

Derechos Sexuales y Reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: La situación de Chile.

The exercise of Sexual and Reproductive Rights during parental care, delivery and breast feeding: the situation in Chile.

Gonzalo Leiva Rojas ¹

RESUMEN

Propósito: Este artículo busca analizar la situación actual sobre la atención en salud materna y del recién nacido en nuestro país, con enfoque de derechos humanos, de acuerdo a lo que la literatura y las diversas agencias internacionales vienen proponiendo desde hace algunos años. **Material y método:** La metodología utilizada es la revisión documental de recomendaciones nacionales e internacionales durante la gestación, parto y lactancia, así como también la revisión de la legislación local en torno a estas temáticas en nuestro país, y de evidencia recogida por investigadores locales en la última década. **Resultados:** Existe una alta tasa de cesáreas en nuestro país, así como un exceso de intervenciones durante el trabajo de parto, y parto, así como también falta de entrega de información a las mujeres sobre los procesos que viven. Así mismo, hoy no existen mecanismos que garanticen el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. **Discusión:** Si bien se ha avanzado en los últimos años desde el estado, y también en el levantamiento de evidencia, las brechas se concentran hoy en lo estructural y operativo, ya que aún en instituciones públicas y privadas, el ejercicio de la autonomía, la autodeterminación, y la entrega de cuidados maternos respetuosos no son la norma, lo que vulnera los derechos sexuales y reproductivos. **Conclusiones y perspectivas:** Conocido el escenario actual, lo que nos corresponde como país es hacernos cargo de la temática, y esto debe ocurrir con la participación de todos los actores involucrados.

Palabras clave: Derechos humanos, Derechos sexuales y reproductivos, parto, cesárea, lactancia, violación de los derechos humanos, violencia de género.

INTRODUCCIÓN

Sobrevivir, prosperar y transformar, son las tres consignas para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible que planteó la Estrategia de las Naciones Unidas “Todas las mujeres, todos los niños”, en 2015(1). Todo lo anterior con el fin de que mujeres, niños, niñas y adolescentes ejerzan su derecho a la salud y al bienestar físico y mental. Esta estrategia, planteada para el periodo 2016-2030, no sólo busca seguir reduciendo la razón de mortalidad materna de los países, sino que busca que mujeres, niños, niñas y adolescentes, puedan acceder a servicios de salud de calidad, y no sean víctimas de discriminación ni violencia, ya que evidentemente esto atenta contra sus derechos humanos, y contra un futuro más prospero y sostenible.

Ya en 1994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, efectuada en El Cairo, Egipto, reconocía formalmente que los derechos sexuales y reproductivos eran Derechos Humanos y los definía como “aquellos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento de sus hijos, y de tener la información

Recibido el 31 de mayo de 2018. Aceptado el 21 de junio de 2018

1 Centro de Diagnóstico e Investigación Perinatal (CEDIP), Hospital La Florida - Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica (PUC). Santiago, Chile. Matrón, Investigador Adjunto División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina PUC. Correspondencia a: gonzalo.leiva.rojas@gmail.com

y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más alto estándar de salud sexual y reproductiva”, así mismo, esta declaración reconoció “el derecho de todos a tomar decisiones relativas a la reproducción sin discriminación, coacción y violencia, tal como se expresa en los documentos de derechos humanos” (2). Siguiendo esta línea, hace muy poco, este 2018, la Comisión Guttmacher-Lancet en su publicación “Acelerar el progreso: salud sexual y reproductiva para todos y todas” ha recalcado que estos derechos son esenciales para el desarrollo sostenible, debido a sus vínculos con la igualdad de género y el bienestar de la mujer. Esta comisión señala a su vez que la autonomía y el empoderamiento de la mujer son esenciales no sólo para su propia salud y bienestar, sino que también para el de sus familias y la comunidad completa (3).

Previamente, en 2016, la propia revista The Lancet, en su segunda entrega de Salud Materna, fue enfática en señalar que “los proveedores de atención de la salud y los sistemas, deben garantizar que todas las mujeres reciban atención de alta calidad, basada en la evidencia, equitativa y respetuosa”, además agregaron que “la cantidad adecuada de atención debe ser ofrecida en el momento oportuno y entregada de una manera que respete, proteja y promueva los derechos humanos”(4), de esta forma quedaba explícito el camino que debían tomar de aquí en mas los proveedores, entiéndase instituciones y profesionales de la salud.

Hasta ahí todo muy claro, ¿pero existen los derechos del nacimiento?, pues si, y para revisarlos debemos retroceder al año 2011, año en que se publicaron “Los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva”, este texto que

promueve los cuidados respetuosos durante la maternidad, señala que se deben promover maternidades seguras, y que esta definición debería ampliarse más allá de la morbilidad y la mortalidad, y debería incluir el respeto a la autonomía, a la dignidad y el respeto a los sentimientos y preferencias de las mujeres (Tabla 1). Esta declaración además reconoce que los recuerdos de las mujeres de sus experiencias de maternidad permanecen con ellas durante toda la vida y se comparten a menudo con otras mujeres, contribuyendo a un clima de confianza o duda alrededor de la maternidad.

