

# RESPECTO Y TRATO DIGNO EN EL NACIMIENTO: REFLEXIONES SOBRE LA RELACIÓN CLÍNICA EN EL SIGLO XXI

## Capítulo de Ética y Políticas Pública

**Dr. Sergio Valenzuela Puchulu**  
**Dpto. Bioética – Universidad de Chile**  
**CEPP SOCHOG**  
**10 XI 2023**

### **Introducción**

La presentación que les haré, tiene la expectativa mostrar un (mi) punto de vista sobre un tema controversial, de modo de provocar la reflexión y la discusión en un espíritu académico.

Si esto resulta, un segundo objetivo será proponerles que transformen en algo sus prácticas asistenciales actuales y eso dependerá de que me concedan alguna validez a los argumentos que les presentaré.

Agradezco los momentos de discusión y de clarificación que he compartido con algunos de los presentes en el auditorio, ya sea en mesas redondas, en seminarios o simplemente en las salas de estar en las clínicas donde hemos podido coincidir mientras tomamos un café y acompañamos a una paciente de parto.

El CEPP al inicio de este año puso su interés en profundizar en el tema de la llamada **“violencia obstétrica”**, con la esperanza de realizar un aporte a la discusión sobre este proceso, que de alguna manera nos toca tanto en lo profesional-disciplinar, como también en lo afectivo y biográfico.

Quienes escogimos esta especialidad hemos puesto nuestro mejor empeño en llevar adelante la vocación de servicio implícita en la medicina, atendiendo a pacientes en sus procesos de embarazo y parto, de modo que las agresiones y malos tratos que han derivado en la conceptualización de actos violentos, generan la idea de una práctica intencionalmente dañina que es contraria a ese espíritu de servicio de la medicina y en nuestro caso, de la obstetricia y ginecología.

Dicho esto a modo de introducción, quiero plantear ahora las dos ideas fuerza que me propongo dejar para su consideración y luego argumentar con la evidencia de que dispongo para que me concedan, suficientemente justificadas, estas dos ideas fuerza (tesis).

## PLANTEAMIENTOS A DESARROLLAR

### Uno

La Obstetricia como disciplina y sus profesionales, médicos y matronas principalmente, como responsables de la atención del embarazo y parto, han llevado los indicadores asistenciales a un nivel de excelencia, logrando que en Chile la maternidad sea segura como en muy pocos países de la región. Estos logros han sido fruto de una atención centrada en los aspectos médicos del embarazo y parto. Parar ello, muy tempranamente, se enfocaron en hacer la atención obligatoria del control del embarazo para identificar y solucionar las patologías o las condiciones sociales que iban a generar esa altísima mortalidad materna y perinatal de comienzos de siglo XX

El costo de una obstetricia centrada en la medicalización del parto (ya volveremos sobre este concepto) y en el uso de las tecnología, han tenido como consecuencia, grandes logros en los indicadores de resultado, pero a su vez han hecho invisible el protagonismo de la embarazada en la vivencia del parto como “su propio parto”.

Esta primera Tesis (afirmación) se sustenta en datos que todos ustedes dominan ampliamente y no usaré esta ocasión para argumentarlos. Los doy por sabidos y aceptados.

### Dos

La segunda Tesis que sí quiero plantear argumentativamente, es que desde siempre, la Obstetricia (como toda buena medicina) ha enfrentado cambios notables y a la vez olvidados por las nuevas generaciones. Estos cambios fueron resistidos, incluso como descabellados y luego incorporados como estándar de las buenas prácticas en un tiempo relativamente corto, después de haber sido formuladas. Así es como progresa el conocimiento en la medicina. Acorralando la incertidumbre y mejorando las prácticas.

