

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA FORMACIÓN
ACADÉMICA DE LOS MÉDICOS BECADOS EN
GINECO-OBSTETRICIA, RELACIONADO CON LA
ATENCIÓN DEL PARTO FISIOLÓGICO**

AUTORAS:

GHIGLIOLA FRANCESCA ARTUSO BRAVO

TAMARA BELÉN ASTORGA GONZÁLEZ

KAMILA CONSTANZA GAETE TAPIA

Profesor Guía:

Mg. en Administración en Salud Gonzalo Sebastián Leiva Rojas

Co-Tutora:

Lic. en Antropología Social María del Pilar Plana Gómez

Tesis para optar a Licenciatura en Obstetricia y Puericultura

Santiago - Chile

2015

© Ghigliola Artuso Bravo

Tamara Astorga González

Kamila Gaete Tapia

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Referencia: Artuso, G., Astorga, T., Gaete, K. (2015). *Estudio Exploratorio Sobre la Formación Académica de los Médicos Becados en Gineco-Obstetricia, Relacionado con la Atención del Parto Fisiológico*. Tesis para optar al título de Licenciatura en Obstetricia y Puericultura. Universidad de Santiago de Chile, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Santiago.

DEDICATORIAS

A mis padres, Ana y Franco, quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios y siempre haber estado presente incondicionalmente.

A mi abuelo, Mario Bravo, por sentirse siempre orgulloso de mi y decirme que puedo lograr cualquier cosa.

A mis amigas, por estar siempre presente y sentir su apoyo en todo momento.

Ghigliola Francesca Artuso Bravo.

A Gladys y Héctor, mi padres. Por entregarme las herramientas para poder desenvolverme, por amarme y cuidarme infinitamente.

A Sebastián y Benjamín, mis hermanos, por siempre estar ahí y apoyarme.

Al Tata y la Lulú, por siempre sentirse orgullosos de su nieta, porque desde que entré a estudiar ya era una Matrona para ellos.

A Eduardo, mi compañero de vida, por sujetar mi mano fuerte, por creer en mí más de lo que yo creo en mi misma.

Tamara Belén Astorga González.

A Juan Carlos y Alejandra, mis padres por confiar en mi, guiarme y apoyarme en todo momento, por hacer de mi una persona con los valores muy claros.

A Emma, Enrique y María mis abuelos, por compartir mis logros y disfrutarlos.

A mis padrinos por siempre estar en mi camino para apoyarme y acompañarme.

A Bastián, mi pololo, por estar junto a mi en este largo camino, y recordarme porque estoy aquí cuando quise flaquear, por quererme y aguantarme.

Kamila Constanza Gaete Tapia.

AGRADECIMIENTOS

En esta instancia queremos agradecer a todos quienes quisieron participar de forma voluntaria en esta investigación, a todos quienes entregaron parte de su tiempo y contestaron a nuestras preguntas y correos de insistencia.

Agradecemos también a nuestro tutor, Gonzalo Leiva, por proponernos la investigación de este gran tema, al cual quisimos darle el mejor resultado posible, también agradecemos la confianza puesta en nosotras y el apoyo que recibimos en todo momento, por hacernos partícipes de su investigación para el proyecto FONIS.

No podemos dejar de mencionar a Pilar, quien nos iluminó el camino cuando lo veíamos muy oscuro, por ayudarnos a darle mucha más fuerza a nuestra investigación, por enseñarnos y motivarnos en el momento justo para que esta investigación saliera a flote, y por supuesto por el tiempo dedicado a este proyecto.

A quien no podemos dejar de mencionar es a nuestra amiga y compañera que fue parte de este proyecto Karen Silva, que por circunstancias ajenas a esto abandonó el camino, pero seguimos teniendo presente tu trabajo y tiempo dedicado.

Nos sentimos agradecidas de todos los docentes que participaron realmente de nuestra formación como futuras profesionales matronas, a quienes no se rindieron con nosotras y nos apoyaron y dieron fuerzas en algunas ocasiones, que nos aportaron conocimientos teóricos, prácticos, vivencias y valores, que esperamos podamos honrar en la ejecución de nuestra profesión.

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatorias	3
Agradecimientos	4
Resumen de Investigación	7
1. Introducción	8
1.2 Marco Teórico	11
1.2.1 Definiciones	11
1.2.2 Etapas del Trabajo de Parto y Parto	12
1.2.2.1 Tiempos Promedio del Trabajo de Parto y Parto	12
1.2.3 Atención del Parto Fisiológico Personalizado	13
1.2.3.1 Atención del Periodo Expulsivo	13
1.2.3.2 Atención del Periodo de Alumbramiento	14
1.2.3.3 Riesgos del Parto Vaginal	15
1.2.4 Parto Quirúrgico	16
1.2.4.1 Del Parto Natural al Parto Obstétrico	18
1.2.4.2 Cesáreas Innecesarias desde la Perspectiva de la Violencia Obstétrica	24
1.2.4.3 Riesgos del Parto Quirúrgico	25
1.2.5 Programa/Plan Nacional para Disminuir la Tasa de Cesárea en Nuestro País	27
1.2.6 Modelo de Atención en Salud	28
1.2.6.1 El Modelo Tecnocrático en la Medicina	28
1.2.6.2 El Modelo Humanista en la Medicina	32
1.2.7 Médico Gineco-Obstetra	35
1.2.7.1 Rol del Ginecólogo Obstetra en Chile entregado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)	38
1.2.8 Formación Académica	40
1.2.8.1 Relación Docente/Alumno(a) que deben tener los Gineco-Obstetras según la FIGO	43
2. Objetivos	44

2.1 Objetivo General	44
2.2 Objetivos Específicos	44
3. Metodología	45
3.1 Tipo de Estudio	45
3.2 Muestra	46
3.3 Instrumentos de Intervención y/o Recopilación de Datos	47
3.4 Juicio de Expertos	48
3.5 Marcha Blanca	49
3.6 Consideraciones Éticas	50
3.7 Plan de Análisis	51
4. Análisis	53
4.1 Becados y egresados de Gineco-obstetricia	53
4.2 Coordinadores de la beca de Gineco-obstetricia	62
4.3 Programas académicos de la beca de Gineco-obstetricia	65
5. Conclusiones	67
6. Recomendaciones	70
7. Bibliografía	72
8. Anexos	76
Anexo N°1: Consentimiento Informado	76
Anexo N°2: Instrumento de Entrevista Semi-Estructurada a Egresados(as) y/o Becados(as)	77
Anexo N°3:	
Anexo N°4: Entrevista Becado 1	78
Anexo N°5: Entrevista Becado 2	81
Anexo N°6: Entrevista Becado 3	83
Anexo N°7: Entrevista Becado 4	90
Anexo N°8: Entrevista Egresado 1	91
Anexo N°9: Entrevista Egresado 2	96
Anexo N°10: Entrevista Coordinador 1	99
Anexo N°11: Entrevista Coordinador 2	102
Anexo N°14: Entrevista Coordinador 3	105

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años, los nacimientos por cesárea han aumentado significativamente, a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de no superar la tasa de cesáreas del 10-15%. Sin embargo Chile tiene una tasa de cesárea alrededor del 48.1% en el 2011 (*DEIS-MINSAL, 2011*). Se han investigado distintos ámbitos que puedan justificar este aumento, para terminar preguntándonos si una de las razones sería la forma en que se están formando los médicos que cursan su postgrado en gineco-obstetricia.

Esta investigación de tipo cualitativa busca explorar en la formación académica del médico gineco-obstetra en relación a la atención del parto fisiológico. Para lo anterior se realizarán entrevistas semi-estructuradas a becados de gineco-obstetricia, y a gineco-obstetras recién egresados. Los sujetos de investigación son miembros de 3 Universidades pertenecientes a la Región Metropolitana.

Esta tesis forma parte del estudio “Percepciones y Prácticas Sobre la Operación Cesárea: Estudio Exploratorio en Salud Pública y Privada Para la Elaboración de Recomendaciones que Contribuyan a la Disminución de la Tasa de Cesárea en Chile”, dirigido por la Antropóloga Social Michelle Sadler, proyecto financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS).

1. INTRODUCCIÓN

Hace más de 3 décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Fortaleza, propuso que la tasa de cesáreas no debería sobrepasar el 10-15% (Ye, 2014). Sin embargo en Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 redactado por la OMS, el continente americano figura con un 30,8% de nacimientos por cesárea (OMS, 2010). Chile no está ajeno a esta realidad, la tasa de cesárea para el año 2011 fue de 48,1% según los datos recabados por DEIS-MINSAL en el año 2012 (DEIS-MINSAL, 2011). No obstante, en nuestro país algunos autores han planteado que esta tasa debería ser cercana al 20% (Farías, 2012).

Si profundizamos en las tasas de cesárea del país, están cercanas al 38,1% en el sistema público y 70,4% en el sistema privado (Guzmán E, 2012). Y al considerar las preferencias de las mujeres en relación a la vía de parto, un estudio cuantitativo realizado en el año 2006 con 180 gestantes de la Región Metropolitana (90 en salud pública y 90 en privada) revela una notoria tendencia hacia el parto por vía vaginal, con un 77,8%, un 12,4% no tiene preferencia, mientras que sólo un 9,4% de las mujeres optan por la cesárea (Angeja, 2006). Con estas alarmantes cifras, Chile se posiciona en el 4° lugar con la tasa de cesáreas más alta a nivel mundial (OMS, 2011), esto es preocupante, ya que cuantos más partos por cesárea tenga una mujer, mayor será el riesgo de que surjan algunos problemas médicos y problemas con futuros embarazos (ACOG, 2011).

Si existe interés en disminuir las altas tasas vistas en nuestro país, se deben discutir los motivos por los cuales se realizan las cesáreas, siempre teniendo en consideración que el aumento de esta operación y el descenso de los partos por vía vaginal no aporta beneficio significativo en la disminución de la mortalidad perinatal (Piloto, 2014), lo cual no justificaría tal aumento.

En Chile las indicaciones absolutas que existen para el parto por cesárea son: placenta previa oclusiva total a término, posición fetal transversa con dilatación completa, prolapso de cordón, vasa previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), eclampsia o síndrome hemólisis-elevación enzimas plasmáticas-trombocitopenia (HELLP), cuando falla una

inducción, tumor de gran tamaño en el útero que bloquea el cérvix al alcanzar dilatación completa, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo-pélvica, distocias de trabajo de parto, herpes activo durante el trabajo de parto, madre portadora de VIH, rotura uterina, malformaciones fetales gruesas. (Salinas, 2006) (Servicio de salud Arica y Parinacota, 2012)

El comité ético de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), concluye que la “realización de una cesárea electiva por motivos no médicos no está éticamente justificada” (FIGO,1999). Sin embargo, en un estudio realizado en Santiago de Chile por la socióloga inglesa Susan Murray, sobre la relación entre seguro privado de salud y altas tasas de cesáreas en Chile, refiere que existen razones no médicas que explican la existencia de otros factores que no están relacionados con los aspectos fisiológicos y biológicos de la gestación, dentro de los cuales encontramos el factor económico y de tiempo del médico gineco-obstetra, quienes usan la cesárea para obtener la máxima eficiencia en el uso del tiempo (Murray, 2000).

En el estudio “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica” de Marbella Camacaro Cuevas, Venezuela. Se entrevistó a dieciocho médicos obstetras, residentes y pasantes (becados e internos de medicina) sobre cómo la medicina da solución a los procesos reproductivos fisiológicos de las mujeres, se extrajo la siguiente opinión de un Obstetra y docente Venezolano: *“Yo soy profesor de postgrado, y participo en reuniones conjuntas y en todos los niveles conciben el embarazo desde el punto de vista patológico y si nos vamos a los estudios de pregrado también se hace hincapié en patología, hacen pasantías en los hospitales y aprenden a través de las conductas que se siguen allí”* (Obstetra) (Camacaro, 2009).

Lo que nos hace cuestionar si una de las tantas razones por las cuales se ha acrecentado el número de cesáreas es debido a la patologización del embarazo fisiológico por parte de los médicos gineco-obstetras de acuerdo a la formación académica que se les ha entregado durante sus 3 años de formación como especialistas.

Con este estudio se busca encontrar una nueva arista relacionada con el aumento de cesáreas en Chile que no haya sido analizada previamente, puesto que el aumento de esta intervención

quirúrgica en las gestantes significa un problema de salud pública para el país cuyas causas deben ser observadas. Para esto se relacionará la formación académica de los médicos especialistas en el área con la alta cantidad de partos quirúrgicos que son atendidos en nuestro país.

En base a estos antecedentes, se puede plantear la siguiente interrogante: ¿La formación de los médicos becados gineco-obstetras pone el foco en las patologías y en la vía quirúrgica del parto, por sobre las gestaciones fisiológicas y el nacimiento por vía vaginal?

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 DEFINICIONES

Parto normal y espontáneo: es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y de los anexos ovulares desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto. *(Pérez, 2011)*

Parto vaginal operatorio o parto instrumental: técnicas instrumentales de asistencia de un parto vaginal. Fórceps o Vacuum. *(Mazzoni, 2011)*

Cesárea o parto abdominal: es una operación que se realiza para extraer el feto a través de una incisión en la pared abdominal y en el útero. *(Poblete, 2011)*

Nulípara: Mujer que no ha tenido partos.

Múltipara: Mujer que ha tenido al menos un parto, haya sido por vía vaginal o abdominal. *(PUC, 2012)*

Parto humanizado/personalizado: Este concepto comprende al menos dos significados principales el primero, respecto al deber de las unidades de salud de recibir con dignidad a la mujer, sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlos y tratarlos como personas, para lo cual es fundamental que los/as profesionales de la salud y la institución muestre una actitud ética y empática, con el fin de brindar un clima agradable e instaurar rutinas hospitalarias que rompan con el aislamiento impuesto a la mujer. Otro aspecto fundamental es el hecho de adoptar medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitar prácticas intervencionistas innecesarias que no benefician a las mujeres ni sus recién nacidos. Estas medidas además dignificarán a la mujer pues se les tomara en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir lo cual contribuye a aumentar su grado de satisfacción. *(Arnauz, 2012)*

Parto Natural: Si bien este no se encuentra aún definido por alguna organización internacional, podemos estudiar el concepto según lo expuesto en el análisis de contenido, establecido por “la Asociación el Parto es Nuestro”, asociación española, formada por profesionales de la salud y personas naturales, la cual indicaría que “Un parto natural es ante todo un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema”. *(Arnauz, 2012)*

1.2.2 ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Primera Etapa del Parto (o período de dilatación)

- **Fase Latente:** Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y 3 centímetros de dilatación.
- **Fase Activa:** Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.

Segunda Etapa del Parto (o período de expulsivo).

Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento)

Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta. (MINSAL, 2013)

1.2.2.1 Tiempos promedio del trabajo de parto y parto

Primera Etapa del Parto.

La fase latente puede tardar hasta 20 horas en una nulípara, y 14 horas en una multípara. La fase activa en su fase aceleratoria puede tardar 6 horas en una nulípara y 4 en una multípara, en la fase desaceleratoria de la fase activa, una nulípara puede demorar 2 horas, y la multípara 1 hora.

Segunda Etapa del Parto

Una nulípara puede tardar de 1,5 a 2 horas, mientras que la multípara lo hace en 1 hora.