En nuestro país, año a año la situación de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente durante la atención del embarazo, parto y lactancia se va complejizando en materia de discusión, no necesariamente mejorando el escenario. Pero lo anterior, desde la mirada optimista, es un avance. De hecho, la situación chilena, en este sentido, es la situación del mundo entero.

Recién en la última década, como hemos visto, los derechos asociados al nacimiento son tema de discusión, y en los últimos años guías y recomendaciones de agencias internacionales, y las propias de algunos países, entre ellas Chile, comienzan a hablar de la importancia de una experiencia positiva durante la gestación, parto, nacimiento y lactancia, y ya no sólo se enfocan en tener como resultados de este proceso biológico a una madre viva y sana, con una hija o hijo vivos y sanos. No basta con sobrevivir, lo veíamos en la estrategia de las Naciones Unidas, es fundamental avanzar en el “prosperar” y en el “transformar”, y esto último incluye garantizar el goce de derechos sexuales y reproductivos.

También ha sido en esta última década, que en el mundo se ha comenzado a legislar respecto de estos derechos, los sexuales y reproductivos, que

TABLA N°1: Derechos del Nacimiento.

	Derecho	Categoría de Falta de Respeto y Abuso.
1.	Derecho a estar libre de violencia y maltratos.	Abuso físico.
2.	Derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias, incluida la selección de acompañamiento durante el periodo de cuidado materno.	Cuidados médicos sin consentimiento.
3.	Derecho a la privacidad y confidencialidad.	Cuidados no confidenciales.
4.	Derecho a ser tratada con dignidad y respeto	Cuidados sin dignidad (incluye abusos verbales).
5.	Derecho a la igualdad, a la no discriminación, a cuidados equitativos.	Discriminación basada en características específicas.
6.	Derecho a recibir cuidados médicos oportunos y en el nivel de salud más alto posible.	Abandono o la negativa a proveer cuidados.
7.	Derecho a la libertad, autonomía, a decidir por si misma y estar libre de toda coacción.	Ser detenida en las instalaciones.

Fuente: Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women, USAID, 2011.

de un momento a otro pareciera ser que nos dimos cuenta que estaban siendo vulnerados, incluso en un momento tan sagrado como el nacimiento humano.

Ya en 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba sobre la excesiva medicalización del nacimiento, y el impacto negativo que ésta podía traer al proceso de gestación, parto y lactancia (6). Sin embargo fue recién en 2014 que la OMS reconoce mediante una publicación, que “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”, y no sólo eso sino que reclaman “Un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos” (7). Y este 2018 la OMS, nuevamente en una guía de recomendaciones, ha planteado los cuidados que debiese recibir una mujer para lograr una experiencia positiva del parto, y esto incluye no sólo técnicas sino que también habilidades blandas, infraestructuras adecuadas, y profesionales que se comuniquen oportuna y efectivamente con las mujeres, y que promuevan la autonomía y toma de decisiones durante su trabajo de parto y parto (8).

En el caso de Chile, el Instituto Nacional de Derechos Humanos, dedicó en su séptimo informe anual, presentado en diciembre de 2016, un capítulo completo sobre la violencia obstétrica y los derechos humanos (9). Esta violencia corresponde a una forma de violencia de género, sistémica e institucional, que viola derechos humanos fundamentales de las mujeres en uno de los momentos biológicos más vulnerables de su vida. La ley que Venezuela promulgó en 2007, primer país en legislar sobre el tema, define a este tipo de violencia como: “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad” (10).

Respecto de la lactancia materna, en noviembre de 2016, un grupo de expertos de la ONU señaló que debería considerarse un derecho humano. Los expertos señalaron que los gobiernos deben detener la comercialización “engañoso, agresiva e inapropiada” de sustitutos de la leche materna que realiza la industria a nivel global. Plantearon, además, que la falta de información

de los trabajadores de la salud, las tradiciones culturales y familiares y la estigmatización que sufren las mujeres que amamantan en lugares públicos y en el lugar de trabajo, obstaculizan el avance de la lactancia materna. Finalmente instaron a los estados a promover y proteger la lactancia materna (11). Varias décadas antes, el 21 de mayo de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el fin de promover una nutrición adecuada y segura para los lactantes, mediante la protección y promoción de la lactancia y asegurando el uso adecuado de los sucedáneos para la leche materna, cuando estos sean necesarios (12).

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este artículo, se han revisado inicialmente las recomendaciones de agencias internacionales en torno a estas temáticas, luego se ha revisado su correlato en recomendaciones nacionales entregadas por organismos del estado, y el cumplimiento de estas por medio de investigaciones locales.

Así mismo, se ha revisado el trabajo legislativo local de la última década en torno a los derechos en salud, y específicamente se han revisado leyes que busquen garantizar y promover derechos durante la gestación, parto y lactancia.

Para darle un sustento a todo lo anterior, se ha hecho una revisión sobre el contexto epidemiológico de la maternidad en Chile.