Concretamente, la segunda tesis, dice que desde que se toma conciencia del surgimiento de la tecnología que se dispuso para hacer la asistencia del embarazo y parto más seguros, estos procedimientos, aunque técnicamente adecuados y científicamente respaldados, han dado lugar a un intervencionismo médico que no sólo no alivia el sufrimiento *sino que se convierte en una fuente de sufrimiento en sí misma*<sup>1</sup>. Sabiendo esto, con una cantidad de evidencia que es abrumadora, las profesiones de la salud, han sido indolentes a ella y han mostrado una muy escasa sensibilidad por el tema, han hecho defensas corporativas, basadas en discursos biomédicos poco convincentes y negándose a enfocar la mirada a esta

nueva evidencia que dice que es perfectamente posible, un ejercicio de la atención obstétrica segura y eficiente en lo técnico y a la vez respetuosa de la dimensión personal del proceso que se debe atender (servir).

Si recurrimos a los nuevos paradigmas de la calidad y la mejora continua, diremos que la calidad asistencial es entonces la suma de dos componentes: uno intrínseco, resultado de la suma de conocimientos, destrezas y tecnología, y otro extrínseco, que es el componente humano de la asistencia, y en el que influyen, desde el trato digno al paciente y sus familiares, la comunicación en la relación clínica y el acceso oportuno al sistema.

## FUNDAMENTACIÓN Y ARGUMENTOS

Ya en los tempranos años 80, cuando se desarrolla un robusto cuerpo de conocimientos en torno a la unidad feto-placentaria, la fisiología del parto (Caldeiro-Barcia), que incluye tecnologías para este propósito, aún está vivo el recuerdo de la declaración de Fortaleza en Brasil<sup>2</sup>, cuando los más de cincuenta especialistas, entre los que se contaban pediatras, ginecólogos, salubristas, economistas, sociólogos, psicólogos, administradores de salud y por supuesto madres, concuerdan que para satisfacer las necesidades de salud de la población, debía hacerse un uso racional de aquellas tecnologías y redactan un documento llamado “Tecnologías apropiadas para el nacimiento”.

Desde entonces, tanto en la OMS como en diversos frentes académicos y disciplinares han sido incansables en repetir que así como se ha avanzado en conocimiento y en soluciones cada vez más sofisticadas y eficientes para proveer la salud, también se ha promovido intensamente la necesidad de aportar mayores grados de humanidad a la medicina y en nuestro caso a la personalización del parto.

Cuando hablamos de procesos de medicalización del parto, entiendo que se refiere, a la solicitud que se recibe por la sociedad, de que la medicina se haga cargo del “problema” del parto. Lo que se quiere indicar con la medicalización, es que nos hemos acercado al “problema” del parto con nuestras miradas, criterios y herramientas propias de la medicina. Desde que comienza el embarazo hasta que la madre vuelve a casa después del parto, para la medicina se inicia un proceso médico de control que se encarga de que el producto de la concepción (así lo llamamos aún) termina en un parto con un producto sano.

### La Medicalización del Parto:

Para tener seguridad que todo está dentro de lo normal, para prevenir cualquier eventualidad o detectar patologías en el curso del trabajo de parto, hacemos lo siguiente: Al momento de la hospitalización se realiza(ba) la “preparación”, Tacto para saber si está en trabajo de parto, luego la Asepsia Vaginal, el Enema evacuante, el Rasurado perineal y genital y el Retiro de las ropas y efectos personales

Luego, el ingreso médico y la evaluación, Confirmación de la Edad Gestacional, la Pelvimetría, y el Tacto Vaginal, score de Bishop para llevar a números las condiciones iniciales, Se evalúa la proporcionalidad céfalo-pélvica, En ocasiones se realiza Amnioscopía (LA), Se indica monitorización LCF y DUy para ello el Decúbito supino o lateral, inicia la Restricción de alimentación y de líquidos (eventual aspiración de contenido gástrico) y se Plan de Gobierno de Parto, esto es; el Manejo médico y farmacológico de la Dinámica uterina (SOS), del dolor y de las técnicas de contención perineal o asistencia del expulsivo y del alumbramiento.

