del recién nacido y de las adolescentes.

Hacia un paradigma salutogénico de la gestación y el parto



¿Y si escuchamos el llamado
y cambiamos esto...

Por esto...?



Miedo
Control
Embarazo
Riesgo
Enfermedad



Confianza
Acompañar
Gestación
Salud
Estado de gracia



estaeslatribu

EL CAMBIO DE PARADIGMA ES URGENTE

Dra. Marcia Venegas N.



@dra.marciavenegas

@equipopacariy

@ginacologas_chile

@sochipar

Gracias