RESULTADOS

La tasa de fecundidad en Chile ha caído sistemáticamente en los últimos 25 años, si bien en 1990 era de 2,6 hijos por mujer, las cifras que nos entregó el CENSO de 2017 revelan que la tasa de fecundidad actual del país es de 1,3 hijos por mujer (13), muy por debajo del 2,1 necesario para lograr un recambio generacional. De hecho, y de acuerdo a un estudio del Centro de Políticas Públicas de la U. del Desarrollo, ya hace una década un 57% de quienes tenían un hijo habían decidido no tener otro. Por otra parte, el Estudio Bicentenario Adimark-UC que se realizó en 2009, reveló que en todos los rangos etarios las mujeres señalaron que el número de hijos que tienen es menor al número de hijos que quieren o que hubieran querido tener. Otro dato importante de ese estudio es que sólo un 29% de los encuestados cree que Chile apoya a las mujeres para tener hijos. Este estudio,

al igual que el de la Universidad del Desarrollo, señala como factor influyente a la educación; de hecho, un 77% de los encuestados señala que es mejor tener pocos hijos, pero darles una educación de calidad (14).

Se estima que, en países en desarrollo, como Chile, cada año suceden 125 millones de partos, y en 54 millones de ellos (43%) se realizan menos de los controles prenatales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (15). En el caso de Chile, cada año de la última década ocurrieron en promedio 241 mil nacimientos, y cada mujer del sistema público, donde ocurren cerca del 70% de los nacimientos, acudió en promedio a 6,35 controles en 2015 (16).

Singh estima que 43 millones de mujeres (34%) no tiene un parto atendido en una institución de salud y 21 millones (17%) necesitan, pero no reciben atención en complicaciones obstétricas de gravedad. En el caso de Chile, ya en 2005 el 99,8% de los nacimientos ocurría en instituciones de salud con atención profesional del parto (17), cifras que muchos vecinos del continente, 13 años después, aún no alcanzan.

Durante el siglo XXI la mortalidad materna ha seguido siendo foco de preocupación en todo el mundo. Uno de los 8 Objetivos del Milenio planteados por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 fue el de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en el mundo en un 75% para el año 2015 en relación a las tasas de 1990. Esto le significaba a Chile transitar desde 39,8 a 9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (de 1990 a 2015). Entre 1990 y 2013, las cifras de muertes maternas en el mundo cayeron un 45%. Así, en 1990 morían 523.000 mujeres a causa del embarazo o el parto, en 2013 se redujo a 289.000 (15). En el caso de Chile la mortalidad materna entre 1990 y 2011, si bien se redujo en un 53,6%, no logró el objetivo del milenio. Es más, Chile no sólo no ha disminuido su mortalidad materna desde 2000 en adelante, sino que entre 2008 y 2011 aumentó en un 12% (18). Se han planteado diversas explicaciones, entre ellas: la maternidad excesivamente postergada, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, e incluso algunos autores han señalado la excesiva medicalización del parto como un factor sobre el cual poner atención (19).

Los países con la tasa de mortalidad materna más baja de la región, desde 2007 son Uruguay, Chile y Costa Rica, mientras que las tasas más altas están en Guatemala, República Dominicana y Paraguay (15). Pese a todo lo anterior hay que considerar que

en América Latina la mortalidad materna es relativamente baja en comparación con las otras regiones del mundo. Chile en 2015 presentó una RMM de 13,5 por cada 100 mil nacidos vivos (9).

Se puede plantear por tanto, que en temas como atención profesional del parto, cobertura de atención prenatal de la gestación, y mortalidad materna, hemos avanzado de manera exitosa. Hoy el desafío es otro, además de trabajar basados en evidencia científica, debemos hacerlo con enfoque de derechos.

EL EXCESO DE CESÁREAS, UN PROBLEMA QUE NO HEMOS PODIDO SOLUCIONAR.

Junto a los positivos indicadores expuestos anteriormente, y a pesar de las recomendaciones internacionales que se vienen haciendo desde el año 1985, Chile presenta un indicador que no es nada de positivo, y que viene mostrando un aumento progresivo en los últimos 30 años, las cesáreas. En la declaración de la OMS del año 1985 ya se planteaba la recomendación de que los países no deberían tener tasas superiores al 15%, porcentaje que fue ratificado en 2015 por la propia OMS. Pese a lo anterior, ya en 1986 Chile mostraba tasas de cesáreas de un 27% (20).

En la última década el nacimiento en el sistema privado ha crecido desde un 21% en el año 2000, a un 32% en 2015. Esto es importante, ya que es este último sector el que más cesáreas presenta. Sólo en 2015, las cesáreas en el sistema privado fueron de un 69%, mientras que en el público fue de un 40,9% (9). Pese a lo anterior la situación que más preocupa hoy en día, puesto que involucra recursos públicos, es la de las mujeres aseguradas en FONASA, que tienen sus partos bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE) vía Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), en este grupo las cesáreas alcanzan un 74,8%, de acuerdo a datos entregados por el Departamento de Ciclo Vital del Minsal, en 2017.

Al desagregar las cifras nacionales del sistema privado, resulta más impresionante aún lo que en ese sector ocurre, de hecho la única región que tiene una tasa menor a un 70% de cesáreas es la Metropolitana que tiene un 57%, la que le sigue es la de Los Lagos que tiene un 73,6%. Las regiones con las tasas de cesáreas más altas son: Bio-Bio (91%) Arica (87%), O'Higgins (86,4%) y Magallanes (85,9%) (9).