Este es el flujograma que aprendimos y enseñamos en la mayoría de los centros donde fuimos formados y donde tal vez aún ejercemos la docencia...

Esta puesta en escena presupone que en cualquier momento, el trabajo de parto se puede desviar y entonces no hay que bajar la guardia y se debe tener una actitud de vigilancia activa, atentos a la D.U. a los LCF, las desaceleraciones, la variabilidad del registro, la sobre-distensión del segmento (anillo de Bandl), el color del líquido amniótico, la metrorragia, al dolor del parto, la progresión de la dilatación, los centímetros por hora y el control del partograma, entre otros. Esa vigilancia proviene de una comprensión aprendida de que el trabajo de parto, en cualquier caso y siempre, puede terminar en una tragedia.

Esta actitud es lo que llamo la medicalización del parto, y es el temor hasta que la madre se va de alta, de que siempre pudo haber ocurrido algo malo. Una buena descripción de este temor me parece que lo resume el concepto de "Temor cerval", con el que se hace alusión al ciervo, del que mientras pasea o come, del más leve motivo se asusta, amedrenta y huye con velocidad.

Pregunta: ¿Cuál es la actitud que debiera acompañar nuestro acercamiento a la realidad del parto?. ¿tranquilidad? ¿alerta? ¿moderada preocupación?, ¿confianza?.

Lo dejo para la discusión posterior. Pero creo que si nos basamos en la literatura y la evidencia disponible, el acercamiento debiera ser determinado al momento del ingreso :

- ¿Esta paciente en particular fue bien controlada? ¿Sé dónde está ubicada la placenta? He descartado una restricción de crecimiento? ¿Es de término?
- ¿Tiene algún riesgo actual que debiera conocer/controlar?

Si esos factores están resueltos al ingreso, entonces se debiera tratar como lo que es, un evento fisiológico de trabajo de parto, en el que si no lo intervengo (no lo distocio, para eso tenemos nombre) lo más seguro, repito, lo más seguro es que no pasará nada.

En diversos documentos, protocolos, normas técnicas, se ha insistido majaderamente que "El parto normal reconocido como un proceso natural, debe ser asistido con el cuidado

necesario, por la/el profesional calificado que esté expectante, asegurando el mínimo de intervención y la mayor seguridad para la madre, el niño/a y su pareja y/o acompañante”.<sup>3</sup> Esto es muy difícil para una especialidad médico-quirúrgica que se le ha encargado un proceso fisiológico humano.

## RESPECTO Y TRATO DIGNO EN EL NACIMIENTO EN LA NUEVA RELACIÓN CLÍNICA

Pero volviendo al título de la ponencia, el trato digno en la nueva relación clínica (la del siglo XXI).

En las páginas anteriores creo haber descrito y aportado argumentos para señalar cuáles serían las obligaciones de una buena asistencia al parto recurriendo a la medicina basada en evidencia. Eso me parece que define un mínimo de trato digno que se refiere a una buena obstetricia. Algunos me han dicho que lo otro es una mala obstétrica, también lo dejo para la discusión. Ser el tercer país con mayor tasa de cesáreas en el mundo, algo dice. Sabemos que ningún indicador de calidad puede tomarse como el estándar definitivo, pero la mejor evidencia científica nos indica que esas cifras hablan de un estándar incumplido y una tarea pendiente.

## LA RELACIÓN CLÍNICA

Con respecto a la nueva relación clínica del siglo XXI, en esos mismos años '80 cuando se estaban haciendo las recomendaciones para un uso racional de las tecnologías para el parto, se encuentran ya los primeros aprontes de quienes pensaban que había que prepararse para el cambio de siglo. Ello, no solo era fruto de las habituales preocupaciones del ser humano por los cambios de milenio sino que había cierta causalidad que ya se venía manifestando desde los años 70 y que dieron nacimiento a la joven disciplina de la bioética<sup>4</sup> (informe Belmont<sup>5</sup>). Este malestar obedecía a la creciente tecnificación de la medicina, pero también a los cambios sociales que se estaban haciendo presentes a través de los movimientos por los derechos civiles, el feminismo, la crisis del paternalismo, la desconfianza frente a la autoridad, a los expertos y a las instituciones<sup>6</sup>.