Tercera Etapa del Parto

En esta etapa los tiempos son más reducidos, en la nulípara se espera que la expulsión de la placenta ocurra dentro de 45 minutos, y en la multípara dentro de 30 minutos. (MINSAL, 2013)

Sin embargo, estudios recientes realizados en Estados Unidos demuestran que el trabajo de parto avanza sustancialmente más lento de lo que históricamente se ha pensado, variando entre 0,5 a 0,7 cm/hr. en la nulípara, y de 0,5 a 1,3 cm/hr. en la múltipara. Además de lo anterior, existe variación de aproximadamente una hora entre aquellas mujeres que recibieron analgesia peridural y las que no. (ACOG, 2014)

1.2.3 ATENCIÓN DEL PARTO FISIOLÓGICO PERSONALIZADO

Según el Manual de Atención del Proceso Reproductivo publicado por el Ministerio de Salud (MINSAL) para los equipos de salud, describe la atención del parto fisiológico en base a la atención integral con enfoque familiar del proceso reproductivo, la que propone recuperar los aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia. (MINSAL, 2008)

1.2.3.1. Atención del periodo de expulsivo

- Sugerir a la madre una posición que ayude al avance y progreso. Se aconseja utilizar ejercicio de relajación del piso pelviano, posición cuclillas, sentada, de rodillas, de lado, o la posición que le sea cómoda, evitando la posición de litotomía.
- Preparación del campo obstétrico: aseo del periné según norma vigente.
- La/el profesional que asistirá el parto, procede a lavarse quirúrgicamente las manos y antebrazos vistiéndose luego con ropa y guantes estériles.
- Todo el personal del sector debe ceñirse por las normas vigentes que rigen el funcionamiento de un pabellón quirúrgico.
- Durante el período expulsivo, controlar:
 - Estado general de la mujer (presión arterial, pulso, respiración).
 - Características de las contracciones y eficacia de los pujos.

- LCF después de cada contracción.
- Progreso del descenso y rotación de la presentación.
- Realizar amniotomía si corresponde.
- Realizar episiotomía sólo si se considera necesario.
- Una vez que emerge la cabeza fetal, evaluar la presencia de circulares de cordón, reducirlas por los hombros o cortar de inmediato el cordón, si no es posible lo anterior.
- Proteger el periné para evitar los desgarros.
- Limpiar las secreciones que acompañan la expulsión de la cabeza fetal.
- No rotar la cabeza fetal, este movimiento de rotación el feto lo hace sin ayuda de la/el asistente.
- Esperar la siguiente contracción para que sea expulsado el resto del cuerpo fetal, en el caso que no se haya producido en forma simultánea junto con la cabeza y rotación de hombros.
- Solicitar evaluación médica si se presentan alteraciones.
- Una vez que emerge el/ la recién nacido/a debe ser colocado sobre el abdomen o pecho materno abrigado, para facilitar el apego y en espera de la expulsión de la placenta. Favorecer la expresión de sentimientos y de caricias por parte de la madre y el padre.
- No seccionar ni clampear el cordón umbilical hasta que deje de latir, con excepción de las indicaciones absolutas, (Rh (-) sensibilizado, Apgar bajo). (MINSAL, 2008)

1.2.3.2 Atención del periodo de Alumbramiento

- Identificar la separación de la placenta y asistir el alumbramiento, relajando y guiando a la mujer frente a la reaparición de contracciones uterinas.
- En el alumbramiento normal se recomienda:
 - Colocar una pinza kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquilla vulvar.
 - Control de signos vitales, evaluar pérdida de sangre, retracción y altura uterina.
 - Comprobar el desprendimiento de la placenta con suave presión del fondo uterino a través del abdomen. La placenta se exterioriza por su propio peso, siendo recibida por quien asiste el

proceso, quién la hace rotar sin traccionar sobre sí misma, para exteriorizar las membranas.

– Efectuar reconocimiento cuidadoso de la integridad placentaria y de los anexos ovulares, pesarla y consignar este dato en la ficha clínica.

– Efectuar reconocimiento de la integridad del canal del parto. Estimar volumen de sangre perdida en el alumbramiento.

– Realizar sutura de episiotomía o lesión genital (desgarros) si es necesario.

• Informar a la mujer y su pareja o acompañante sobre signos o síntomas esperados en este período.

• Profilaxis de inercia uterina. (MINSAL, 2008)

1.2.3.3 Riesgos del Parto Vaginal

Hoy en día el parto vaginal toma lugar en un ambiente poco familiar y muy medicalizado, que se contrapone con el carácter privado e íntimo del proceso natural del nacimiento. La mayoría de las mujeres han dejado de sentirse seguras sin la tecnología del 'por si acaso', pero son pocas las que se logran sentir relajadas y cómodas (Lowdon, 2002).

En base a lo anterior, se mencionan algunos riesgos para la madre y para el feto/recién nacido.

Riesgos para la Madre

Cabe destacar que los riesgos enlistados a continuación están mayormente asociados al parto vaginal por fórceps o vacuum, o si la mujer tuvo una episiotomía.

Hemorroides: Debido a la fuerza ejercida en el pujo.

Dolor en la zona perineal

Desgarros y laceraciones de la zona perineal, lo que podría causar debilidad en los músculos del piso pélvico, aumentando la incidencia de prolapso.

Disfunciones sexuales en las primeras semanas y/o meses post parto (Childbirth Connection, 2012).

Riesgos para el Feto/Recién Nacido

Traumáticas del parto: Se producen generalmente en fetos cuyo tamaño es superior al promedio, especialmente cuando su tamaño es demasiado grande en relación con la pelvis materna. A menudo y para facilitar el paso por el canal del parto, los médicos utilizan demasiada fuerza o recurren al fórceps, pudiendo ocasionar lesiones tales como: daño al plexo braquial, fractura de clavícula, hemorragia subconjuntival, entre otras (*Birth Injury Guide, 2015*).

Cefalohematoma, bolsa serosanguínea: Ocurren comúnmente posterior a la ruptura del saco amniótico, lo que produce 'el choque' continuo entre la cabeza fetal y la pelvis materna. Asociado también a partos prolongados o al uso de fórceps o vacuum (*Birth Injury Guide, 2015*).

1.2.4 PARTO QUIRÚRGICO

El proceso del nacimiento no está exento de complicaciones, donde la vía de parto vaginal fisiológico ya no es una opción y se debe recurrir a otra vía, ya sea un parto operatorio o una cesárea.

La cesárea es la cirugía mayor más frecuentemente realizada en las mujeres en todo el mundo (*Anorlu, 2008*), es una intervención quirúrgica realizada por médicos gineco-obstetras, en donde se extrae al feto por vía abdominal. Existen múltiples razones para realizar una cesárea, ya sean médicas, como no médicas. Esta última no tiene relación con el riesgo de la gestación, sino que son opciones presentadas a las madres para que elija la vía del parto, para esto el médico tiene el deber de informarle los pro y contras para realizar esta intervención. La OMS recomienda que "Las universidades y las sociedades científicas deben participar en la evaluación de la tecnología y controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea investigando y dando a conocer sus efectos sobre la madre y el hijo" (*WHO, 1985*). Los argumentos o beneficios a favor de las cesáreas electivas para la madre serían, la protección del piso pélvico, la reducción de incontinencias fecales y urinarias, los gases y los prolapsos de los órganos de la pelvis e influencia favorable en la actividad sexual (*Uzcátegui, 2010*). Sin embargo, hay estudios que indican que con respecto a la incidencia de prolapso de órganos

pélvicos e incontinencia urinaria, no hay diferencias significativas entre el parto vaginal y la cesárea (ACOG, 2013). ¿Por qué la tasa de cesárea ha aumentado? Algunos autores postulan que esta alza se debe a:

- La nuliparidad de las mujeres: alrededor del 50% de estas embarazadas tienen riesgo de una cesárea, ya que al no tener partos previos los médicos prefieren no arriesgarse con una pelvis no probada, es decir que nunca haya tenido o intentado un parto vaginal.
- Edad materna: a edades maternas extremas (menor a 18 años y mayor a 35 años) hay mayor probabilidad de desarrollar patologías, por lo que se opta por la cesárea para no aumentar posibles riesgos.
- Vigilancia fetal electrónica, los cuales no siempre son interpretados correctamente. Lo anterior podría incluso desencadenar partos de pretérmino.
- Presentaciones podálicas, cerca el 90% de estas distocias son solucionadas a través de esta operación.
- Preocupación por litigios por mala praxis, provocando que el médico no se esfuerce por realizar un parto vaginal.
- Factores socioeconómicos, donde las clases media-alta y alta, piden cesárea, la cual se les ha “vendido” como la mejor alternativa, además el gineco-obstetra es un recurso humano mucho más costoso que una matrona, se utiliza muchos más instrumental y medicamentos, lo que lleva a un aumento del costo total de la cesárea.
- Falta de entrenamiento obstétrico, se cree que es más fácil realizar una cesárea ya que está todo “controlado”, que un parto vaginal donde la naturaleza actúa.
- Disminución de partos instrumentales.
- Inducción, factor que aumenta el riesgo.
- Empleo de antibióticos durante la cesárea, reduciendo las complicaciones y mortalidad materna.
- Esterilización quirúrgica, debido a que los seguros no cubren este procedimiento por separado, recurriendo a la cesárea.
- El médico quiere reducción del estrés pero no el de la madre, sino el propio, reduce sus horas de trabajo y controla el parto.
- Solicitud de la gestante o familiares (*Uzcátegui, 2008*).

La cesárea, mientras sea realmente necesaria y sea indicada por un médico, es una práctica bastante favorable para las madres y fetos, cuando una o ambas vidas se ven comprometidas.

Debe ser usada a conciencia y no abusar de esta práctica, cuando hay evidencia de que el parto puede completarse por vía vaginal y es innecesaria otra intervención.

El Dr. Alfredo Sardiñas Ramírez, en su revisión “La operación cesárea y la obstetricia hoy”, señala que *“el embarazo no puede ser considerado por nosotros como un tumor que a la menor eventualidad de gestosis, o distocia durante el parto, lo interpretemos como maligno y elijamos por ello, para él, una solución heroica y radical, la quirúrgica abdominal”* (Sardiñas, 2005), refiriéndose a que hay múltiples patologías que pueden afectar a una gestante durante su embarazo, las cuales pueden ser tratadas exitosamente sin necesidad de una intervención tan radical como la cesárea. También manifiesta que *“En algunas escuelas de obstetricia no cuentan con las bondades a obtener de la sección interpúbica, a practicar en los “casos clínicos selectos”, se traducen en también en quirúrgico abdominales, muchos de los que se podrían hacer trans-pelvianos”* es decir, que muchos de los procedimientos que se realizaron vía abdominal, perfectamente podría haber sido un nacimiento vía vaginal.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se suma a la preferencia del parto vaginal refiriendo que *“la intervención quirúrgica del parto sin justificación médica está fuera de los límites de una buena práctica profesional. La cesárea debería realizarse cuando esté indicada para generar bienestar de la madre y el recién nacido y así mejorar los resultados, respetando a la mujer como un ente activo en las decisiones médicas y la entrega de información actualizada, completa y comprensible sobre los riesgos y las ventajas de intervenciones propuestas”*. Además llama a los prestadores de servicios de salud, ya sean públicas y privadas, a la entrega de recursos de calidad para la asistencia del parto, como la infraestructura adecuada, anestesia y transfusiones sanguíneas en caso de ser necesarias. Y estas junto a los profesionales de la salud, tienen la responsabilidad proporcionar oportunamente los cuidados necesarios, no privando a la mujer de la cesárea si realmente la necesita (FIGO, 2007).

Antes existía la creencia de que si una mujer tenía un parto por cesárea, sus partos posteriores obligadamente debían ser por cesárea también, lo que hacía que se tornara en un círculo vicioso. Hoy en día se sabe que muchas de estas mujeres pueden ser sometidas a una prueba de trabajo de parto (entregar a la gestante condiciones favorables para que el parto progrese de

mejor manera), si la prueba resulta positiva, las mujeres pueden tener un parto vaginal después de una cesárea (ACOG, 2010).

1.2.4.1 Del Parto Natural al Parto Obstétrico

En el siglo XIX con la introducción del modelo tecnocrático, se ubica a la gestante en un lugar secundario y al profesional de salud como el gobernador del proceso de gestación, parto y puerperio, a quien se le entrega el saber y el poder, amparado por el estado y prestigio social de esta nueva condición.

Durante este periodo surge entonces en América y Europa una corporación médica encargada de afianzar sus nuevas responsabilidades y legitimar sus saberes, esto se ve reflejado en el rechazo a todos los saberes que no son considerados dentro del conocimiento científico vigente, por lo cual se les encarga a los médicos la tarea de modificar el comportamiento y hábitos de las gestantes considerados incorrectos en relación a la higiene y su salud. Estas políticas impulsadas logran entonces a comienzo del siglo XX la hegemonía en torno a las prácticas de atención de la mujer gestante, llevándose a la atención de un parto hospitalario, intervenido y medicalizado, que toma lugar protagónico en los servicios de salud. Es en este punto donde el área de la Obstetricia surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes para gobernar el proceso de gestación de las mujeres. (Belli, 2013).

Previo al siglo XVII la atención de la mujer gestante era realizada por la “partera”, “comadre”, “comadrona” o “recibidora”, las que eran conocidas popularmente como mujeres gordas y de carácter fuerte, de escasos recursos, incultas y analfabetas. Pero es a contar del siglo XVII que en Europa la actividad de las comadronas se comenzó a regular a través de: decretos, ordenanzas municipales, licencias eclesiásticas y civiles, en los cuales se les imponían exigencias morales y profesionales a las que debían someterse estas mujeres, además se legitima la dependencia de un regulador externo el cual sería un médico. Para esto se instaura que las parteras deberían contar con un mínimo de instrucción y supervisión, lo que les entregaría una acreditación para ejercer su labor. Durante éste siglo y el XVIII la historia de las parteras sufre un gran cambio con la incorporación de los médicos, que eran los encargados de

instruirlas, éstos a su vez se ven interesados en la labor de la partería y es en éste periodo donde nacen los primeros obstetras varones, lo que lleva a que las parteras dejen el monopolio de la atención de parto, y se empiece a ampliar el campo para los futuros obstetras varones que participan de la atención del parto.

A raíz de lo anterior y del desprestigio que se le otorga a la figura de las parteras tradicionales, que en el siglo XVIII comienzan a perder la exclusividad en la atención del parto, ya que inicia la agresiva incorporación de las matronas certificadas y los médicos obstetras, aunque en las áreas rurales no se ve tan afectado sino hacia finales del siglo XIX.

En Chile no existe evidencia de cuán conocidos eran estos cambios, pero se podía suponer que las ventajas de los medios educativos serían limitados, debido al obstáculo que generaba el analfabetismo femenino, sin embargo se cree que algunos médicos españoles residentes en el país enseñaron a médicos nacionales de éstos cambios, beneficiando así el interés futuro por la especialidad de obstetricia durante los siglos XVIII y XIX. Se comprende entonces que en Chile, similar a lo que ocurría en otros países de Latinoamérica, la partera o comadrona tiene un rol protagónico hasta mediado del siglo XIX, dado la inexistencia de matronas certificadas o instruidas y por el escaso atractivo que la asistencia del parto tenía entre los médicos durante este periodo.

Según el censo en Chile de 1854 y 1865 se consignó la existencia de 329 y 231 curanderos respectivamente, de los cuales una gran mayoría eran mujeres, lo que constata la importancia de ellas en las actividades curativas populares, a éstas mujeres se les conocía bajo el concepto de médicas o *meicas* en alusión directa a aquellas que ejercían actividades curativas, entre ellas la partería. Éstas eventualmente pertenecían a comunidades indígenas, se entiende entonces la importancia y el nacimiento de la llamada “ciencia de hembra” donde para las mujeres gestantes era más importante el género de quien las asistía que la ciencia o conocimientos que ellas poseían, ya que éstas habían pasado por lo mismo que ellas y las comprenderían.