Pese a lo anterior, en el sistema público también hay situaciones igualmente preocupantes, como las

5 regiones que en 2015 presentaron más de un 50% de cesáreas: Coquimbo (50,9%), Aysén (50%), Magallanes (52,1%), O'Higgins (53%) y el Maule (54%) (9).

LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DEL NACIMIENTO EN CHILE COMO UNA FORMA DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

Chile en la actualidad, y desde hace casi una década, se encuentra en una etapa de transición entre un modelo intervencionista y uno personalizado. Esto último fue descrito por la antropóloga médica chilena Michelle Sadler, quien en 2009 propuso una adaptación a lo descrito previamente por Robbie Davis Floyd sobre los tres paradigmas de atención: el tecnocrático, el humanista y el holístico (17). El modelo personalizado se diferencia del modelo intervencionista principalmente porque integra cuerpo y emociones, porque utiliza la tecnología sólo si es necesaria, y porque además la mujer y su familia son sujetos activos en la atención, y por tanto toman decisiones junto al equipo de salud.

El Estado de Chile por medio del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo promueve el modelo Personalizado de Atención del Nacimiento desde 2008 (21). dicho modelo, a la luz de la evidencia actual, no ha logrado implementarse de manera adecuada, lo que se traduce aún, en un exceso de intervenciones durante el proceso de parto.

Un estudio llevado a cabo en 9 maternidades del país entre mayo y diciembre de 2013, que incluyó a 1882 mujeres en trabajo de parto fisiológico, destaca entre sus resultados los siguientes (22),

- Al 90,8% de las mujeres se les aceleró médicamente el trabajo de parto. Una cifra a todas luces sin justificación, y fiel reflejo de que lo que hoy se busca en muchas maternidades que es “sacar los partos rápidos”. El uso rutinario de la oxitocina en las gestaciones fisiológicas representa pocos beneficios y muchos riesgos, por tanto su uso debería limitarse a situaciones en que realmente este justificada.

- El 54,6% recibió monitorización continua durante el trabajo de parto, cifra que en regiones como la metropolitana llegó incluso al 81%. Esto no se justifica en gestaciones fisiológicas y no aporta ningún beneficio, por el contrario, sólo hace que aumenten los partos operatorios y las cesáreas. En gestaciones fisiológicas lo recomendable es un régimen de monitorización intermitente, no continua.

- El 81,5% de las mujeres no recibió alimentación oral. A pesar de que sabemos que no

sólo no esta contraindicada la alimentación, sino que resulta beneficioso para la mujer hidratarse durante el trabajo de parto, ya que la demanda calórica durante el trabajo de parto es similar a la de un corredor de maratón, y no hidratarse adecuadamente puede conducir a la acidosis en sangre materna y fetal lo que impacta en las contracciones y en las puntuaciones de apgar de los recién nacidos.

- El 79,7% de las mujeres tuvo su parto en posición de litotomía (acostadas de espalda, y con las piernas apoyadas sobre piñeras). Pese a que desde 1985 la OMS recomienda que es la mujer quien debe elegir la posición del parto. En 2014 apenas un 6,8% del total de partos del sistema público fue en posición vertical.

- Al 56,4% de las mujeres se les realizó episiotomía, llegando en regiones como Coquimbo a cifras de un 78,3%. Lo anterior a pesar de que la OMS desde 1985 señala que no se recomienda el uso sistemático de episiotomías.

Sumado a lo anterior, y para dar cuenta de lo que viene ocurriendo en Chile en el periodo más reciente, resulta muy útil revisar los resultados de la Primera Encuesta Sobre el Nacimiento en Chile, publicada recientemente por la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (OVO Chile). OVO Chile aplicó vía on-line, entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2017, una encuesta voluntaria y anónima, que respondieron 11.357 mujeres que dieron a luz en entre los 1970 y 2017. El 50% de las mujeres que respondieron la encuesta dio a luz en el periodo 2014-2017, y si bien las tasas de intervención en este periodo son inferiores a las de periodos previos, aún en el sistema público y privado se realizan más intervenciones de las recomendadas (Tabla 2).

TABLA N°2: Prevalencia de intervenciones en partos de mujeres en hospitales y clínicas de Chile, entre 2014-2017.

	2014-2017	
	Hospital	Clínica
Rasurado vello púbico	31,7%	21,1%
Enema	5,0%	6,7%
Mon. fetal continua	84,6%	81,6%
Oxitocina	51,8%	45,3%
Anestesia/epidural	73,7%	88,6%
RAM	44,0%	39,9%
Maniobra de Kristeller	27,3%	31,5%
Episiotomía	44,0%	41,1%
Cesárea	39,8%	50,8%

Fuente: Primera Encuesta Sobre el Nacimiento en Chile, Fundación OVO Chile, Junio 2018. www.ovochile.cl.