En un documento de octubre de 1985 llamado “MEDICOS PARA EL SIGLO XXI”<sup>7</sup>., la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de medicina, nos señalan que a las puertas del cambio de siglo y para alcanzar cambios significativos, es necesario contrarrestar la inercia inherente a las instituciones de educación superior. Formar médicos para que aprendan críticamente, no solo de la evidencia pasada sino de los avances científicos que habrán de aparecer a futuro (autoformación) y que incorporen los principios éticos y los valores de los pacientes a sus tomas de decisiones.

Entonces, el cambio sufrido por la medicina en su conjunto, influyó ciertamente en la forma como ha sido percibida la participación de nuestras pacientes en la práctica clínica. Este siglo XXI debuta con una “nueva paciente” y por lo tanto con un “nuevo” médico/médica. Los

hechos que dieron origen a la bioética, también socavaron la antigua relación del paciente con la medicina. Ahora intermedian las instituciones asistenciales, los pagadores, pero también, las redes sociales, la información de la web, las recomendaciones de *influencers*, entre otras y esto en todos los niveles sociales y culturales.

En la actualidad, ya no es posible concebir una relación médico-paciente al estilo de la usanza del siglo XX, aun cuando todavía muchos de nosotros la podamos estar practicando, somos los consultores de las más diversas patologías y aconteceres de la vida de nuestras pacientes y de sus familiares, nos solicitan consejo, piden nuestra opinión, nos confían sus secretos y sus pesares, pero ya no es la dirección que ha tomado el encuentro clínico moderno.

Todo esto nos habla de una paciente que vive en un nuevo orden social, que tiene y exige sus derechos, y que al estar informada y a veces sobre-informada, sufre con esta pérdida de la relación personal con su médico, no sabiendo quién la atiende y seguramente quién la atenderá en el parto. Tal vez ocurra que sea más de una persona, que no le conozca, que deba interpretar un plan de parto, sin conocer a la autora del mismo. A mi juicio, la mayor pérdida en este proceso, es la pérdida de confianza. Kotow<sup>8</sup> dice *“La confianza en el médico se malogra por la práctica médica administrada, que extrema costos en vez de contenerlos (medicina defensiva), golpeando el bolsillo y la confianza del paciente, ya no tal, sino usuario o cliente”*. La necesidad de reconstruir espacios de confianza está en poder de nuestra práctica cotidiana y retomando una nueva relación que permita a las paciente participar en la toma de de decisiones, proponer, sugerir y acompañar en vez de imponer.

Para este desafío (tarea) he tenido la fortuna de conocer y participar activamente en la creación y en la difusión de los nuevos métodos de encuentro clínico y de atención de parto. En el año 2000 realizamos en la Universidad de Chile, un Seminario y publicamos el libro *“Nacer en el siglo XXI, de vuelta a lo humano”* en que se rescata la Humanización del proceso reproductivo<sup>9</sup>. Hoy se está hablando de las narrativas de las pacientes, la salud biográfica, las metodologías participativas para destacar la voz de las pacientes y sus expectativas, así como estudios etnográficos que aportan sus comprensiones de qué es un trato digno y respetuoso en el parto en las distintas comunidades.

### **OBSTETRICIA COMO CAMPO DE HUMANIZACIÓN;**

Hace poco días se nos recordaba la frase de Sir William Thomson Kelvin, que dice *“Lo que no se define no se puede medir, lo que no se mide no se puede mejorar, lo que no se puede mejorar se degrada siempre”*.