Respecto del censo nombrado anteriormente, entrega como resultado la existencia de 129 y

239 médicos formales respectivamente, en su mayoría hombres, quienes se encargaron de criticar y desprestigiar a la medicina popular, esto comenzó a hacerse evidente a finales del siglo XIX donde la medicina popular comienza a perder confiabilidad y reconocimientos debido a que el segmento social que practicaba la medicina popular, mujeres pobres, era relacionado con la ignorancia, y a la combinación de procedimientos curativos con actos bárbaros y paganos como la brujería o la adivinación. Esta desaparición paulatina de la medicina popular se ve reflejada principalmente en las zonas urbanas del país, ya que en las zonas rurales éstas seguían teniendo un prestigio importante y los habitantes confiaban más en sus tratamientos que en los de la medicina formal, lo que se refleja en que en Latinoamérica subsistieron extensa y aceptadamente las *meicas* hasta entrado el siglo XX.

La mayoría de los escritos donde se habla sobre la atención de parteras o matronas sin distinción alguna, tratan sobre los errores que podían cometer, destacando su escasa calidad moral y el origen humilde del cual provenían, éstas mismas hablan casi nada de la actividad ejercida por las parteras en la época de la Colonia y parte de la República, y menos tocan el tema de las matronas examinadas.

A raíz de estos errores, y la participación no probada de algunas parteras en manipulaciones o tratamientos abortivos, fueron una de las principales razones por la cuales los médicos decidieron supervisar y suprimir algunas actividades de éstas mujeres, a juicio de quien formaría a las matronas instruidas, las mujeres que necesitaban mayor asistencia durante el parto, eran aquellas que se complicaban en manos de las parteras, quienes eran las responsables de las muertes maternas. Los médicos eran requeridos sólo cuando ésta era la última esperanza para salvar la vida de la madre y del hijo, donde en una primera impresión acusan a las parteras como directas responsables de los partos “complicados” que ellos intentaban revertir. El parto complicado o laborioso comenzaba a convertirse en la mejor justificación para la presencia del médico durante el parto, lo cual daba pie para limitar y desprestigiar la labor de las parteras, aún cuando las complicaciones a las que se enfrentaban no fueran necesariamente producto de sus manipulaciones, sino de un factor que a los médicos les tomó tiempo entender, la naturaleza de los alumbramientos laboriosos (*Zarate, 2007*).

En Chile, según la religiosa Mercenaria, Sor Imelda Cano Roldán en su libro *“La mujer en el*

Reyno de Chile”, observa que los primeros títulos de parteras durante la época de la colonia eran adquiridos por herencia, ya sea directa de la familia como externa a ella. Estas mujeres para ejercer el oficio de la partería debían ser autorizadas por los alcaldes del Cabildo, quienes juzgaban las competencias de estas mujeres en la asistencia de partos mediante una evaluación. Así es planteado por Enrique Salas Olano en su *“Historia de la medicina en Chile”*, donde se reconoce a Isabel Bravo como la primera partera o matrona examinada en Chile en el siglo XVI, mujer peruana examinada previamente por el Protomedicato de la ciudad de Lima en 1559, fue sometida a prueba por un símil chileno.

*«Pero lo que sí tenía lugar en plena audiencia (...) era el examen práctico y de cuerpo presente que rendían las parteras ante aquellos venerables ediles, cuyas firmas apenas pueden leerse, por rudas, en los libros becerros, pero que, a fuer de chilenos y estancieros de vacadas considerábanse suficientemente doctos en la obstetricia y sus pudorosos secretos. Fue de esta suerte, en sus estrados de la calle de la Nevería, en sesión pública, sentados los dos alcaldes bajo el dosel, y los regidores en sus duras bancas con las varas en las manos, como hizo sus pruebas de aptitud la primera «matrona examinada» que vino de fuera a esta ciudad por excelencia de matronas sin examen. Llamábase aquella con un buen nombre por el salto en el vientre de la visitación y el apellido –Isabel Bravo– natural de Lima, y demostró en presencia de los cabildantes, que sabía todo lo necesario «en el conocimiento que se ha de tener de parto natural como en el modo que se ha de tener de ayudar a que la criatura saliese entera y viva, así como cuantas maneras había de partos» y muchas otras preguntas a todas las cuales la dicha Isabel Bravo respondió bien clara y abiertamente, en tal manera que el señor Doctor don Francisco Gutiérrez, protomédico, visitador general de estos Reynos dijo que era hábil y suficiente en el dicho oficio y arte de partera y ansí en esta dicha ciudad como en todos los Reynos e provincias de Pirú y Reyno de Tierra Firme», según aparece textualmente consignado en el acta de la sesión del Cabildo del 22 de octubre de 1568 *.*

Sin embargo la religiosa sostiene que durante el periodo de la colonia, la práctica y grado de las matronas no estaban sujetos a reglamentos. Afirma que si bien hacia 1750 existió un decreto que otorgaba al protomedicato la facultad de examinar a las parteras, éste nunca se puso en práctica en Chile porque no hubo ninguna aspirante a dicho grado. Por lo demás, el decreto establecía que el grado de matrona se debía *«pagar con cien reales de vellón, aportando 62 para el protomédico, 30 para el secretario y 8 para el otro cirujano examinador»*, razón de sobra

por la cual el decreto no funcionó en estos lejanos territorios, debido a la baja condición social de la mujer partera.

Acerca de la reglamentación del oficio de las parteras, sólo hacia fines del siglo XVIII, en 1785 se registra un documento hecho por el Real Tribunal del Protomedicato para instruir a las comadronas en el oficio de partería con el fin de mejorar la asistencia del parto, como se menciona en el prólogo de la cartilla *«contiene lo más principal que debe saber una matrona, las circunstancias que deben asistirle, y la obligación en que por razón de oficio se constituye. Toda en methodo de preguntas, y respuestas, y con la posible brevedad, y claridad; porque dirigiéndose para mugeres, que apenas saben leer, y escribir, y que hasta aora, por no haverse sujetado á estudio alguno, se les ha de hacer muy ardua qualquier literaria enseñanza, ha parecido conveniente ceñirse á lo más fácil»*.

Si bien las parteras continuaron ejerciendo hasta principio del siglo XX, a contar de la primera mitad del siglo XIX el ejercicio de la obstetricia comenzó a sufrir una serie de transformaciones importantes lo que introduce a la obstetricia en la profesionalización de la medicina, esto hace referencia a la medicalización del parto o a la asistencia médica de éste. Lo que provoca que en este proceso la matrona se interese no solo en “cortar el cordón” como en la época colonial, sino que extiendan el foco a la atención previa, durante y después del parto.

Este proceso se inicia alrededor de los años 1833 y 1834 con la creación del primer curso de estudios médicos (1833) aunque este no haya sido parcialmente concretado debido a la carencia de docentes, en este programa se incluyen cuatro áreas de estudio, la medicina, anatomía, farmacia y cirugía y obstetricia, esta última a cargo del médico francés Lorenzo Sazié Laterrade-Pilo (1807-1865), quien formaba parte de un grupo de especialistas extranjeros con estudios formales traídos desde París. Paralelamente a esto el 16 de Julio de 1834 se inaugura la primera escuela de matronas, conocida como “Colegio de Obstetricia” dirigida por el doctor Sazié, quien dictaba las clases en la sala de parturientas de la Casa de Huérfanos de Santiago (Lattus, 2007).

1.2.4.2 Cesáreas innecesarias desde la perspectiva de la violencia obstétrica

A raíz de estos cambios, es que la maternidad pasa a ser un proceso regulado en su mayoría por los profesionales de salud, hombres, y en centros asistenciales donde rige un ideal de asepsia y soledad, lo que deja de lado el lugar que por mucho tiempo fue el territorio donde ocurría de forma natural el parto, el hogar de la mujer que daría a luz, donde tenía por compañía otras mujeres que ya habían parido y parteras.

En el siglo XX América instauró la obligatoriedad en la atención hospitalaria y profesional del parto, esto conduce a la implementación de intervenciones destinadas a fortalecer el modelo médico basado en las ciencias y tecnologías el cual ha logrado un lugar de poder, por sobre otras alternativas de atención, y se indica como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones. Este proceso se valida en base de un discurso en el que se recalca la efectividad de la intervención médica en cuanto a la disminución en la mortalidad materno-infantil durante el parto, lo cual lleva a la legitimación del control que el estado adopta sobre las mujeres durante su proceso.

La experiencia de la maternidad y la relación asimétrica médico-paciente provoca un desplazamiento de las mujeres en cuanto a su rol protagónico en el nacimiento de sus hijos. Es en este punto donde empezamos a entender que la medicina tiene el propósito de entregar beneficios a las mujeres, pero son las prácticas rutinarias, la sistematización de estas y la excesiva medicalización del proceso fisiológico del parto los que empiezan a adquirir una característica negativa de violencia y abusos en contra de las mujeres.(Belli, 2013).

“La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente –aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”. (Belli, 2013)

A raíz de la patologización del proceso reproductivo, ayudado por la implementación de tecnologías como la monitorización electrónica fetal intraparto, el exceso de oxitocina sintética y otros medicamentos para acelerar el proceso natural del parto, es que se observa un aumento en la tasa de cesáreas de urgencia. Lo que contrasta con una de las leyes establecidas en Venezuela, primer país latinoamericano en legislar sobre violencia obstétrica, que señala que *“Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”*. Esto será considerado como un acto de violencia obstétrica ejecutado por el personal de salud por lo cual es responsable será multado. (Belli, 2013).

La cesárea en tanto representa una de las mayores amenazas para las madres y sus hijos cuando esta es practicada de forma indiscriminada, según las preferencias del médico, secundaria a procedimientos obstétricos de rutina, u otras causas que no se encuentran dentro de las indicaciones absolutas o relativas de cesárea. La práctica de esta intervención quirúrgica además de tener una carácter invasivo para el cuerpo de la mujer, una recuperación posparto más lenta, retrasa el apego entre el recién nacido y sus progenitores, lo cual según estudios modernos podría tener repercusiones importantes en el desarrollo de estos seres humanos durante la infancia y la adultez, y de forma inmediata afectaría el inicio y mantención de una lactancia materna exclusiva. (Olza, 2006).

1.2.4.3 Riesgos del parto quirúrgico

Riesgos para la Madre

Muerte materna: Este riesgo es de cuatro a seis veces mayor en la cesárea que en el parto vaginal. (Olza, 2006)

Infección: Estudios han demostrado un incremento en el riesgo de endometritis en aquellas mujeres sometidas a una cesárea. Además existe el riesgo de infección de la herida quirúrgica. (Pérez, 2011)

Placenta previa: Existe evidencia de que la cesárea aumenta el riesgo de placenta previa en futuros embarazos. El riesgo aumenta a medida que aumenta el número de cesáreas previas.

(Pérez, 2011)

Acretismo placentario: el riesgo es mayor en pacientes con antecedentes de cesáreas previas y placenta previa. *(Pérez, 2011)*

Adenomiosis: la presencia de tejido endometrial en el miometrio es provocada por traumatismos uterinos, como la cesárea y el raspado uterino. *(Brun, 2014)*.

Problemas psicológicos: La cesárea aumenta el riesgo de sufrir depresión postparto y síndrome de estrés postraumático. *(Olza, 2006)*

Dificultades con la lactancia: Tanto en las cesáreas de emergencia como en las electivas existe una menor tasa de lactancia materna exclusiva, si se le compara con el parto vaginal *(Zarnado, 2010)*. En el pabellón aquellas madres que no reciben ayuda, no pueden sostener a sus recién nacidos dificultando la lactancia precoz y aumentando el uso de mamaderas con fórmulas lácteas, lo que reduce la capacidad de succión del niño/a y como consecuencia disminuye la estimulación láctea en la madre. Si el recién nacido se acostumbra a alimentarse por mamadera tendrá dificultades para adaptarse al pecho materno, causando que la madre considere abandonar la alimentación al pecho *(Kuguoglu, 2012)*.

Riesgos para el Feto/Recién Nacido

Se ha demostrado que los niños/as nacidos por cesárea sin trabajo de parto antes de las 39 semanas, tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes de dificultad respiratoria (SDR) *(Blanchette, 2011)*.

Estudios han demostrado que los niños/as nacidos por cesárea, tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes mellitus tipo I, asma, alergias, y desórdenes gastrointestinales, entre otras. Esto debido a que no pasan por el estrés del trabajo de parto, y no son expuestos a la microbiota del tracto genital materno. Este último punto tiene importancia, ya que son estos microbios quienes juegan un rol muy importante en el desarrollo del sistema inmunológico. En un análisis del cordón umbilical de niños/as nacidos por cesárea sin trabajo de parto en comparación con los nacidos por parto vaginal, se encontró que poseen menor cantidad de interleuquina-1, factor de necrosis tumoral alfa, e interleuquina-6, lo que modifica la respuesta del sistema inmune.

Recientemente se ha establecido que la microbiota intestinal normal participa en el desarrollo del cerebro y del comportamiento. *(Romero, 2013)*

El riesgo de muerte fetal al final del siguiente embarazo tras una cesárea se duplica. (Olza, 2006)

Existe un riesgo de alrededor del 2% de que el feto sufra algún corte durante la intervención, este riesgo aumenta si se encuentra en presentación podálica. (Olza, 2006)

En países industrializados con un elevado ingreso económico, altas tasas de cesáreas están relacionadas con una alta tasa de mortalidad infantil, sobre todo por la prematuridad iatrogénica. (Xie RH, 2015)

1.2.5 PROGRAMA/PLAN NACIONAL PARA DISMINUIR LA TASA DE CESÁREA EN NUESTRO PAÍS.

No existe un plan o programa a nivel país que busque reducir la tasa de cesárea, sólo existe un estudio prospectivo realizado por el Hospital Padre Hurtado en el 2006, que tenía como objetivo mantener una tasa global de cesáreas bajo 25%; y obtener como resultado un recién nacido vivo y sano, evitando la encefalopatía hipóxico-isquémica asociada a asfixia intraparto. Para esto, se desarrollaron Guías Clínicas de Manejo del Trabajo de Parto y de Interpretación del Monitoreo Fetal Electrónico (MFE) Intraparto.

Se analizaron los resultados obtenidos entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2004. En ese período se registraron 39.436 partos. El número de partos fue estable en esos 6 años, con un leve repunte en 2001. Los partos eutócicos fueron atendidos principalmente por matronas. Las cesáreas programadas se indican principalmente por doble o mayor cicatriz de cesárea, o por distocia de presentación, representando un 7,3% de los partos. En primigestas con embarazo mayor o igual a 34 semanas, se observó que un 82% fue resuelto por vía vaginal y solo un 18% de estas pacientes requirió de cesárea.

La tasa global de cesáreas (23,2%), que incluye a las pacientes de cesárea programada, los ubica entre las más bajas del país; por lo mismo que la tasa de cesárea de urgencia de 15,9%, refleja bien la tasa de cesárea de pacientes con expectativa de parto vaginal (Latorre, 2006).

1.2.6 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

1.2.6.1 El Modelo Tecnocrático en la medicina

La manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta. A pesar de sus pretensiones de rigor científico, el sistema médico occidental se basa menos en la ciencia que en su contexto social más amplio. El sistema de valores fundamentales de la sociedad occidental está fuertemente orientado hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente (*Davis-Floyd, 1992*). Nuestro sistema médico refleja el sistema de valores fundamentales: sus éxitos se basan en la ciencia, están influenciados por la tecnología y se llevan a cabo a través de grandes instituciones dirigidas por ideologías patriarcales en un contexto determinado por la búsqueda de beneficios económicos. Entre estos valores fundamentales, tanto en la medicina como en el conjunto de la sociedad, la tecnología reina por encima de todo. Una sociedad tecnocrática es jerárquica, burocrática y está organizada alrededor de una ideología de progreso tecnológico.