La entrega de información, a pesar de estar consagrada en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, ley 20.584, promulgada en 2012 (23), no se cumple a cabalidad, al menos en nuestra área, así también lo ponen de manifiesto los resultados de este estudio (Tabla 3) (24).

TABLA N°3: Falta de información a mujeres durante el trabajo de parto, parto y posparto, en hospitales y clínicas, en periodo 2014-2017.

	2014-2017	
	Hospital	Clínica
Falta de información sobre los riesgos y beneficios de los fármacos y anestesia	53,2%	33,8%
Falta de información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas	70,5%	51,8%
Falta de información sobre el estado de salud de su bebé	12,5%	3,2%

Fuente: Primera Encuesta Sobre el Nacimiento en Chile, Fundación OVO Chile. Junio 2018. www.ovochile.cl.

LA PRESENCIA DEL PADRE Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO

Recién en la década de los 90', y empujada por la estrategia "Hospital amigos del niño y la niña" que buscaba promover el vínculo madre-hijo y la lactancia materna, se comenzaron a implementar acciones que mejoraban la experiencia de vivir la maternidad en instituciones públicas, y que por tanto nos invitaban a transitar a un modelo personalizado. Entre estas acciones se implementó, por ejemplo, la participación del padre en el parto y la extensión horaria de visitas que hasta ese minuto se realizaba solamente dos días a la semana, los miércoles y los domingos, una hora cada día. Algo impensado para estos tiempos (25)

El acompañamiento en el parto es uno de los elementos que más satisfacción usuaria entrega³⁰, de hecho, el acompañamiento de la mujer por una persona significativa, que no necesariamente tiene que ser el padre (a pesar de que la mayoría de las veces sí lo es) es una recomendación del Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo publicado por el Subsistema Chile Crece Contigo en 2008. Adicionalmente a esto, la Ley 20.584 (conocida como "de derechos y deberes de los pacientes"), entre otras cosas, establece el derecho a tener compañía, es decir, a contar con la presencia de algún familiar durante el periodo de hospitalización. Pese a todo lo anterior,

en 2015, 4 de cada 10 mujeres del sistema público estuvo sola durante el trabajo de parto (22).

El "Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile" publicado en 2012, concluyó que la presencia de los padres es más significativa en determinadas prestaciones, como el parto y los controles prenatales en que se realizan ecografías. Esos momentos o situaciones están asociados a momentos de alto significado emocional para las familias y en especial para los padres. En las demás prestaciones la presencia de los padres en general es baja. Esta información es aportada por funcionarios y padres tanto en las encuestas como en las entrevistas cualitativas. En la Encuesta a Padres un 67,4% reportó que estuvo presente en la sala de parto al momento del nacimiento de su último hijo/a, un 53,8% de los padres señala haber ido a todos o casi todos los controles prenatales, un 35,9% de los padres a todos o casi todos los controles de salud del niño sano, un 26,8% a la visita a la maternidad (26).

En Chile en 2015, dos diputadas de la República, presentaron un proyecto de ley para abordar esta temática (27). Lo mismo hizo a fines de 2017 otro diputado de la república, en un trabajo con organizaciones de la sociedad civil que abogan por estos temas (28). Por tanto, hoy en Chile, hay dos proyectos de ley durmiendo el congreso, que buscan hacerse cargo del tema.

LA LACTANCIA MATERNA V/S LA INDUSTRIA LÁCTEA

Señalábamos previamente que la lactancia materna debería ser considerado un derecho humano, o al menos así lo propone la Organización de Naciones Unidas. Lo anterior considerando que la leche materna es el único alimento que abarca todos los requerimientos nutricionales, inmunológicos, emocionales y de crecimiento del recién nacido. Las recomendaciones de la OMS siguen siendo las conocidas por todos, lactancia materna exclusiva hasta el 6 mes, y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, de acuerdo a los deseos de la mujer.

A nivel internacional Chile es el sexto país con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna que fue aplicada en 2013 a 9604 mujeres mostró una prevalencia de lactancia materna exclusiva al sexto mes de un 56,3%. Además, en esta encuesta se confirma lo expuesto por la literatura, en relación a los factores protectores de la lactancia materna, ya que el parto

vaginal, el contacto piel con y el acople precoz se asoció a mayor probabilidad de lograr lactancia materna exclusiva al 6to mes (29).

En 2016 el Ministerio de Salud de Chile anunció la incorporación de fórmulas de inicio al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Este anunció encendió las luces de alarma entre los expertos y planteó la pregunta ¿La entrega de estas fórmulas de inicio será controlada y entregada sólo en casos estrictamente necesarios? La anterior pregunta es razonable en circunstancias que son muchos los autores que plantean que la industria de fórmulas lácteas y sus intereses han provocado un deterioro constante en la lactancia materna (30).

Desde el ministerio han planteado que la medida busca poner a disposición de la población más vulnerable fórmulas lácteas de mejor calidad respecto de las que hoy se entregan en caso de que la lactancia materna no logre instalarse. Los críticos y escépticos de esta medida han planteado que con el mismo dinero invertido en esta medida se podría asegurar el establecimiento de clínicas de lactancia materna en todos los centros de atención primaria, se podrían implementar bancos de leche regionales y también entregar subsidios a los alimentos de personas con muy bajos ingresos (31).