Si esta cita es válida, podemos afirmar que a pesar de que la dimensión humana del parto está majaderamente presente en la agenda de la mejora continua en la atención de salud y

en el Trato digno en el Parto, todavía no logramos definir claramente que se entiende por aquello y por lo tanto no lo podemos medir, no lo podemos mejorar y corre el riesgo de degradarse.

Como un aporte para aclarar los conceptos involucrados, surge como evidente a la propia experiencia, que nuestro campo de trabajo es la persona, en ella existe una pluralidad de acciones diferentes, algunas más biológicas, otras preferentemente psíquicas y las hay también de orden espiritual. Pluralidad de acciones diferentes en un mismo sujeto. Unidad de ser en la diversidad de funciones.

Esto significa también la posibilidad intrínseca de conflictos en esa diversidad. Aquí está a mi juicio la médula del problema que nos concentra en estos días. Cómo hacer debutar un mayor grado de humanidad en nuestro quehacer. Un camino privilegiado es considerar así a la persona, en su unidad sustancial. Nuestro arte y nuestra ciencia al servicio de integrar los dinamismos de la persona hacia una unidad de ser, que en la persona humana es ante todo unidad de significado.

El embarazo entonces, puede resultar un "**modelo**" **paradigmático** para que desarrollemos algunas reflexiones sobre este asunto. Como en diferentes acciones, se da la unidad sustancial de la persona. Es la misma persona la que está embarazada, como dato biológico, la que "sufre" los cambios fisiológicos y afectivos a los que esta condición biológica la somete y la que "sueña a su hijo", la que lo teje en su vientre y se prepara para una vida futura imaginaria con su hijo o hija imaginaria.

El hecho de que el embarazo se pueda tratar como categoría biológica no neutraliza en modo alguno la paradoja de su significado. El que debe apreciarse en su justo valor ontológico, cosa que como dice E. Levinas, jamás se ha conseguido hasta ahora.

Si tomamos algunas premisas de la sociología, veremos que el "mundo construido socialmente debe ser continuamente mediado y actualizado por la paciente, de modo que pueda también convertirlo en su mundo". Esto por supuesto incluye al mundo de la medicina y los cuidados prenatales y por sobre todo, el parto, como espacio de significado. Esa es una tarea personal de la mujer, insustituible e irremplazable. Donde nuestro quehacer médico debe recogerse a un plano facilitador, contemplativo y expectante.

Eso es para mí y se los propongo como conclusión, trato digno y respetuoso en el nacimiento, como paradigma de una nueva relación clínica en el siglo XXI

## BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Cassel, E. The nature of suffering and the goals of Medicine, *N Engl J Med.* 1982; 306:639–45.
- <sup>2</sup> Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, OMS-OPS Declaración de Fortaleza, Brasil 1985 *WHO Appropriate technology for birth. Lancet 1985 2: 436-437*
- <sup>3</sup> Programa para evaluar servicios de Obstetricia , Ginecología y Neonatología, VII. UNIDADES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA - MINSAL 2013
- <sup>4</sup> Bioethics: Bridge to the Future, de Van Rensselaer Potter. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Pub., 1971.
- <sup>5</sup> Informe Belmont 1978 «Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento» del Departamento de Salud, Educación y Bienestar EEUU.
- <sup>6</sup> Sanchez M. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Ed. Masson, 1998, pgs 148,149
- <sup>7</sup> MEDICOS PARA EL SIGLO XXI, Informe de del grupo de estudio de la AAMC sobre educación profesional general del médico y la preparación universitaria premédica ED. FEPAFEM, 1985
- <sup>8</sup> Kottow **M. Buscando la confianza** *Medwave* 2016 Sep;16(8):e6554
- <sup>9</sup> Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo humano. Editores: Hugo Muñoz, Ana María Kaempffer, Rene Castro, Sergio Valenzuela Ed. U.Chile, enero 2021