Principios básicos del modelo tecnocrático:

1. *Separación mente-cuerpo*: Esta idea significa que la mente-esencia cultural superior del ser humano- así como también el alma -esencia espiritual superior-, podían permanecer inmutables mientras que el cuerpo, como una mera parte mecánica de la naturaleza, podían ser separadas, estudiada y reparada. El alma queda para la religión, mientras que el cuerpo humano para la profesión médica.
2. *Considerar el cuerpo como una máquina*: Los médicos que tratan a sus pacientes como si sus cuerpos estuvieran separados, generalmente se tratan a sí mismos de la misma manera. El abuso de su cuerpo comienza durante la universidad y se intensifica durante las residencias. Faltos de sueño y siempre a las corridas, los estudiantes de medicina y residentes rellenan sus cuerpos con comida chatarra y sus cerebros con un empalago de información. Ya en la práctica privada, intentando pagar un inmenso préstamo estudiantil y, tal vez sosteniendo una familia, los médicos que creen que la mente no es un cuerpo continuarán con este modelo.

3. *Ver al paciente como un objeto:* Éste libera de toda responsabilidad al médico por la mente o el espíritu del paciente. Así el profesional no ven ninguna necesidad de comprometerse con ese individuo prefiriendo pensar y hablar del paciente como “el síndrome hipertensivo de la 223”. También en las entrevistas médicas son un ejemplo, donde se intenta sonsacar información relevante del paciente realizando una serie de preguntas cerradas que le permiten al paciente muy poca o casi ninguna libertad para expresar sus propias opiniones o intereses.
4. *Distanciamiento del médico con su paciente:* Esta clase de separación de los pacientes es entrenada en los médicos durante la universidad y la residencia al enseñarles a protegerse a sí mismos evitando involucrarse emocionalmente. Como su modelo de curación no reconoce ningún rol para las emociones en las enfermedades y las afecciones, es lógico concluir que no hay ninguna necesidad de lidiar con las emociones del paciente.
5. *Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia dentro:* Esto conduce a una fascinación con el diagnóstico y la enfermedad divorciados del contexto humano. Este enfoque tiene obvios beneficios para el médico, convierte en invisible la personalidad y la experiencia del paciente que debe vivir, y tal vez, morir, con estas afecciones.
6. *Organización jerárquica y estandarización del cuidado:* Los hospitales despliegan y perpetúan -la ciencia y patriarcado- estos valores especialmente bien porque sus jerarquías permiten que la responsabilidad sea tan generalizada y difusa que muy pocas personas tienen el poder para alterar fundamentalmente cómo se hacen las cosas. Los médicos y enfermeras que tratan de cambiar el sistema, se encuentran frustrados y obstaculizados por otros pares o administradores hospitalarios. Lo más básico de subordinación es del individuo a la institución, luego un segundo tipo de jerarquía poner a los médicos como un grupo posicionado sobre todos los otros practicantes médicos y mucho más poderosos social y políticamente que los practicantes de otras modalidades de curar, y por último, el énfasis de la tecno-medicina en las especialidades por encima del cuidado primario en salud. De mano de la jerarquía está la estandarización del cuidado ya que si vemos el cuerpo separado de mente y contexto social debe responder a cierta terapia estándar. En una escala más amplia la estandarización permite intereses comerciales tales como las industrias farmacéuticas y las empresas de tecnología médica para dirigir investigaciones y finalmente designar tratamientos de aplicación masiva.
7. *Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente:* como el médico es la

autoridad, el paciente carece de responsabilidad. Los médicos sienten que solo a ellos les incumbe determinar el curso de un tratamiento para un individuo. En este escenario, el rol más confortable para el paciente es la abdicación de su preferencia personal en favor de la elección del médico. Esto ha llevado a la proliferación de demandas contra hospitales y médicos.

8. *Sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología:* La máquina está posicionada en primer plano, más que un medio para un fin, la máquina misma es frecuentemente percibida como el elemento decisivo en un diagnóstico o tratamiento. La rápida aceptación y difusión de la nueva tecnología con frecuencia tiene más que ver con su valor simbólico que con su real eficacia, esta puede ser tan efectiva y tan deslumbrante que capta nuestro interés y, efectivamente, nos hipnotiza, como el amplificador de los latidos cardíacos del bebé suena como caballos galopando. Es tan poderosa esta ilusión que las enfermeras se rehúsan apartar a la madre del monitor por miedo a que el corazón del bebé se detenga, aunque intelectualmente esto no tiene sentido. Ejemplo concreto en Obstetricia donde la tradición médica y el “cuidado estandarizado” demandan numerosas intervenciones durante el parto y el parto que han sido probadas como inefectivas y hasta dañinas en pruebas controladas al azar.
9. *Intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo:* A medida que la investigación médica ha progresado, produjo más eficientes farmacéuticas y tecnológicas médicas con el fin de la reparación rápida de problemas a corto plazo, pero a futuro conduce a más problemas. Más allá de liberarnos de las enfermedades a través de una píldora para cada enfermedad, se anhela liberar de las limitaciones de la tierra mediante tecnología, este abordaje agresivo a resultado la medicalización del completo ciclo de la vida humana.
10. *La muerte como derrota:* Es el enemigo y equivale a una falta, es una derrota para un sistema médico que se esfuerza por tener el control del último sobre la naturaleza. Es un doloroso recordatorio que tal control es ilusorio. Esta focalización en medidas drásticas y agresivas dificulta la opción de aceptar la muerte cuando es apropiado desconfiando de métodos más lentos, menos seguros pero más completos de curación, que incluyen cambios a largo plazo en el estilo de vida, y prevención a través de la educación y de la salud pública.
11. *Sistema guiado por las ganancias:* Con el crecimiento de la farmacología y la tecnología, el sistema médico se volvió inabarcable requiriendo elaborados sistemas de financiación que aseguraron sus disponibilidad, incrementado la economía de las farmacéuticas,

compañías de seguros, corporaciones e instituciones médicas, estas presentan ganancias astronómicas, mientras que los hospitales y los médicos deben ajustar los cinturones. Muchos han señalado que proporcionar nutrición adecuada, cuidado prenatal y ayuda social a las mujeres embarazadas carentes para prevenir los nacimientos prematuros y de bajo peso sería más rentable que concentrarse, como lo hacemos actualmente, en el enorme costo de salvataje una vez que ha sucedido. Pero esta clase de acción preventiva no apoyaría ni reflejaría el énfasis del paradigma tecnomédico.

12. *Intolerancia a otras modalidades:* Cuando la medicina occidental empezó a predominar alrededor del mundo debido a su poder curativo, las terapias alternativas aparentemente menos basadas en ciencia y en evidencia, quedaron fuera de camino. Cuando una ideología es hegemónica, como la del modelo tecnomédico, toda otra ideología competente se convierte en “alternativa” a ésta. Mientras estas modalidades ganan cada vez más respeto y son más solicitadas, la tecnomedicina alópata fija las reglas culturales, establece estándares del cuidado.

Con la implementación de este modelo comienza un proceso de extracción del cuerpo del ámbito de la religión y de la filosofía para dárselo a la ciencia. Concebir el cuerpo como máquina implicó entregarlo para la investigación científica y continuar la exploración, dejando de lado todos los cuestionamientos sobre espiritualidad y la integridad de la persona a los curas y a los filósofos. Fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad desafiaban la manipulación, y, por lo tanto, debían ser eliminados.

En el modelo tecnocrático del parto, se puede ver que el cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital como una fábrica donde se elabora el producto, el bebé y la tecnología es trascendente sobre todo el proceso, sobre los procesos normales. El cuerpo de la madre es una máquina defectuosa y el experto técnico es el que rescata y produce el bebé. Así también, la paciencia no es una facultad que se estime como valor, teniendo tecnología se debe usar y se actúa sin dejar obrar a la naturaleza convirtiendo esa actuación en una injerencia, en intervenciones agresivas que responden a la incapacidad de asumir y respetar el tiempo que toma, de forma natural, la evolución del parto.

Toda la responsabilidad recae sobre el médico y no en la parturienta muy gráficamente expuesto con la imposición de la posición de litotomía cuyo origen y adopción obligada para las mujeres, coincidió con la entrada en la escena del parto de los médicos.

En el modelo tecnocrático se enfoca el tratamiento hacia la estandarización, no en tratar cada persona como individuo, sino en servirse de reglas y protocolos para aplicar en todas las situaciones, es con esto como podemos ver tendencia a patologizar los partos y así poder manejarlos de acuerdo a esto, para terminar, muchas veces, en una cesárea, la forma más rápida de resolver los problemas. (Davis-Floyd, 2004)

1.2.6.2 El Modelo Humanista en la medicina

El humanismo significa poner el elemento humano en la educación médica; lo psicológico, sociológico, y humanístico. Se expanden las fronteras angostas de la tecno-medicina hacia un enfoque más humano y relacional con los pacientes. Lo que propone este modelo es suavizar los límites abruptos de la tecno-medicina, intentan tratar a los pacientes con compasión y respeto que respondan a cada individuo, y así agregar las dimensiones interpersonales de la curación al técnico alópata experto.

El modelo humanista es tanto una actitud como un paradigma y puede ser descrito de la siguiente manera:

1. *Conexión entre cuerpo y mente:* reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo y defiende maneras de curación que se dirigen a ambos, lo ven en constante comunicación. Cree que los procesos mentales, emocionales y físicos no ocurren por separados, sino que , debido a las funciones mediadoras de las hormonas, cada función mental tiene un componente emocional y físico y viceversa.
2. *El cuerpo como un organismo:* Esto desencadena el desarrollo de una gran cantidad de tratamientos que para una máquina podrían ser irrelevantes pero son de gran importancia para un organismo. Acentúa la importancia de la amabilidad, el contacto y el cuidado amoroso.
3. *El paciente como un sujeto relacional:* Ve a paciente como una persona con enfoque

biopsicosocial que reconoce los profundos efectos de medio ambiente social en el individuo y busca incorporar a concientización de éstos en el tratamiento. Es por esto que más y mejor apoyo social de la familia y de los amigos está asociado con menos probabilidades de morir y más de curarse a cualquier edad.

4. *Conexión y cuidado amable entre el médico y el paciente:* La implicancia en la práctica clínica es que los médicos no sólo deberían hacer todo lo que pueda para alentar a los pacientes a encontrarse con el otro, sino que también deberán usar el poder de curación de la relación paciente-médico. Así los médicos humanistas tienden a sacar una gran satisfacción de su trabajo. En el modelo humanista, los sentimientos se aceptan como parte de la respuesta hacia la curación.
5. *Diagnóstico y curación desde afuera hacia adentro y desde adentro hacia fuera:* actúa la comunicación entre el paciente y el médico permitiendo a los médicos obtener información desde dentro del paciente y combinarla con averiguaciones objetivas, en donde saber escuchar es tan importante como saber qué decir. La complejidad de esta tarea yace en permitir al paciente la suficiente libertad para expresar lo que sea importante y, al mismo tiempo, buscar continuamente el hilo que llevará a un entendimiento clínico del problema. La habilidad de escuchar es crucial para obtener la mezcla correcta de información requerida para un diagnóstico.
6. *Equilibrio entre las necesidades de la institución y las necesidades individuales:* La mayoría de hospitales e instituciones médicas están diseñadas para soportar e implementar principios tecnocráticos en su atención. Sin embargo, los humanistas, por ejemplo usando intervenciones tecno-médicas razonablemente, combinando la intuición con elementos racionales, probablemente confíen mucho más en ellos mismos y retardan la hospitalizaciones del paciente siempre que sea posible.
7. *Información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el paciente y el practicante:* Los profesionales de salud son entrenados para usar información lineal para llegar a sus decisiones; además, el paradigma humanista permite que procesamientos no lineales y subjetivos tengan un rol más significativo. Abre situaciones a opciones múltiples. La doctrina del consentimiento informado establece en teoría una guía para compartir la información entre paciente y médico. Lo que dice, esencialmente, es que los pacientes tienen el derecho a entender su diagnóstico y pronóstico, el tratamiento que se les ha propuesto y sus riesgos y beneficios, y las opciones de tratamiento. Discusión de las opciones de tratamientos lleva naturalmente a una exploración y un compartir de valores, acá el médico responde a al deseo del paciente a tratamientos

alternativo o no tratamiento.

8. *Ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo:* Toman la ciencia como su estandarte y usan prácticamente las mismas herramientas y técnicas que los tecno-médicos. La diferencia se encuentra en el manejo del tiempo y la elección, están más dispuestos a esperar, a ser conservadores, más abiertos a enfoques de mente y cuerpo. Los humanistas que son primeramente médicos de cuidado (ginecólogos(as), oncólogos(as), pediatras) puede resolver un problema usando métodos más conservadores, siempre que tengan el consentimiento del paciente para ello.
9. *Enfoque hacia la prevención de la enfermedad:* El enfoque humanista busca un balance entre la prevención de la enfermedad y curación. El modelo propone prevención para la mayoría antes que curaciones de alta tecnología para la minoría. La medicina preventiva describe un enfoque contrastante que intenta frenar la enfermedad y los accidentes antes de que pasen, es una estrategia de salud pública porque no genera ganancias, contrariamente a la venta de equipamiento médico de alta tecnología y de farmacéuticos. En una mirada más profunda en la prevención se enfocaría sobre la motivación personal. Pacientes de todos los estratos sociales estarían a cuidarse mejor a sí mismos si creyeran que les importan a su médico lo suficiente como para que éste diseñe un plan para el mejoramiento personal y monitoree su implementación. La prevención tiene lugar en este modelo ya que la fuerza motivadora es la compasión, no ganancia.
10. *La muerte como resultado aceptable:* El proceso de morir bajo los paradigmas tanto humanistas como holísticos se convierte en una oportunidad de sanar las propias relaciones con los esposos, hijos, amigos, uno mismo y Dios. La muerte de una persona puede proveer enormes oportunidades de curación para familias y comunidades enteras. Para el médico facilitar este proceso puede significar el desarrollo de una relación muy rica con el paciente, arribando a un entendimiento profundo de su psicología y su pasado.
11. *Cuidado conducido por la compasión:* La motivación del humanista se ha identificado como el valor ético de la compasión -habilidad de percibir y sentir las necesidades de los demás- aunque esté fuera de las propias experiencias. La compasión por sus hermanos humanos que motiva a los médicos humanistas a hacer ese tipo de trabajos también los motiva a ofrecer cuidado centrado en el paciente y en la relación cuando vuelven a su casa.
12. *Apertura mental hacia otras modalidades:* La variedad de la práctica humanística se

extiende desde un ablandamiento de los bordes duros de la tecno-medicina por un lado, a los principios de una práctica holística por otro lado. No se tiene intención de aprender técnicas de curación alternativas, a pesar de que hay apertura de mente y apoyo a los pacientes que eligieron alternativas, mientras que el programa de tratamiento general incluyera el cuidado convencional.

(Davis-Floyd, 2004)

En la Atención del Parto

Modelo Tecnocrático	Modelo Humanista
Proceso de gestación-parto-nacimiento se concibe como un proceso patológico que siempre debe ser intervenido.	La atención del parto se debe ver la gestación-parto-nacimiento como proceso fisiológico normal que sólo debe ser intervenido si presenta complicaciones.
Foco de la atención está puesto en entregar prestaciones técnicamente adecuadas	La entrega de prestaciones técnicamente adecuadas va acompañada de la comprensión de los factores psicosociales involucrados en la atención.
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.	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 antepone a las de los equipos de salud.