En Chile la ley 20.869 publicada en noviembre de 2015 señala en su artículo 5to, que se prohíbe toda publicidad de alimentos sucedáneos de la leche materna. Se entiende por sucedáneos de leche materna las “fórmulas de inicio” y “fórmulas de continuación” hasta los doce meses de edad (30). Actualmente se trabaja en el Congreso en una norma que busca consagrar la lactancia materna como un derecho.

DISCUSIÓN

Se ha dedicado un apartado especial a las cesáreas en este artículo que aborda los derechos sexuales y reproductivos, puesto que de acuerdo a las legislaciones vigentes en otros países “practicar el parto por vía cesárea, existiendo las condiciones para el parto natural, sin consentimiento voluntario, expreso, e informado” constituye Violencia Obstétrica, y por tanto una vulneración de derechos. De acuerdo a un estudio de 2006 de Angeja et al, sólo un 8% de las mujeres del sistema privado prefieren una cesárea, en 2016 junto a Michelle Sadler presentamos los resultados del FONIS SA13120259 que mostró que, en la Región Metropolitana, un 16% de las mujeres del sistema privado prefieren la cesárea por sobre el

parto vaginal. Pese a ello, en 2015 como ya señalábamos, el 69% de las mujeres tuvo una cesárea, por tanto la preferencia, elemento importante del proceso de autodeterminación, no pareciera ser un factor preponderante, no hay mucha soberanía de la mujer al momento de elegir la vía del parto, su decisión es fuertemente influenciada por factores no médicos, tales como el tiempo, los incentivos económicos perversos, la organización del trabajo en el sistema privado, el miedo a la judicialización, y la educación en salud que no está logrando grabar en las nuevas generaciones de residentes de obstetricia y ginecología, con excepciones, la importancia del parto fisiológico y de que las mujeres vivencien un proceso respetado y personalizado.

La tasa de cesáreas chilena a todas luces vulnera el derecho a la salud, en cuanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su párrafo 1, artículo 12, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Pues bien, las cesáreas innecesarias o en exceso son precisamente lo contrario. Las cesáreas salvan vidas, pero no en exceso. Los partos por cesárea se asocian con un aumento de dos veces el riesgo de morbilidad comparada con partos vaginales, y las consecuencias reproductivas en las próximas gestaciones incluye la posibilidad de presentar placentaciones anormales, como las placentas previas y el acretismo placentario. Lo anterior como consecuencia negativa en la mujer. Para las y los recién nacido nacer por cesárea no es precisamente “el más alto nivel posible de salud”, puesto que la cesárea aumenta la probabilidad de hospitalización neonatal, prematuridad, y aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas al sistema inmune tales como asma, artritis juvenil, leucemia, entre algunas otras (32) (33). Además, el nacer por cesárea impacta en menos contacto piel con piel, y en tasas menores de lactancia materna (29).

Mientras escribía este artículo, una mujer que controlaba su gestación con un médico particular me escribió para consultar si lo que su médico le decía era real. Ella tenía una cicatriz de cesárea, y su médico le había dicho “que, si ella decidía tener una cesárea, exponía a su hijo a un 4% de probabilidad de muerte y/o daño cerebral”. En este caso se vulnera el derecho humano fundamental de la mujer de hacer uso del consentimiento informado, simplemente no puede hacerlo porque no se le informó, sino todo lo contrario. En este caso, por ejemplo, resulta tremendamente cuestionable,

además, el cumplimiento del artículo 8 de la ley 20.584 (“De derechos y deberes del paciente”) que señala que “toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible”, acá la información no era veraz, y evidentemente pudo influir en una decisión final de la mujer y su pareja.

Respecto de las intervenciones innecesarias, y en virtud de lo expuesto más arriba, se puede afirmar que la evidencia científica desaconseja el uso de muchos de los procedimientos e intervenciones que en Chile se practican de forma rutinaria (34). Todo esto, a pesar de que la propia Guía Perinatal 2015 publicada por el Ministerio de Salud plantea que “se recomienda intervenir el curso espontáneo del parto, sólo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria” (35).

La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, es considerada una forma de Violencia Obstétrica por la legislación venezolana vigente desde 2007, también por los dos proyectos de ley que hoy descansan en nuestro parlamento. Por otro lado, el decálogo de instituciones amigas de la madre y el recién nacido publicado en 2015 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), International Confederation of Midwives (ICM) y la International Pediatric Association (IPA), establece como uno de los criterios para que las instituciones acrediten el hecho de que no realicen intervenciones de rutina (36).

