



¿Qué significa el cambio de paradigma que propone la ley de parto respetado (o Ley Adriana)?

La atención de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres que opera actualmente en Chile, particularmente aquellos referidos a la atención del parto, nacimiento y aborto en las causales contempladas en la Ley IVE, está impregnado por los principios y valores del modelo hegemónico tecnocrático.

Sabemos que la manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta. Y desde esta perspectiva, la mirada y la atención que se tiene sobre el parto y nacimiento con una separación entre cuerpo y mente, con énfasis en los aspectos biológicos, que posiciona al equipo médico o instituciones de salud como expertos en aquello que sucede con la mujer, poniendo énfasis en la patología, donde los valores, creencias y necesidades de los equipos sanitarios prevalecen por sobre los valores, creencias y necesidades de la mujer, donde es el equipo, desde la posición de experto, quienes toma las decisiones con respecto a la salud de la mujer y/o persona gestante.

Esta separación cuerpo/mente y la mirada del paciente como objeto que posiciona el cuerpo femenino como inherentemente defectuoso, posibilitó un desarrollo de la obstetricia en términos eminentemente tecnológicos que perpetúan el modelo de cadena de montaje de la producción en serie. 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 (Davis-Floyd, 1992).

Bajo este modelo tecnocrático la mirada sobre los procesos sexuales y reproductivos, que son fisiológicos, normales y multidimensionales como son la gestación, parto y nacimiento, tienden a reducirse a aspectos meramente biológicos, a patologizarse, intervenirse y medicalizarse. Son los profesionales de la salud quienes son expertos sobre estos procesos, por tanto, quienes “saben” que es lo mejor para la mujer, el bebé y su familia. Desde esta posición de poder y de organización jerárquica, son los equipos e institución de salud, quienes deciden y toman las decisiones sobre estos procesos, confiriéndoles poder y protagonismo.

Bajo este paradigma el foco en la atención de la gestación, parto y nacimiento está puesto en prevenir y contener patología asociada a estos procesos, es decir, en la prevención de la morbilidad materna y neonatal.



Como consecuencia, la mujer pasa a ocupar una actitud y rol pasivo, que deviene en una pérdida de poder sobre sus propios procesos. Esto se traduce en la pérdida de autonomía de la mujer sobre su salud sexual y reproductiva, se menoscaba el derecho que tiene a decidir sobre su propio cuerpo, se minimiza el conocimiento y capacidades que ella posee sobre su propia salud y se inhibe el desarrollo pleno del potencial de salud (biopsicosocial) de la mujer.

Un modelo de atención ginecobstétrica con enfoque de derechos y perspectiva de género, que es lo que propone la presente ley, reconoce el derecho a la autonomía de la mujer y la soberanía que este le confiere sobre su propio cuerpo y salud para decidir en base a sus valores, necesidades y expectativas.

Desde esta mirada, el cuidado no es estandarizable, sino que es el producto de un proceso personalizado de toma de decisiones en el que la mujer, de la mano de información certera, comprensible y no sesgada sobre sus alternativas y el acompañamiento respetuoso de un equipo de salud, puede decidir el mejor curso de acción para ella y su hij@. La promoción de la salud en el contexto ginecobstétrico entonces, implica comprender los procesos sexuales y reproductivos como experiencias multidimensionales, de las cuales se deben resguardar tanto los aspectos biológicos como psicosociales, relevando la importancia de la calidad de los cuidados y la experiencia de la mujer el impacto directo que esta tiene sobre su bienestar y el de su bebé en el corto, mediano y largo plazo.

El cambio de paradigma en este sentido es relevante, en tanto el modelo tecnocrático dominante no sólo impacta en la pérdida de autonomía de las mujeres, sino también impone restricciones para que un modelo de parto respetado logre ser apropiado e integrado por los profesionales de la salud.

Al respecto, una investigación chilena encontró alto intervencionismo, inadecuada infraestructura para facilitar el acompañamiento de la madre, insuficiente orientación y entrenamiento en profesionales, baja preparación al parto por parte de las mujeres y reportes de experiencias de malos tratos (Binfa, Pantoja, Ortíz, Gurovich, Cavada & Foster, 2016) pese a una data de más 10 años, donde las guías clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud (MINSAL) promueven el parto personalizado.

Algunas cifras que permiten ejemplificar el predominio del modelo tecnocrático en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres son:

- 40,9% de los nacimientos en recintos de salud pública en Chile ocurren por cesáreas (INDH, 2016).



- El 69% de los nacimientos en recintos de salud privada en Chile son cesáreas (INDH, 2016).
- Aunque la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2018) señala que la tasa de cesárea no debe superar el 15%, en nuestro país no se respetan esas cifras.
- Hay regiones en Chile, como Arica, O'Higgins, Los Ríos, Magallanes, donde el porcentaje de nacimientos por cesárea en recintos de salud privada supera el 80% (INDH, 2016). Siendo la región del Bío Bío quien tiene la mayor cifra con un 91% de nacimientos ocurridos por esta vía.

La ley de parto respetado promueve un cambio de paradigma sobre el cual se sostiene actualmente el modelo de atención de la gestación, parto y nacimiento en Chile.

Este cambio de paradigma busca avanzar, desde un modelo de atención biomédico, altamente medicalizado, reduccionista, intervencionista y mediatizado donde foco en la atención del parto está puesto en prevenir y contener patología asociada a la gestación y nacimiento, es decir, en la prevención de la morbilidad materna y neonatal, hacia un modelo salutogénico, basado en “un paradigma humanista”, con énfasis en la experiencia de la mujer/usuario, en el cual se apliquen criterios de calidad, dignidad, respeto y adherencia a buenas prácticas obstétricas.

Se propone un modelo de atención de los procesos de gestación parto, nacimiento y abortos con enfoque de derechos, con especial énfasis en las necesidades de la mujer, persona gestante, recién nacido y su familia, libre de discriminación, con enfoque multicultural y basado en evidencia científica actual, donde el trato humanizado, la atención personalizada, el respeto por los procesos naturales, las decisiones y necesidades de la mujer y/o persona gestante, son el centro.

Desde este modelo, se busca brindar una atención integral, cuyo foco trascienda los aspectos fisiológicos de los procesos reproductivos, incluyendo los aspectos psicoemocionales, sociales y culturales desde una perspectiva ecológica, con una mirada preventiva y de promoción.

¿Cómo logramos este cambio de paradigma?

- Desde una mirada preventiva y de promoción.
- Posibilitando procesos de capacitación continua de los profesionales y técnicos de la Salud.



- Fortaleciendo la formación inicial de profesionales de la salud integrando enfoque de género, de Derechos Humanos (DDHH) y de salud mental perinatal.
- Democratización, acceso a información y evidencia por parte de las mujeres, a través de una educación prenatal que considere perspectiva de género, mirada integral y énfasis en los aspectos biopsicosociales y culturales de los procesos sexuales y reproductivos.
- Legislación que garantice la implementación de las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el modelo de atención del parto, nacimiento y aborto.

REFERENCIAS

Davis-Floyd, R (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento n° 1, noviembre de 2001, pp. S5-S23.

Binfa, L., Pantoja, L., Ortíz, J., Gurovich, M., Cavada, G. & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61.

Sadler, M., Leiva, G (2016) "Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea" FONIS SA13I20259.