(Sadler, 2009)

1.2.7 MÉDICO GINECO-OBSTETRA

La obstetricia y la ginecología son subespecialidades de la Medicina, las cuales atienden las necesidades integrales de salud de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia es la subespecialidad encargada de la mujer durante todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) mientras que la ginecología es la subespecialidad médica y quirúrgica que se encarga de la evaluación de la fisiología y patologías del sistema reproductor femenino (útero,

vagina y ovarios), además de los periodos de adolescencia y climaterio por los que transcurre la mujer durante su ciclo vital.

Los Gineco-obstetras además de la atención durante el periodo de gestación o el tratamiento de alguna patología ginecológica, deben encargarse de educar y aconsejar a las mujeres en aspectos psicológico, físicos y entorno a los derechos sexuales y reproductivos, para así lograr el bienestar a lo largo de toda la vida de la mujer.

La SOCHOG (Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología) hace el llamado a que los médicos gineco-obstetras deben poner mayor énfasis en la adecuada alimentación, ejercicio físico y una buena salud mental de la mujer y el diagnóstico precoz de las patologías más comunes, para así disminuir y prevenir enfermedades crónicas que podrían llegar a causar la muerte.

Además de este punto la SOCHOG hace referencia a los casos de violencia de género, para los cuales los gineco-obstetras deben promover una debida educación sexual, lo cual permitirá prevenir este tipo de situaciones y estar atentos a los aspectos que podrían comprometer la salud mental y física de las usuarias.

Respecto del proceso de gestación el gineco-obstetra deberá procurar por la seguridad de la gestación, nacimiento y lactancia del recién nacido. Además de fomentar en la mujer que aún no se embaraza recurra a consulta preconcepcional o acceda a la anticoncepción en caso de que esta no desee embarazarse. (SOCHOG, 2014)

Con lo anteriormente descrito se desprende que el gineco-obstetra no sólo desempeña su rol a nivel terciario de salud, sino que también tiene una participación importante en la atención primaria de salud y es aquí donde juega un rol importante respecto de la educación y prevención para el desarrollo de las distintas patologías.

En el estudio “Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el

control prenatal: un estudio cualitativo” realizado en Lima, Perú, se explora en la interacción de la gestantes adolescentes con los profesionales de la Salud que las atienden en la atención prenatal. Un residente refiere *que conocer el cuerpo de las gestantes adolescentes representa en lo que es la parte ginecológica, el cuerpo humano, simplemente buscar la patología orgánica y llegar a un diagnóstico*. Las entrevistadas señalan también que el trato de parte de los gineco obstetras no es el mejor, al realizar la entrevista clínica no mantenían la mirada preocupándose sólo de escribir, y se inclinaban por el trato afectuoso y dialogante que observaban en las matronas. Asimismo, las jóvenes embarazadas destacan que durante el trato en la consulta prenatal, el personal de salud no les daba explicaciones claras sobre los términos que utilizaba para hacer el diagnóstico de su embarazo, *“¿Le preguntaste al doctor a qué se refería con normal? Sí, pero no me contestó completamente, solo me dijo que me subiera a la camilla. Como que no me prestaba atención y no me daba confianza para conversar sin molestarse.... Me decía que todo estaba bien, ¡pero no me explicaba nada!”*. Las jóvenes embarazadas consideran que las prescripciones médicas y el “tratamiento” son positivos, en términos de bienestar y salud para ellas y sus bebés. Sin embargo, cabe señalar que cuando estos no se brindan, las jóvenes observan que obedece a la ausencia de explicaciones del personal de salud frente a sus necesidades de información; por eso, siguen los consejos de sus familiares, independientemente de lo dicho por el médico.

Lo que finalmente se concluye en el estudio es que se ha observado que durante la atención prenatal el personal de salud, enfatiza más en el control del cuerpo de las jóvenes embarazadas, destacando los aspectos biomédicos, en la medida en que dan prioridad a lo que se tiene que expresar y registrar en el diagnóstico clínico, más que poner en práctica habilidades mínimas para escuchar o dialogar con las jóvenes embarazadas.

En referencia al trato durante el control prenatal, cabe destacar que existen importantes diferencias de género en la interacción médico, matrn/a y la gestante, que generan consecuencias desfavorables en la comunicación y seguimiento de recomendaciones médicas y obstétricas. Para las jóvenes gestantes los significados del control prenatal inciden en la observación, intervención y control de su cuerpo, esto significa un proceso de aprendizaje que les permite descubrir su identidad como madres, asegurando el bienestar de su bebé (Blossiers, 2007).

1.2.7.1 Rol del Ginecólogo Obstetra en Chile entregado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

En la actualidad el profesional Gineco-obstetra debe cumplir un mayor rol en la salud de la mujer, vista desde el punto de vista integral. Esté no sólo debe poseer las competencias clínicas, sino que también debe trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, para generar la mayor integridad en la atención de las usuarias y aumentar su seguridad frente a la prestación de salud, todo esto logrará optimizar los resultados de la atención médica.

Respecto a las responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivos que le conciernen al ginecólogo y obstetra, la FIGO establece lo siguiente (*FIGO, 2009*):

Competencia profesional

- Lograr y mantener los más altos niveles de competencia profesional en salud de la mujer, utilizando la mejor y más reciente evidencia médica en el contexto de los recursos disponibles.
- Asegurar que la competencia profesional incluye el ofrecer sólo aquellos servicios para los que uno posee un estándar reconocido de capacitación o referir a profesionales adecuadamente capacitados según lo permitan las circunstancias.
- Asegurar una conducta profesional respetuosa que promueva la dignidad y seguridad de toda mujer.
- Evitar relaciones inapropiadas con pacientes o sus familias que puedan ser explotadas con fines sexuales, emocionales, financieros o de investigación.
- Asegurar que el derecho del médico a preservar sus propios valores morales o religiosos no resulte en la imposición de esos valores personales en la mujer. En esas circunstancias las mujeres deberían ser referidas a otro proveedor de cuidados médicos que no tenga este problema. La objeción de conciencia a determinados procedimientos no absuelve a los médicos de tomar las medidas necesarias para que

en caso de emergencia se proporcione el tratamiento necesario sin retraso.

- Negarse a practicar o apoyar prácticas que violan los derechos humanos o los principios de ética médica.
- Mantener y promover el más alto nivel de integridad y honestidad con los pacientes, colegas y estudiantes y en el curso de investigaciones.
- Adoptar modelo de comportamiento interpersonal con pacientes y otros para asegurar que todos los miembros del equipo de salud promueven un ambiente óptimo para el aprendizaje y los cuidados médicos.
- Promover el aprendizaje continuo y de por vida de los profesionales de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva, derechos y ética.
- Apoyar un proceso de toma de decisiones libre de prejuicios y coerción que permita a la mujer tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Ello incluye la necesidad de actuar sólo después de obtener el consentimiento o desacuerdo informado, basado en el adecuado suministro de información y educación del paciente sobre la naturaleza, implicaciones del tratamiento, opciones y resultados de las diferentes alternativas disponibles. De esta manera los profesionales de la salud dan a las mujeres la oportunidad de considerar y evaluar las opciones de tratamiento en el contexto de sus propias circunstancias y cultura.
- Asegurar que la confidencialidad no permitirá que información privilegiada y documentos se compartan de modo verbal o de cualquier otra manera, excepto cuando lo requiere la ley o el paciente así lo desea.
- Respetar el principio de no discriminación para asegurar que toda mujer es tratada con respeto, independientemente de su edad, estado civil, etnia, filiación política, raza, religión, estatus económico, discapacidad o cualquier otro estado. Las mujeres deben tratarse con respeto por su opinión personal, y no la de su pareja o familia.
- Asegurar que las adolescentes son tratadas sin discriminación, de acuerdo con el desarrollo de sus capacidades y no simplemente según su edad biológica, en el proceso de facilitar su toma de decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Responsabilidad hacia la comunidad

- Abogar por el derecho de la mujer a acceder a la información y educación necesaria

que les permita determinar cuándo se reproducen, de acuerdo con el principio ético de autonomía y el derecho humano a elegir si se tienen niños y cuándo tenerlos.

- Abogar por el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre sus relaciones sexuales como parte natural de sus vidas, ayudándoles a iniciar estas relaciones de manera libre y segura.
- Abogar por los recursos y servicios necesarios para que las mujeres que buscan una mejor salud sexual y reproductiva aseguren su derecho al estándar de salud más elevado y al derecho de beneficiarse del progreso científico.
- Informar a las comunidades sobre los asuntos relacionados a los derechos y la salud sexual y reproductiva para promover un amplio y respetuoso diálogo, basado en la mejor evidencia médica, para influir en las prácticas de salud, las políticas y la ley.

(FIGO, 2009)

1.2.8 FORMACIÓN ACADÉMICA

La formación académica de los médicos Chilenos se divide en 2 períodos, el pre-grado que otorga el título de Médico Cirujano General y un 2° periodo de especialización, comúnmente llamado beca, que otorga el título de la especialidad, en este caso el de Médico Gineco-Obstetra. El pregrado académico tiene una duración promedio de 7 años, de los cuales los 2 últimos son de internado. Una vez finalizado el pregrado, se puede continuar con el postgrado o beca, que se extiende por 3 años. En este punto son médicos generales cursando su especialización, que consta de pasantías por los campos clínicos y clases teóricas en aula.

En Chile existen 24 universidades tanto públicas como privadas que imparten la carrera de Medicina, con un total de 11 en la Región Metropolitana, Santiago de Chile. De estos 11 establecimientos 7 imparten la beca de Gineco-obstetricia. (*Universia Chile, 2011*).

En la actualidad el título de especialista en Obstetricia y Ginecología se puede obtener de 2 formas:

1. Programas de postgrado impartidos por las universidades pertenecientes a la ASOFAMECH y que la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) reconoce y certifica.

2. Obtención directa de la CONACEM luego de aprobar los siguientes requisitos

- Título de Médico Cirujano otorgado por las universidades chilenas o autorización legal para ejercer la profesión en Chile, si el título fue otorgado por universidades extranjeras
- Acreditar un período de formación posterior al título de Médico Cirujano acorde con los requisitos que a continuación se expresan y aprobar las evaluaciones teóricas y prácticas diseñadas por la Corporación, de acuerdo a estos reglamentos cuando corresponda (*Cuello, 2004*).

Según la Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos, el programa de especialización de Obstetricia y Ginecología debe contar en sus unidades curriculares las siguientes experiencias programadas:

- Residencia ginecológica y obstétrica
- Ginecología General: sala y pabellón, incluye cirugía
- Laparoscópica
- Embarazo patológico y puerperio
- Ultrasonografía Ginecológica y Obstétrica
- Oncología Ginecológica
- Infertilidad
- Alto Riesgo Obstétrico
- Lectura crítica de publicaciones científicas
- Bioética

También debe contar con accesos a niveles asistenciales mínimos (considerando 2 becados por año), entre los cuales están:

- Partos: 2.500 al año
- Cirugía Ginecológica: 500 al año
- El alumno deberá llevar un registro de los procedimientos quirúrgicos que realice, que

incluya: atención de partos, operaciones cesáreas (cirujano), intervenciones ginecológicas.

También se adjunta como requisito facilidades para el becado para asistir a cursos, reuniones científicas, reuniones de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Congresos, etc., siempre que no interfieran con sus obligaciones curriculares y de residencia (*APICE Chile, 2009*).

Los programas impartidos por las Universidades contemplan un período de formación en la especialidad de tres años. La mayoría de ellos son de dedicación semi-exclusiva y financiados en su mayoría por fuentes provenientes de las Universidades mismas, por becas que otorga el programa de ciclo de destinación del Ministerio de Salud o por becas otorgadas por las Fuerzas Armadas.

A diferencia de la formación universitaria, los cuales constan de programas estructurados que exigen la dedicación máxima del estudiante y que tiene un fin meramente docente; la especialización no cuenta con un programa estructurado y se basa principalmente en la asistencialidad y el nivel de especialistas con los que se relaciona el becado. Junto a esto, la supervisión y evaluación periódica, son las principales diferencias que presentan la formación básica universitaria y el postgrado, aunque ambos deben estar en constante modificación, a fin de cubrir las necesidades y los cambios que surgen inevitablemente en la sociedad.

Los becados deben aprender más en menos tiempo y deben abarcar áreas del conocimiento que previamente no eran consideradas, ya que producto de los cambios demográficos en los que actualmente está sujeta la sociedad, existe un envejecimiento progresivo de la población, y una disminución de la tasa de natalidad. Producto de lo anterior, el especialista deberá enfrentarse más frecuentemente a patologías médicas y/o crónicas, lo que insta a que la formación académica de los becados se centre en la pesquisa y derivación oportuna, medicina preventiva y enfrentamiento terapéutico inicial. (*Cuello, 2004*).

1.2.8.1 Relación Docente/alumno(a) que deben tener los Gineco-obstetras según la FIGO

- Ser modelo de comportamiento profesional para los alumnos.
- Enseñar conceptos de comportamiento profesional, de investigación y de prácticas éticas.
- Proveer a los alumnos desafíos de aprendizaje, sin recurrir al abuso, acoso o humillación.
- No involucrarse en relaciones sexuales o románticas con las personas que estén bajo su enseñanza o supervisión.
- Proporcionar enseñanza, supervisión y entrenamiento respetando la libertad de los límites individuales.
- Permitir expresiones de discernimiento, sin temor al castigo, represalia o retribución.
- Proporcionar directrices claras para los alumnos y otros en relación con sus deberes, exámenes, y entornos de prueba.
- Ofrecer una información objetiva, oportuna, equitativa y constructiva acerca de las evaluaciones de los alumnos.
- Asegurarse de que el ambiente en que se realizan las experiencias de enseñanza de investigación y clínica sean apropiadas a las necesidades de los alumnos.
- Delimitar adecuadamente los niveles de responsabilidad clínica correspondientes a los estudiantes.
- Permitir a los alumnos negarse a realizar los procedimientos que consideren están más allá de sus competencias clínicas o en contra de sus creencias personales. (*APICE Chile, 2009*).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar en la formación académica de los médicos que cursan la especialidad en gineco-obstetricia pertenecientes a universidades de la región metropolitana, en relación a los contenidos educativos y prácticos acerca de la atención del parto fisiológico, para entregar recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en el enfoque del plan de estudio de los becados de gineco-obstetricia.
- Indagar en el contenido de los programas académicos y bibliografía recomendada, para identificar las fuentes del conocimiento en torno a la asistencia del parto.
- Indagar en el proceso de actualización e incorporación de nuevas temáticas en la formación de los becados.
- Describir la percepción de los becados y egresados en Gineco-obstetricia con respecto a la formación académica en la atención de parto vaginal y cesárea.
- Describir la perspectiva de los becados y egresados en Gineco-Obstetricia en torno al panorama actual del país en relación a la tasa de cesáreas.
- Describir la perspectiva de los de los coordinadores de las becas de Gineco-Obstetricia en torno al panorama actual del país en relación a la tasa de cesáreas.
- Entregar antecedentes que colaboren con la realización de nuevas recomendaciones que contribuyan en el descenso de la tasa de cesáreas.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio tiene un enfoque cualitativo, un alcance exploratorio y un diseño no experimental.

La elevada tasa de cesáreas que tiene Chile ha motivado a investigadores extranjeros y nacionales a tratar de dilucidar a qué se debe este fenómeno. Sin embargo, en ninguna investigación ha surgido como variable la formación académica que están recibiendo los especialistas en nuestro país. Tampoco existen estudios de esta índole a nivel internacional, por lo que es desconocido si influye o no la formación académica de los médicos en las tasas de cesárea. Es por esto que la presente tesis tiene un alcance exploratorio, ya que y como explica M. Luisa Vázquez en su libro *‘Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud’* este tipo de alcance se dirige a entender un fenómeno poco conocido, poco estudiado, y desea entrar en el tema para iniciar el conocimiento del objeto estudiado (Vázquez, 2006).