Mientras tanto, y a nivel nacional, esta situación se choca de frente con lo que gremialmente establece el Código de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) que en su título III, relativo a las relaciones de médico con sus pacientes, establece en el artículo 22 que: “... actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario”. Considerando además que las intervenciones médicas tales como la episiotomía, la cesárea y la monitorización continua se asocian a menor satisfacción materna (37), cabe preguntarse la forma como actualmente los equipos que abusan de las intervenciones médicas informan y obtienen el consentimiento para poder ejecutar dichas acciones. Sobre esto último el artículo 24

del código de ética antes mencionado, plantea que “El médico tratante deberá informar a su paciente de manera veraz y en lenguaje comprensible acerca de: su identidad del área de competencia profesional y sus límites, y el diagnóstico, alternativas de tratamiento, sus riesgos y beneficios...” (9). ¿Efectivamente se informan los riesgos y beneficios asociados a cada procedimiento antes descrito cada vez que se ejecuta?, ¿O aún se ve a la mujer en trabajo de parto como un sujeto pasivo sobre el cuál simplemente se desarrolla un medicina paternalista?

Las brechas para fortalecer la presencia del padre, y el acompañamiento efectivo de la mujer durante la gestación, trabajo de parto y parto, requiere la voluntad del equipo de salud. Además, requiere que los profesionales comprendamos que la paternidad activa comienza a promoverse con el feto in útero y somos los profesionales de la salud quienes podemos impactar positiva o negativamente en el involucramiento del padre, instándolo a participar, entregando información y herramientas que le permitan un involucramiento real en este proceso.

Urge pasar del papel a la implementación real del modelo de parto personalizado, y esto implica necesariamente mejorar infraestructuras, aumentar el número de matronas en las salas de parto de las maternidades del país, y capacitar a todo el equipo de salud que acompaña a las mujeres en trabajo de parto. Sobre el recurso humano disponible para el acompañamiento de estas mujeres, podemos señalar que, en la actualidad, existen más de diez mil matronas y matrones en el país, y se concentran a una razón de 52,9 por cada 100.000 mujeres, debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es 69,8 por cada 100.000 mujeres (38). La importancia de aumentar el número de matronas es para poder llegar en el corto plazo en el sistema público, a una relación de una matrona por mujer en trabajo de parto (1:1), tal como ocurre hoy en el sistema privado. No sólo por un tema de equidad, sino porque hay evidencia que la relación 1:1 tiene un impacto positivo en la satisfacción usuaria, y en la disminución de la tasa de cesáreas (39).

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:

En la medida que los países van resolviendo necesidades básicas, y garantizando la universalidad de ciertos derechos humanos, lo que le sigue es ir avanzando en el respeto y garantía de otros

derechos más específicos. Este último es el caso de los derechos humanos durante la gestación, parto y nacimiento, una temática recientemente problematizada en todo el mundo. Hoy en Chile se están vulnerando derechos humanos de las mujeres en el periodo de gestación, parto y lactancia tales como: derecho a la salud, derecho al consentimiento informado (realmente informado), a la privacidad, a la igualdad de trato, a rechazar un tratamiento médico, a la vida, y a la integridad física y psíquica. Y es un gran avance que el Instituto Nacional de Derechos Humanos, como principal entidad nacional en torno al tema, reconozca esta vulneración de derechos por parte del Estado de Chile.

Conocido el contexto nacional, y la realidad de las prácticas en torno a este periodo de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, lo que corresponde es hacerse cargo de las dimensiones estructurales, cómo ya han mencionado algunos autores (40), es decir: la formación con enfoque de derechos de los nuevos profesionales que acompañan a la mujer en este periodo; aumento del presupuesto en aquellos espacios que acompañan a la mujer en este periodo para así mejorar infraestructura, número del recurso humano y capacitación del equipo de salud; una autoridad sanitaria realmente comprometida con esta realidad, que se preocupe de exigir, fiscalizar y medir acciones e indicadores en la atención de la gestación, parto y lactancia; y finalmente una sociedad sensibilizada en torno a estas temáticas, con investigadores generando más evidencia, con activistas promoviendo el respeto de estos derechos, y con mujeres y familias conscientes de todos sus derechos en este periodos fundamental de la vida humana.

REFERENCIAS:

1. Naciones Unidas. Estrategia mundial para el desarrollo de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). New York. Naciones Unidas [Internet] 2015. [acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_ES_2017_web.pdf
2. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional Sobre Población y El Desarrollo, El Cairo 1994. New York. Naciones Unidas [Internet] 1995. [acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

3. Starrs A, Ezeh A, Barker G, Basu A, Bertrand J, Blum R, et al. Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, Volume 0, Issue 0. [Internet] Mayo 2018. [acceso 29 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
4. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, Volume 388, Issue 10056, 2176 – 2192 [Internet] Septiembre 2016. [acceso 15 de mayo de 2018] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)
5. Jolivet R. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Health Policy Project USAID. [Internet] Diciembre 2011. [acceso 15 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=46>
6. Organización Mundial de la Salud. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*. 1985;2:436-437.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS [Internet]. 2014 [acceso 5 Mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
8. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS [Internet] Febrero 2018. [acceso 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
9. Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016. [Internet] Chile: INDH; Diciembre 2016. [acceso de mayo de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/998>
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida sin violencia; 1-92. UNFPA [Internet]. 2006. [acceso 8 de mayo del 2018]. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf
11. Centro de Noticias de la ONU. [Internet] Ginebra: Centro de Noticias ONU; 2016. [acceso 30 de mayo del 2018] Disponible en: <https://>

news.un.org/es/story/2016/11/1368931

12. Organización Mundial de la Salud / UNICEF. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. OMS [Internet] 1981. [acceso 23 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.ibfan-alc.org/nuestro_trabajo/archivo/codigo/codigo_internacional_1981.pdf

13. Instituto Nacional de Estadísticas. [Internet] Chile: INE; 2018. [acceso 23 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download>

14. Cerda R. Familia y Fecundidad. [Internet] N°36. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC; Mayo 2010. [acceso 23 de mayo del 2018] Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/encuesta-nacional-bicentenario-2009-seminario.pdf>

15. Burgos B. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [Internet] Noviembre 2015. [acceso 20 de mayo del 2018] Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/39303>

16. Ministerio de Salud Chile – Departamento de Estadísticas. [Internet] Tomados de REM A01 y A05 para todo el año 2015. [acceso el 15 de mayo del 2018] Disponible en: <http://www.deis.cl>

17. Sadler M. Guía para profesionales de atención de salud “Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile. Resultado de Proyecto FONIS SA06I20034” [Internet] 2009. [acceso 15 de mayo del 2018]. Disponible en : <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/FONIS.pdf>

18. Donoso E. Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna, Chile 2011. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2014 [acceso el 23 de mayo del 2018]; 79(1): 5-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n1/art01.pdf>

19. Koch E. Paciente OB crítica, módulo Uno, en Curso “Manejo de la paciente obstétrica crítica”, [material audiovisual en internet]. CEDIP (Centro Diagnóstico de Investigación Perinatal); 2013. [acceso el 24 de mayo del 2018]. Disponible en: www.youtube.com/watch?v=FoAIV7SOTs8

20. Murray S, Serani F. Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. Birth, 1997;24(4):258-63

21. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo [Internet]. 2008 [acceso el día 5 Mayo 2018].; 360. Disponible en:<http://web.minsal.cl/portal/>

[url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf](http://item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf)

22. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery. [Internet] 2013 [acceso 21 de mayo del 2018];(29):1151-1157. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932035>

23. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud; Atención en Salud; D.F.L. no. 1, Ministerio de Justicia, 2000; Ley no. 20.584 [Internet] 2012. [acceso 18 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

24. Fundación OVO Chile. Primera Encuesta Sobre el Nacimiento en Chile. Santiago, Chile. 2018.

25. Leiva R. Desarrollo del rol profesional en los procesos de humanización de la atención del parto. En Universidad Mayor y Consejo Regional Santiago, Colegio de Matronas y Matrones, editores. Evolución de la matronería en Chile: Hitos y desafíos. Chile: Universidad Mayor; 2015. p. 95-108.

26. Aguayo F, Correa P, Kimelman E. “Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile”. Chile. Cultura Salud – Ministerio de Salud. [Internet] 2012. [acceso 27 de mayo del 2018] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/14-Informe-final-Estudio-sobre-la-participacion-de-los-padres-en-el-sistema-publico-de-salud-de-Chile.pdf>

27. Hernando M, Carvajal L. Proyecto de Ley que Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica. Boletín N°9902-11. Chile. Cámara de Diputados. [Internet] 2015. [acceso 23 de mayo del 2018] Disponible en: <https://www.camara.cl/pley/pdfpley.aspx?prmID=10121&prmTIPO=INICIATIVA>

28. Melo D. Modifica la Ley N°20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos de los neonatos y de las mujeres durante la gestación, el parto y posparto. Boletín 11549-11. Chile. Cámara de Diputados. [Internet] 2017. [acceso 23 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion>.

aspx?comuid=38641&formato=pdf

29. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Informe Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria. [Internet] 2013. [acceso 20 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf

30. Kent G, Castillo C. Government Distribution of Infant Formula in Chile. *Social Medicine*. [Internet] 2016. [acceso 20 de mayo del 2018]; 10(3). Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/900/1690>

31. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley N° 20869 Sobre Publicidad de los Alimentos. [Internet] 2015. [acceso 21 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/chi150722.pdf>

32. Sevelsted A, Stokholm J, Bonnelykke K, and Bisgaard H. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics*. 2015; 135(1):e92-8.

33. American College of Obstetrician and Gynecologists. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1*. *Obstet Gynecol*. 2014;123:693-711.

34. Sadler M, Leiva R. Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. En Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V. "Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile". Chile: UDD 2016.

35. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía Perinatal 2015. [Internet] 2015. [acceso 23 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

36. International Federation of Gynecology

and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association and World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;128.p.95-99

37. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G and Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. [Internet] 2017 [acceso 30 de mayo del 2018];62(2).p.196-203. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12499>

38. Leiva G. La formación de la matrona y su contribución a la atención de la maternidad en Chile. En *Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. La atención a la maternidad en diferentes países: la contribución de la comadrona*. España: *Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya* 2016.

39. McLachlan H, Forster D, Davey M, Lumley J, Farrel T, Oats J et al. COSMOS: Comparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8(35).

40. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Leiva G, Skoko E, Gille P and Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. [Internet]2016 [acceso el 24 de mayo del 2018];24(47):47-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303808959_Moving_beyond_disrespect_and_abuse_Addressing_the_structural_dimensions_of_obstetric_violence