Continuando con M. Luisa Vázquez, la metodología cualitativa recoge datos descriptivos, las palabras y conductas observables de las personas sujetos de investigación; reconoce la existencia de múltiples realidades y no de una realidad única y objetiva, por lo que los conocimientos desarrollados son también múltiples. El foco de este tipo de investigación se centra en la búsqueda de explicaciones, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos de estudio (Vázquez, 2006).

En el contexto actual se reconoce que la investigación cualitativa se plantea como preocupación central el conocer e interpretar la subjetividad de los individuos, buscando comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello, estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones (Sadler, 2003).

Escogimos la metodología cualitativa ya que es este tipo de enfoque de investigación que nos permitirá conocer la percepción de los coordinadores de la beca de gineco-obstetricia, de los becados y de los gineco-obstetras recién egresados con respecto a la formación académica, tanto entregada como recibida, en relación a la atención de partos fisiológicos.

Para conocer e interpretar la opinión de los individuos recurriremos a la técnica de entrevistas semi estructuradas, en donde los entrevistados responden a preguntas abiertas de manera libre. Se utiliza una guía que recoge los temas que serán abordados durante la entrevista, aunque es la investigadora quien decide cómo y cuándo formular las preguntas. Este tipo de entrevista es de particular importancia en este tipo de investigación, ya que por medio de una conversación fluida con el entrevistado éste irá dándonos a conocer sus pensamientos sobre lo que se le está preguntando. Además la entrevista nos permite escuchar el tono de voz del participante y el énfasis que pone a cierto tipo de respuestas o temas en cuestión. La entrevista se realizará de manera presencial, por lo que el lenguaje corporal del entrevistado también nos entregará información valiosa (Vázquez, 2006).

3.2 MUESTRA

- Universo: Universidades públicas y privadas de la Región Metropolitana Santiago de Chile que dentro de sus opciones de formación este la carrera de Medicina y el postgrado, especialización o Beca de Gineco-Obstetricia.
- Población: Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Andrés Bello, Universidad del Desarrollo, en sus sedes ubicadas en la región Metropolitana.
- Muestra del estudio: Jefe o coordinador de la Beca de Gineco-obstetricia de U. de Chile, U. de Santiago y U. Andrés Bello, lo que corresponde a un total de 3 personas. Egresados y/o becados de la especialidad de Gineco-Obstetricia de U. de Chile, U. de Santiago y U. del Desarrollo, lo que corresponde a un total de 6 personas.

- Criterios de inclusión:

1. Universidades que pertenecen a la Región Metropolitana
2. Universidades que imparten la Beca de Gineco-Obstetricia.
3. Jefes o Coordinadores de las Becas
4. Egresados de menos de 3 años de la beca de Gineco-Obstetricia.
5. Becados en tercer año de la Beca de Gineco-Obstetricia

- Criterios de exclusión:

1. Jefes de Beca que no hayan firmado el consentimiento informado.
2. Jefes de Beca que deseen no seguir participando en el estudio.
3. Egresados de Gineco-Obstetricia que no hayan firmado el consentimiento informado.
4. Egresados de Gineco-Obstetricia que no deseen seguir participando en el estudio.
5. Becados de Gineco-Obstetricia que no hayan firmado el consentimiento informado.
6. Becados de Gineco-Obstetricia que no deseen seguir participando en el estudio.
7. Egresados de Gineco-Obstetricia hace de más de 3 años
8. Becados de Gineco-Obstetricia de primer o segundo año.

3.3 INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN Y/O RECOPIACIÓN DE DATOS.

Para responder a nuestros objetivos se utilizará como técnica de investigación la entrevista, como herramienta cualitativa se puede utilizar de distintas formas, como conversación informal, la cual surge y se desarrolla en un contexto natural, sin selección previa de temas, el tipo de entrevista que utilizaremos en esta investigación es la entrevista basada en un guión o semi-estructurada, en estas el/la entrevistador/a guía la conversación de manera flexible en base a los temas que desea tocar durante el curso de la entrevista, para esto se debe preparar previamente una pauta de preguntas, que contengan los temas que deberán ser tratados, las cuales serán iguales para todos los entrevistados. La ventaja de este tipo de entrevista es que permite al entrevistador la libertad de ordenar y formular las preguntas, ya que es flexible,

dinámica, no estandarizada y abierta.

La entrevista abierta permite la obtención de una gran cantidad de información y el enfoque que quiere entregar el entrevistado. Además proporciona a los/as investigadores/as el seguimiento de preguntas y respuestas de manera más personalizada, flexible y espontánea que en la entrevista estructurada o encuesta.

Dentro de las desventajas de esta técnica de investigación está el factor tiempo, ya que su realización debe contar con tiempo de traslado al lugar donde se realizará la entrevista, ejecución de esta y transcripción de la misma.

Para nuestra investigación, como se mencionó anteriormente, utilizaremos como recurso la entrevista basada en guión o semi-estructurada a distintos becados y egresados de gineco-obstetricia, el instrumento será aplicado de forma presencial y grabado para su posterior transcripción y análisis, si el entrevistado lo aprueba la entrevista se llevará a cabo en lugar a convenir por entrevistado/a e investigadora. Cada una de las interrogantes realizadas en el instrumento corresponden a una variable a medir. Este instrumento está destinado al análisis de entrevistas.

El instrumento será creado por las tesoristas, por lo cual requerirán la validación de éste, que para ello deberá ser revisado por un equipo de expertos.

Una vez validados y previo a la aplicación, se realizará una prueba piloto que será aplicada a una muestra con similares características, de forma azarosa. Esto para comprobar la adecuada comprensión del instrumento.

Ver instrumentos en Anexo N°2.

3.4 JUICIO DE EXPERTOS/AS.

Dada la imposibilidad de la implementación, para la valoración del proceso seguido en el diseño y construcción del Instrumento y antes de la presentación del Comité de ética se procede a la validación por medio de expertos de ésta área de saber.

Para el desarrollo de esta etapa se ha acudido a la experticia de tres profesionales de diferentes áreas, quienes son:

- Olga Zañartu Bravo: Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile. Diplomada en Docencia Universitaria. Diplomada en Terapias Florales en el Ciclo Evolutivo. Magíster en Educación, mención Currículo y Evaluación, Universidad de Santiago de Chile.
- Juan Carlos Chirino Salazar: Matrón, Licenciado en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile. Diplomado en Docencia para la Educación Superior. Candidato a Magíster en Docencia para la Educación Superior
- Mónica Candia Aliaga: Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile. Magister en Salud Pública con mención en Epidemiología, Universidad de Tarapacá. Curso de formación en Epidemiología Clínica

Para la validación del instrumento, los expertos evaluaron cada pregunta del instrumento con una nota del 1 al 7, en las cuales se requirió de una nota mínima de 5 en cada pregunta para su aprobación.

Las sugerencias dadas por los expertos en la validación fueron evaluadas y aplicadas en el instrumento final (Anexo N°2).

3.5 MARCHA BLANCA.

El instrumento luego de su validación será aplicado a una población de similares característica de nuestra muestra.

El instrumento se aplicará a estudiantes de la Universidad de Santiago de Chile perteneciente a

la carrera Obstetricia y Puericultura.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y debido a que esta investigación se consideró como Riesgo mínimo de acuerdo al Artículo 10 de la Resolución 008430/93 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios: el estudio considera los principios universales de la investigación científica: autonomía, beneficencia y justicia.

Es primordial para el estudio asegurar a los(as) participantes toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, asegurando su comprensión y participación absolutamente voluntaria. Para cumplir con este objetivo, se redactó un documento informativo que será leído y explicado por el(la) entrevistador(a), para que los(as) participantes lo firmen, como muestra de conocimiento y aceptación del estudio (Se adjunta en los anexos).

La Investigación se clasifica sin riesgo: ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada que ponga en riesgo la salud, intimidad y derechos individuales de los entrevistados, entre los que se consideran las entrevistas, no se tratarán aspectos sensitivos de su conducta.

El estudio no contempla un beneficio en términos monetarios para las personas. Se considera que los(as) entrevistados(as) no deben incurrir en ningún tipo de gasto económico por efectos del estudio, por lo tanto los participantes del estudio que harán la entrevista se desplazaran al lugar que se coordine el participante entrevistado.

La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los entrevistados y los resultados del estudio serán entregados al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS), el cual está siendo trabajado por investigadores particulares, y trata sobre: "Percepciones y Prácticas Sobre la Operación Cesárea: Estudio Exploratorio en Salud Pública y

Privada Para la Elaboración de Recomendaciones que Contribuyan a la Disminución de la Tasa de Cesárea en Chile” , este estudio se realizará en los sistemas de salud público y privado de la Región Metropolitana. En salud pública se realizará desde tres Hospitales: Hospital San José, Hospital San Juan de Dios, y Hospital Padre Hurtado. El proyecto cuenta con el apoyo de las tres instituciones y se ha enviado a los comités de ética respectivos. En el caso de salud privada, el estudio se realizará contactando directamente a las personas a ser entrevistadas mediante redes de contacto del equipo investigador, por tanto no habrá instituciones de salud que operan como intermediarias. En este sentido, se considera que las autorizaciones de los comités éticos de salud pública son suficientes y aplican para las personas entrevistadas en salud privada.

Este estudio, además de ser entregado al FONIS antes mencionado, también será publicado en la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile, quedando disponible para quien lo solicite. Y los participantes del estudio que quieran conocer los resultados tendrán que contactarse directamente con los investigadores. Únicamente el equipo de investigación tendrá acceso directo al material grabado y a las transcripciones literales. Las grabaciones y transcripciones estarán resguardadas sólo por el equipo de investigación, quienes las mantendrán en su poder hasta el término de la investigación, luego de esto serán eliminados los registros.

La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS.

Como se mencionó en la metodología, para la recolección de datos recurriremos a la entrevista semi estructurada, las que serán realizadas a becados y egresados de gineco-obstetricia.

Nuestro análisis comienza con la realización de las entrevistas, y continúa con la transcripción de las mismas, para lo cual se utilizarán exactamente las mismas palabras que los

entrevistados usaron, procurando respetar las pausas al hablar, sus expresiones o muletillas y dudas mientras contestan a las preguntas. Es importante destacar que la transcripción será textual, y que cualquier falta de ortografía o palabra mal escrita no es azaroso.

Una vez transcritas las entrevistas, procederemos a leer y releer cada texto, destacando lo que nos parece más relevante de los dichos de los entrevistados, los conceptos o frases que más se repiten entre los entrevistados, para el posterior análisis de todos estos. El análisis de los contenidos de las entrevistas se realizará utilizando como guía principalmente los modelos de atención descritos en el marco teórico, postulados por la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd, y la evidencia científica postulada en el marco teórico además de contenidos pertinentes que se hayan postulado en el marco teórico.

4. ANÁLISIS

Como se describe anteriormente para guiar nuestro análisis utilizaremos los Modelos de Atención propuestos por Davis-Floyd, evidencia científica y contenidos pertinentes citados en el marco teórico, además de otras características a las que hemos ido haciendo referencia en la recolección de datos para nuestro marco teórico.

Davis-Floyd postula que existen 3 modelos de atención en salud, el modelo tecnocrático, el modelo humanista, y el modelo holístico. Para esta investigación sólo utilizamos los dos primeros modelos mencionados. El primero está fuertemente orientado hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente, a diferencia del segundo, que propone suavizar los límites abruptos de la tecnomedicina, intentando tratar a los pacientes la con compasión y respeto que respondan a cada individuo, y así agregar las dimensiones interpersonales al proceso de curación.

4.1 BECADOS Y EGRESADOS DE GINECO-OBSTETRICIA

Davis-Floyd plantea que los profesionales de salud hacen abuso de su cuerpo ya que están sometidos desde la época de la universidad y se intensifica durante las residencias, andan faltos de sueño y siempre corriendo, *'nos acoplamos al turno más menos 1:00, 12:30 -1:00 dependiendo más menos a qué hora termina tu pasada, y ya después hasta el otro día hasta las 8:00 y ya a las 8:00 empezai tu pasada normal, habituales'* (Becado 4), aclarando que las pasadas a las cuales hace referencia el entrevistado son desde las 8:00hrs. hasta las 17:00 hrs en promedio y los turnos que se nombran son de 24 horas. *'En parto se viene todos los días, pasai visita todas las mañanas, operai las cesáreas o ayudai a operar dependiendo de la complejidad, todos los días en el alto riesgo también y también pasai visita en las tardes, es como todo el día, además de un turno a la semana de 24 horas, el ritmo es alto igual en el sentido de que teni que estar todo el día acá, tení que estar los turnos a veces, por ejemplo ahora en verano faltan becados falta gente, entonces tení que hacer mil turnos y eso igual a veces termina cansando un poco, pero es eso yo creo'* (Becado 2). En estas condiciones de trabajo las personas comienzan a mecanizarse y es a raíz de esto (como lo plantea la autora) que empiezan a entender todos los cuerpos como una máquina, y el cuerpo de la usuaria como

una máquina también y comienzan a entrar en el círculo del modelo tecnocrático de atención.

Además del desgaste físico y emocional que significa lo anterior, de estar por más de 24 horas en el centro hospitalario, debemos agregar que los becados reciben formación de tipo clases presenciales, en distintas modalidades, dependiendo la universidad a la cual pertenecen, *'La universidad, con sus 5 sedes tiene con la escuela de postgrado, clases los 3 años de beca'* (Becado 3), *'imagínate todos los becados hacemos el curso en conjunto de hecho, que es en segundo, que es un curso que se hace con todas las sedes más otras universidades que se incluyen, y ahí entonces como que se hacen una nivelación de todos los contenidos, de todo lo que uno tiene que saber de perinato'* (Becado 4). *'Lo otro que tenemos nosotros es un módulo todos los lunes en la clínica, vamos a La Alemana hacemos clases todos los lunes de distintas cosas, eso es de Marzo a Diciembre, tenemos reuniones clínicas los miércoles y los jueves si es que estás en embarazo patológico o en el pre-parto también'* (Becado 2), todo lo anterior tiene relación con lo planteado por la FIGO: los becados deben aprender más en menos tiempo y deben abarcar más áreas del conocimiento.

Dentro de los contenidos teóricos vistos durante la beca, nos dimos cuenta que los contenidos relacionados con lo fisiológico son vistos en el pregrado y durante la beca no son enseñados porque es lo básico que deben saber los médicos, *'los mecanismos de parto, la atención del parto, la hacemos en la carrera de medicina antes de la beca, entonces como que "se asume pasado eso"'* (Egresado 1), *'ahí se habla de clases del mecanismos del parto, y todo eso. Algo súper básico porque habitualmente eso lo trae uno desde el pregrado, en la formación de obstetricia de nuestra especialidad es como un pincelazo, porque eso se da por sabido'* (Becado 3), y que durante el postgrado reciben una nivelación de los contenidos, pero no se les enseña nuevamente, *'si o sea lo fisiológico lo vemos en primer año y pero muy poco, eso ya deberíamos traerlo de antes, del internado, claro no es como algo que te vayan a enseñar lo fisiológico, ahora si te enseñan todas las maniobras, y todas las cosas, pero en un muy poco periodo a diferencia de lo patológico'* (Becado 4). *'yo diría que todo los temas de perinato son los que vemos, no se, no sabría decirte cual es el que más vemos, pero en general lo que más yo diría es restricción, el parto prematuro, RPM (rotura prematura de membranas), síndrome hipertensivo, diabetes gestacional, o sea que son las patologías más prevalentes'* (Becado 4); *'En la pasada de prepartos uno ve la urgencia: parto prematuro, eclampsia, el parto (...). Y en obstetricia, todas las patologías de alto riesgo'* (Egresado 2), *'de repente estamos demasiado*

focalizados en lo patológico, y se le da poca importancia po, osea es como ya, 'becado de primero atiende partos', como una cosa menor, cachay? Y el resto ya nunca más viste, nunca más atendiste partos en la beca a menos que haya alguna cosa patológica' (Becado 1). Lo que concuerda con la FIGO que los becados deben aprender a enfrentarse más frecuentemente a patologías médicas y/o crónicas, lo que insta a que la formación académica de los becados se centre en la pesquisa y derivación oportuna, medicina preventiva y enfrentamiento terapéutico inicial. Excepto en sólo un entrevistado que refirió lo contrario, además de los contenidos teóricos dirigidos a la patología, ven contenidos fisiológicos, *'ves el tema del parto en sí, más que el embarazo patológico que es embarazo, entonces dentro de los partos te pasan por ejemplo, fisiología de la mujer, te pasan el parto en sí, gobierno del parto, agentes tocolítico, agentes digamos para hemorragia post parto, tipos de partos, partos en podálica, parto en presentación cefálica, los tiempos del parto, extracción, extracción con forceps, alumbramiento, y todas las complicaciones que conlleva el parto también'* (Becado 2),

En paralelo a la formación teórica que reciben durante sus años de beca reciben la formación práctica, lo que consiste en pasadas de 8:00 a 17:00hrs. y además hacen 1 turno de 24 horas 1-2 veces por semana. Durante las pasantías algunos están a cargo de un médico gineco-obstetra, quien puede ser un docente o el jefe del turno al cual pertenecen, *'nosotros estamos desde primero con turnos y son cada 6 meses cambian, entonces cada 6 meses tenemos un nuevo jefe de turno, que son los 2 residentes, en general, claro entonces ahí uno va evolucionando porque primero, no sé uno es el becado de primero cachay y no son muchas las cosas que uno hace, ya en segundo uno va ayudando mas y ya es como más grande, y ya en tercero las cosas más complicadas entre comillas ya entrai y los más chicos hacen las cosas como más fisiológicas, en general siempre con dos tutores'* (Becado 4). En cambio hay otros que no cuentan con un tutor fijo, *'Estar así como con un docente así todo el rato supervisando, no es como un tutor fijo que está contigo para todas partes'* (Egresado 2); *'y esa es la idea, el turno del becado de tercero que haga todo no más, sólo avisar cuando esté quedando la escoba'* (Egresado 1), *'o sea no es tan formal y depende un poquito de la buena voluntad del médico que esté de turno. En general la voluntad si está, pero tampoco son docentes formales de la universidad, entonces son médicos que vienen a hacer su turno, y como es un hospital docente-asistencial dentro de todas sus obligaciones está también supervisar lo que tú haces'* (Becado 1). Al no tener un tutor fijo que los pueda retroalimentar, no tienen la seguridad si lo que están haciendo está bien o no, o si es lo más adecuado para la usuaria, queda solo al criterio de él mismo, sin un aprendizaje integral, y no se cumple con lo que plantea la FIGO de

tener un docente que sea el modelo de comportamiento profesional para los becados, proporcionar enseñanza, supervisión y entrenamiento respetando la libertad de los límites individuales', como se ve reflejado en la apreciación de los entrevistados, *'yo diría que eso falta y alguien más que esté ahí, ahí encima, por ejemplo en alto riesgo, en sala los médicos están a las 11- 10 de la mañana, entonces de repente hay muchas decisiones que hay que tomar y no hay nadie que esté ahí'* (Becado 4). *'Eso faltaría mucho en la docencia aquí en el hospital, si bien es un muy buen campo clínico, faltaría un docente más fijo en eso'* (Egresado 2).

Con respecto a la atención de partos existen ciertas diferencias en las entrevistas, ya que algunos son siempre guiados y otros no, *'yo siempre atiendo los partos yo, pero tengo un docente siempre al lado, en todos los partos. Lo que pasa es que acá hay un médico de turno 24 horas, con un residente que en este caso soy yo, pero los trabajos de parto pueden ser privados de los otros doctores que atienden en el hospital. O sea puede ser cualquier tipo de docente, tanto el del turno como el tratante de la paciente. Pero siempre hay alguien, nunca atiende el parto sola, en los partos habitualmente uno se lanza con el docente al lado, que te dice "ya has tal cosa", "protege el periné", "le haces o no le haces episio", o sea eso en el fondo lo vas aprendiendo en el momento más actual'* (Becado 3). Como no todos los becados cuentan con tutores o docentes fijos, da pie para que la formación que reciben los becados no sea homogénea, *'y en atender partos es lo que se ve en el turno, o se aprende las mañanas del turno en que esté, si el turno es más cesárea va a operar más cesárea, si el turno quiere que esté más en el poli, va más al poli'* (Egresado 2). *'El problema es la falta de tutoría, en general tú haces mucho pero no siempre tan tutorado, o sea no siempre tienes un docente que esté contigo, o sea aprendes más bien sobre la marcha, más que alguien se detenga a enseñarte y hacer las cosas contigo, vas aprendiendo de tanto hacer'* (Becado 1).

Según la universidad a la cual pertenecen y el campo clínico en el cual realizan sus pasantías, algunos de los becados, tienen una exigencia mínima de atención de partos, *'No sé po, tenía que atender por lo menos 50 (partos) antes de entrar a una cesárea'* (Egresado 2); *'Nos piden sí una bitácora de cuanto atendió cada uno, pero no está establecido como qué número deberías salir operando, o atendiendo'* (Becado 3). Lo que nos lleva a pensar que los becados podrían pasar sus 3 años de beca sólo operando cesáreas, o atendiendo partos hasta que los dejen operar, *'Acá no es que te pidan un número, no te dicen "después de 15 partos que atiendas ahí recién vas a poder pasar a atender una cesárea, NO!'* (Becada 4); *'Pero en*

general nosotros del número de parto nos preocupamos porque atendemos poco, atendemos poco parto. Nadie está muy pendiente del número de cesárea porque tú sabes que lo vas a superar, o sea es tanto lo que operamos que nadie está urgido por eso, yo nunca he visto que alguien te haga el check-list, o sea “ya... hiciste tus partos? Si... ya no los has hecho, vas a tener que ir a atender los 10 partos que te faltan y después tu podi egresar”, no’. (Becado 1). ‘te piden por lo menos 100 cesáreas, 100 partos, 50 fórceps. Cuando tu das el examen ven tu registro lo imprimen para ver más menos cuantos partos has hecho, pero obvio que nadie si teni 99 cesáreas, no te van a poner atado por eso o sea hay una cierta relatividad del asunto’ (Becado 2).

La mayoría de los entrevistados hace referencia al proceso de escalada para acceder a la atención de parto instrumental o fórceps y las cesáreas, *‘las cesáreas generalmente uno empieza a ayudar, y como a los 3 meses tú recién operas tu primera cesárea’* (Becado 3); *‘al comienzo obviamente como estás recién entrando lo que principalmente vas a hacer es atender partos, en las cesáreas vas a ayudar solamente, pero ya después, por ejemplo pasado los 6 meses de primero, ya podrías tener la posibilidad de operar una cesárea con ayuda de tu residente obviamente y así vas avanzando hasta que en segundo ya empezai a operar con el becado, con tu otro compañero y por ejemplo ya en tercero ya operai con el interno’* (Becado 4). Además del proceso de escalada algunos entrevistados mencionan un ‘orden tradicional’, *‘El parto normal de múltipara automáticamente el becado de primero, de primigesta también, se considera los fórceps de segundo a tercero’* (Egresado 1). *‘Cuando pasai al preparto atendí puros partos, cachai es como 1 mes de puro parto, entonces al principio en el turno atendí parto con el residente, él te supervisa y ya cuando cachay atender partos te deja solo ya después teni que atender con los internos. Dentro de la cesárea parti operando con el residente y después ya cuando en segundo año por ejemplo ya podi operar con, con colegas tuyo, con becados, compañeros de beca operai y ya después así en segundo y tercero operai con internos’* (Becado 2). Esto refleja lo básico que ven el parto normal, ya que es lo primero que hacen apenas entran a la beca, pero, si es tan fácil ¿por qué es tan baja la tasa de partos en los sistemas de salud? Al estar inmersos en el modelo tecnocrático de salud, los hace valorar mucho más el uso de la tecnología, que observar y contemplar los procesos naturales de la mujer.

Algo similar a lo que ocurre con las cesáreas es lo que los entrevistados expresan que sucede

con los fórceps, *'los fórceps en primero no, no haci fórceps en primero, en segundo empezai hacer fórceps pero siempre obviamente, siempre, siempre todos los fórceps acá se hacen vigilados por un, como autorizado por un residente, y ya en tercero como que ya lo podi hacer solo pero con el residente mirando'* (Becado 4), *'Aquí en el hospital se hace harto fórceps es un hospital que tiene una tasa de cesárea que es baja a la nacional, tenemos una tasa de fórceps alta para la media nacional y eso es porque es un centro formador y también porque es un centro que digamos prefiere los partos vaginales'* (Becado 2).

Dentro de las entrevistas cuando les preguntamos por las fortalezas que los entrevistados ven en su formación la gran mayoría da a entender que lo principal es la cantidad de pacientes que atienden y las patologías que éstas poseen, *'Como en el hospital tenemos un montón de pacientes, vimos colestasia, diabetes, todas las patologías habidas y por haber en obstetricia. La cantidad de pacientes y las patologías que tienen, esa es la fortaleza'* (Egresado 2). *'De atender hartas cesáreas, atender hartos partos, ver hartas patologías que son infrecuentes pero como acá ves tantas pacientes ya se te hace frecuente. La gran ventaja de este hospital, de verdad yo creo que somos de los becados que más operamos'* (Becado 1), *'tení mucha paciente, mucho procedimiento, mucha cesárea, harta morbilidad de las pacientes, tú te ves enfrentado a diversidad de patologías, las veí puta prácticamente todas, veí muchas cosas raras, entonces yo creo que el volumen en el sentido práctico es muy bueno'* (Becado 2), *'la principal fortaleza es que uno hace mucho en la parte práctica, uno opera hartos, tiene mucha relación con los pacientes, y hay poli todo eso'* (Becado 4). Los dichos anteriores nos hacen resonar la descripción del modelo tecnocrático que nos entrega Davis-Floyd, donde se ve a la paciente como un objeto, como una patología que debe ser tratada o reparada viendo al cuerpo como una máquina y el médico como el técnico que debe repararla. Entendemos también que estas fortalezas consideradas por los entrevistados van a depender del campo clínico al cual pertenecen y las características de atención que este tenga, *'Acá las matronas siguen el trabajo del parto, siguen digamos, nos ayudan mucho en la parte del parto, pero el parto está asistido siempre por un médico. Acá es un hospital como medio privado, como clínica, por eso se da esta dinámica, igual tenemos pocos partos, aquí hay por ejemplo, 8 nacimientos al día, de los cuales los 8 son atendidos por médicos'* (Becado 3).

Además de indagar en la formación de los futuros profesionales gineco-obstetras, también quisimos preguntarles su opinión acerca de la atención clínica de los distintos tipos de partos, y cuáles son sus experiencias con respecto a esto. Al preguntarle a los entrevistados que

pensaban ellos sobre la tasa de cesárea que posee actualmente Chile, nos encontramos con respuestas consecuentes con lo que nosotras esperábamos escuchar, y que se encuentran dentro de los conceptos entregados por la evidencia científica actual, *'Se hacen muchas cesáreas de más, de todas maneras hay cesáreas innecesarias, como se dice. En la parte privada, yo he visto colegas que operan pacientes por operar en verdad, para salir del cacho, porque van a salir de vacaciones. En la parte privada se opera más cesáreas de las que debería en realidad'* (Egresado 2), *'hay doctores que no están como mucho con esa misma filosofía, y les da como lo mismo operar a una señora por una esterilización, porque obviamente la señora como está pagando'* (Becado 3). *'Yo no sé si estoy tan en contra de disminuir en tanto el número de las cesáreas, sí me parece que hay algún minuto donde la paciente tiene algo que decir, y no sé si ceñirse tanto a los criterios obstétricos como lo hacemos acá sea tan bueno, o sea yo creo que a veces sí rayamos un poco en la violencia con algunas señoras que de verdad no se sienten preparadas o tienen demasiada ansiedad frente a un parto, me parece que sí hay que escuchar más a las señoras, y pensar en que una cesárea podría ser una opción más que ceñirse solamente a los criterios obstétricos. También soy de la idea del parto vaginal, creo que la cesárea se tiene que utilizar solamente cuando haya contraindicación de parto vaginal. Y eso es lo que nos enseñan a nosotros en realidad'* (Becada 1). *'Yo pienso que está mal po en el sentido de que la cesárea es una vía de parto que se tiene que utilizar cuando se debería utilizar, hay mucha paciente que dice yo quiero tener una cesárea, ya pero si tú le haces una buena educación o tú le explicas los riesgos etc, etc, probablemente de ellas la mitad va a cambiar de opinión, la cesárea es mucho más cómoda pal médico en general porque tú vai la citaste a las 5 de la tarde la operai te vay pa la casa y listo'* (Becado 2).

En el modelo tecnocrático de atención en salud, postulado por Davis-Floyd, la tecnología está posicionada en primer plano, más que un medio para un fin, es un elemento decisivo para un diagnóstico o tratamiento, esto lo vemos reflejado en que los becados y médicos se sienten más seguros mientras más tecnología utilicen, lo que conlleva que estos se sientan más seguros al resolver una posible complicación mediante una cesárea en desmedro de un parto, *'en la cesárea, siempre va a ser más controlada. Cuando uno hace una cesárea electiva, están todos los parámetros controlados. Como que uno se siente más liviano, ahora lo puedo controlar yo, ahora yo tengo el control de todo. El parto requiere que esté la pelvis, que esté el feto, que baje correctamente, que se encaje, depende de factores que no son de uno'* (Egresado 1). *'¡Una cesárea! porque el número de cesáreas que he operado yo creo que sí sobrepasa al número de partos que he atendido, sinceramente me genera la sensación de más*

seguridad, más control' (Becado 1). *'o sea la cesárea es algo que ya lo tenemos como bien... siempre en general es muy parecida en todas las partes son muy parecidas, a menos que se te complique ¿me entendí?, pero en general yo diría que la cesárea es como más... que tú sabes que va a salir entre comillas como bien, ¿me entiendes?... los partos a veces no son tan así, los partos van todo súper súper bien y de repente no se po, distocia o qué sé yo y la paciente latidos bajos y ahí empesai ya a ser un poco más desesperante, porque los fórceps no siempre sale bien entonces yo diría que el parto cuando algo viene mal, o sea es algo patológico de repente es un poco más útil resolverlo por una cesárea si es algo patológico...'* (Becado 4). Lo anterior lo podemos ver reflejado en una de las principales características del modelo tecnocrático, la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología, *'mejor una cesárea hecha de más, que un niño de la Teletón'* (Egresado 1), en algunos de los dichos de los entrevistados se puede ver reflejado la realización de intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo y con un sistema guiado por las ganancias *'o sea obviamente, si estay en tu casa y a las 3 de la mañana te llaman "tiene que ir a un parto", ¡que lata!, mejor ¿por qué no la operé en el día?. Entonces ahí, obviamente hay mucho médico que son cómodo'*. (Becado 3).

El modelo de atención tecnocrático no sólo es utilizado y avalado por los profesionales de salud y los médicos sino que es todo el sistema de salud el que funciona de esta manera, desde las usuarias hasta el centro hospitalario. Hoy en día *'la gente espera mucho mayor, por decir, perfección de su embarazo y no está dispuesta a ningún efecto adverso, nadie.'* (Egresado 1). Ya no se acepta la adversidad o la muerte como algo posible, y como lo postula Davis-Floyd en su descripción del modelo tecnocrático, se toma la muerte como una derrota, *'imagínate una paciente te esta diciendo: "Doctor, ya no quiero más, opéreme", y algo sale mal, y se muere la guagüita. "yo le dije al doctor que me opere y no quiso, y como no me operó se murió la guagua"'* (Egresado 1). Esto dado que la noción de seguridad puesta en la cesárea, está inmersa también en gran parte de las gestantes las que le brindan gran autoridad y responsabilidad al médico, como lo postula Davis-Floyd, las pacientes se desligan de su rol que debieran tener en el parto, logrando la abdicación de su preferencia personal en favor de la elección del médico, lo que ha llevado a la proliferación de demandas contra hospitales y médicos, *'que la paciente sienta más el parto como suyo que nuestro, no como que vaya a sacarle la guagua y listo'* (Egresado 2), *'ahora todo lo que uno haga esta súper expuesto a demandas y cosas, entonces también uno está mucho más asustado'* (Egresado 1).

Según lo postulado en nuestra revisión bibliográfica se han descrito los riesgos que tienen las cesáreas, riesgos que los mismos médicos conocen, *'en la cesárea, si bien tiene sus cosas, sus riesgos quirúrgicos, es una cirugía abierta'* (Egresado 1), *'es una vía de parto que no es primaria, porque trae más complicaciones, trae más riesgos de infección, más riesgo de hemorragia, más riesgo de muerte de la madre, de complicaciones fetales'* (Becado 2), además de los riesgos también conocen los beneficios que el parto vaginal tiene por sobre la cesárea, *'prefiero parto normal, a la hora que sea. Básicamente por la recuperación de la paciente, el resultado del recién nacido.'* (Egresado 2). Sin embargo la mayoría de ellos aun sabiendo los riesgos que la intervención quirúrgica significa y los beneficios del parto vaginal, se enfocan a lo que postula el modelo tecnocrático, la realización de intervenciones agresivas para tener resultados positivos a corto plazo: El recién nacido y la madre viva, pero ¿por qué por cesárea? *'Porque los que salen mal son los partos, en general eso es a lo que uno le tiene miedo'* (Egresado 1).

Además se continúa con la creencia de que si la mujer tuvo cesárea una vez, siempre tendrá cesáreas, *'y si es que uno dice opero, dice que lata para la paciente, porque una cesárea, eso significa cesáreas para adelante'* (Egresado 1). Como vimos en nuestro marco teórico, lo anterior es una creencia desactualizada, ya que hoy sabemos que un parto vaginal después de una cesárea es totalmente posible. Que se continúe trabajando bajo postulados antiguos puede deberse a que, según lo planteado por Davis-Floyd, el modelo tecnocrático se basa en que no acepta otras modalidades de atención. Es importante destacar en este punto el factor tiempo, ya que con el pensamiento del entrevistado se necesita de menos horas, a diferencia de intentar un parto vaginal después de una cesárea, que requiere de la realización de una prueba de trabajo de parto y de esperar a que se desencadene el parto por sí solo.

Al preguntar a uno de los entrevistados si tienen clases o talleres, o si eran invitados a seminarios sobre distintas modalidades de parto, a lo que nos contesta que *'no, eso no tenemos. Acá se atiende solamente en posición de litotomía, y tampoco hemos ido, no hemos sido invitados a participar de esta otra experiencia'* (Becado 3), lo que nos permite reafirmar que su formación está regida por el modelo tecnocrático el cual rechaza otras formas de atención de parto. Además del hecho de no implementar nuevas teorías de atención de partos en su formación, los centros hospitalarios están reacios a implementar cambios entorno a esto, reforzando aún más la intolerancia a otras modalidades de atención donde las terapias

alternativas aparentemente menos basadas en ciencia y en la evidencia, quedan fuera del camino *'Acá en el hospital un parto natural es imposible casi, natural en el sentido que no alcanzan la peri, pero parto natural, parto vertical, eso acá no se hace, eso como que incluso me da un poco de miedo'* (Egresado 2). Esto también lo viven los mismos profesionales que quieren generar un cambio o implementar otras formas de atención los cuales son ignorados, y ridiculizados, esto se da tanto en el sistema público como privado, *'a mi me molestan en las clínicas, porque voy y apago las luces, cierro las cortinas, no importa que no vea nada, y espero que esté la paciente con su pareja'* (Egresado 2), lo que finalmente los agota y terminan siendo consumidos por el sistema.

También es importante hacer mención a la percepción que tienen los entrevistados respecto del rol que han tomado las pacientes frente a la atención de sus partos y el miedo que esto les genera por las posibles demandas que esto pudiese generar, *'es que es el resultado de cómo se dan las cosas, es el resultado de la misma relación de lo que esperan los pacientes y de lo que los médicos están dispuestos a exponerse o a ponerse en peligro... Muchas veces uno escucha a sus colegas "mira, hagamos esto", "no, no me atrevo, hagamos esto mejor"'* (Egresado 1). *'Hoy es cosa del médico, está todo expuesto a demanda, ... es por eso que en la beca te enseñan mucho a... o sea parte importante de la beca que te enseñan los profe, aparte de lo teórico y práctico, es como cuidarte de estas situaciones, mira te dicen, oye toma la ficha, mejor dile esto a la paciente, en el fondo es una relación que muy fácilmente se puede hacer tensa con una embarazada, que son... mucho más, están siempre mucho más preocupadas'* (Egresado 1).

4.2 COORDINADORES DE LA BECA DE GINECO-OBSTETRICIA

Según lo postulado por la antropóloga en el modelo tecnocrático de atención, el cuerpo femenino, especialmente, es considerado como una máquina que tiene defectos, y es responsabilidad del médico detectarlos y repararlos, *'Dentro de los contenidos teóricos asociados, más que a parto fisiológico, a parto patológico, curvas de dilatación alterada, todo lo que sea distocia de parto (...) pero de parto fisiológico en si no tenemos una estructura de enseñanza (...) lo que ellos evalúan con lo que no es patológico es lo normal'* (Coordinador 2). Lo anterior también se ve reflejado en uno de los objetivos del perfil de egreso que nos comenta uno de los entrevistados *'Conocer y resolver de manera autónoma los problemas obstétricos, ginecológicos y perinatológicos prevalentes y de importancia médico-social'* (Coordinador 1).

Este mismo postulado también se ve reflejado con otro dicho de un entrevistado quien plantea que *‘Los becados que ingresan, durante el primer año están asociados a un turno, lo que significa que tienen atención de urgencia durante 24 horas, y esencialmente lo que más se maneja ahí es emergencia obstétrica (...) tienen que adquirir habilidad y destreza en relación a diagnosticar y enfrentar la patología’* (Coordinador 1).

En relación a la formación académica, y según lo que los entrevistados nos comentan, nos damos cuenta que el modelo tecnocrático de atención en salud, se refleja también en la formación del profesional médico. Dentro de los postulados de Davis-Floyd, encontramos que el diagnóstico y enfermedad están divorciados de su contexto humano, y como ya habíamos mencionado, el cuerpo como una máquina. *‘Antes los programas de formación sólo enseñaban a operar cesárea y atender alto riesgo, y tu salías perfecto para hacer una buena cesárea y atender alto riesgo, pero no sabían cómo estructurar un control prenatal, y no sabías como atender un parto vaginal, porque no sabías como controlar el partograma’* (Coordinador 2). *‘Asociado con eso, nosotros tenemos un programa teórico donde se ven todas las cosas básicas y no tan básicas, en esos 18 meses los alumnos pasan por embarazo patológico, que es de alto riesgo’* (Coordinador 1). Otro postulado presente en las preguntas sobre la formación académica es la organización jerárquica, *‘la residencia está escalonada en 3 años sucesivos, en donde el médico en formación va adquiriendo competencias cada vez más altas. En el primer año, habitualmente lo que se le exige, es que en el plazo de 6-8 meses hayan atendido 50 partos y haya sido ayudante de cesárea. En tercer año ya la exigencia es mayor, realizar cierto número de cesáreas solo, y haber participado más en operaciones ginecológicas (...) Nosotros le decimos inmediatamente en la residencia que se ponga al día con la habilidad, con la competencia para atender parto, haciendo esta cosa de los 50 mínimo’* (Coordinador 2).

La sobrevaloración de la ciencia y la tecnología inserta dentro del modelo propuesto por la antropóloga, aparece también en la formación que reciben los futuros gineco-obstetras, *‘O sea, considerar que la enseñanza de la monitorización electrónica fetal intraparto, la evaluación del bienestar fetal, se les hace la teoría, y después la práctica en la residencia, entonces cuando ven lo patológico, aprenden a distinguir lo fisiológico’* (Coordinador 2).

Cuando se les preguntó a los coordinadores sobre su opinión acerca del panorama actual en el que se encuentra Chile con respecto a la cesárea, los entrevistados nos entregaron razones no

médicas por las cuales se realiza esta cirugía, las que también se enmarcan dentro del modelo tecnocrático de atención, como por ejemplo, el sistema guiado por las ganancias, *'(...) está la parte económica, en la cual los médicos tienen que trabajar más para ganar más, lo que tienden a hacer es optimizar sus períodos, en ese sentido es mucho más costo-efectivo atender una cesárea que demora una hora, a estar en una inducción de parto que demora X horas'* (Coordinador 2). Y la muerte como derrota, *'Por un lado está la vista legal, en que las mujeres tienen mucha más judicialización de sus partos, porque ellas quieren tener un recién nacido sano, independiente de la vía que sea'* (Coordinados 2), esto nos hace plantearnos si es que se ve la cesárea como la vía más segura de parto, *'Sin embargo, pareciera que a la hora de estar en el proceso, del punto de vista de los padres y del aseguramiento que significa el resultado final, pareciera que hay una percepción que la cesárea es más segura, por los médicos y los pacientes (...)* Hay una cultura del miedo del parto en este país, las mujeres sienten que ir al ginecólogo desde el Papanicolaou para adelante y del control del embarazo y del parto, es un evento doloroso y atemorizante, congeniado por la cultura del miedo, y no masculina, si no femenina, son las abuelas, las hermanas, las tías, las que hablan y en base a esa cultura, yo voy y le digo a mi obstetra que me opere, porque sé que será controlado y no va a doler'. (Coordinador 3).

Al terminar las entrevistas nos percatamos que no son sólo los médicos quienes están insertos en el modelo tecnocrático, sino que también parte de la sociedad es intolerante a aceptar nuevas modalidades de atención, como mencionábamos anteriormente por la 'cultura del miedo', *'hoy en día los hospitales públicos y servicios docentes hemos echado mano a lo que se ha demostrado, lo que es capaz de disminuir la tasa de cesárea, porque hay factores que son inamovibles, hay factores que son culturales y que requieren mucho tiempo para que se modifiquen'* (Coordinador 3). *'pero es un problema que no solamente está dentro del contexto médico, sino que es todo un concepto social, antropológico que ha influenciado en esta alarmante cantidad de operación cesárea'* (Coordinador 1). Sin embargo, cada vez son más las mujeres que se están empoderando y exigiendo ser dueñas de su cuerpo *'esta exigencia cada vez mayor de la paciente a ser dueña de su propio cuerpo'* (Coordinador 2).

Con respecto a la pregunta acerca de las fuentes bibliográficas que utilizan en la formación de sus becados, obtuvimos respuestas como *'nosotros nos dirigimos como fuente bibliográfica nueva a todo lo que entrega el colegio americano...y de hecho en base a eso todos nuestros*

libros por ejemplo: el Williams de Obstetricia y Ginecología, el Stéero de Medicina reproductiva, y todas las guías que entrega el colegio americano... entrega boletines perinatales, entrega opiniones de comité, guías prácticas para el manejo de pacientes, por lo tanto, todo está en nuestra base, y además que durante esta formación los muchachos tienen que aprender todo su bagaje de conocimiento en base a la medicina basada en la evidencia no basta con lo que dice un libro, que puede tener 3-4 años de atraso con lo que está saliendo ahora, por eso tienen que manejarse en medicina basada en la evidencia para hacer búsqueda objetiva de literatura' (coordinador 2), 'las fuentes bibliográficas son variadas porque esto va cambiando y hay diferentes maneras de extraer la información, esencialmente nosotros les damos una lista de libros clásicos de obstetricia donde el más importante y los más, digamos los más avanzados en términos de atención es el "Uranga" que es un libro de obstetricia clásica, que asecha al parto. Y hay algunos otros textos que también damos y.. lo más importante es ee.. una serie de apuntes que tenemos en relación a la atención del parto que son secundarios a estas clases teóricas que se hacen' (Coordinador 1), 'pero ellos han entendido que hoy día la referencia estática, libro, es una fuente de consulta para temas que tienen menos movilidad, que son los menos, su estado del arte está definido por una lectura permanente de los pappers y review de todas las revistas del año' (Coordinador 3). Los mismos coordinadores mencionan pocos textos clásicos de la Obstetricia, más bien mencionan que para ellos es más relevante que los becados adquieran sus conocimientos desde fuentes más actualizadas, y que estén en constante búsqueda de nuevos documentos y temas, por lo que debieran estar en conocimiento sobre las nuevas recomendaciones en cuanto a la asistencia del parto. Esto nos hace preguntarnos ¿estarán los becados adquiriendo conocimientos en atención más fisiológica del parto por cuenta propia?

4.3 PROGRAMAS ACADÉMICOS DE LA BECA DE GINECO-OBSTETRICIA

Si bien contábamos con programas académicos de varias de las universidades pertenecientes a la muestra, estos no nos aportaron la información necesaria para realizar el análisis deseado, ya que cada programa académico nos entrega datos que esperábamos encontrar, pero estos no son los necesarios para evaluar con exactitud los contenidos que se le entregan a los becados, debido a que en los programas se mencionan los temas generales que se van a indagar durante la beca, sin especificar el tiempo dedicado a cada uno de ellos. Además, en el inicio de nuestra investigación no nos planteamos la necesidad de evaluar los contenidos entregados en el pregrado, por lo cual no podemos definir cuáles son los temas que el becado

trae integrados desde su formación como médico general y cuales son específicamente los que adquiere durante el postgrado.

Queremos dejar en claro que como investigadoras no tenemos la intención de emitir juicios respecto a si los programas académicos de las universidades evaluadas son o no correctos, o si las metodologías de enseñanza son o no las adecuadas, sino más bien, pretendíamos analizar, y tal vez comparar, la cantidad de contenidos teórico/práctico enfocados a la fisiología y patología obstétrica, y el manejo quirúrgico de estas. Entendemos que la beca de gineco-obstetricia busca formar especialistas en el área, por lo que ciertamente esperábamos encontrar más contenidos enfocados a la patología, entendiendo que quizás como lo expresaron algunos de los entrevistados los contenidos de fisiología y atención de parto fisiológico lo vieron en su pregrado.

Agradecemos a quienes nos facilitaron los programas, pero por lo explicado con anterioridad, estos no serán expuestos ni analizados en esta investigación.

5. CONCLUSIÓN

Luego de la realización de nuestras entrevistas, la transcripción y su posterior análisis nos hemos ido encontrando con que los entrevistados, becados y egresados de gineco-obstetricia, profesionales en proceso de formación y otros que ya se encuentran ejerciendo su profesión de médico gineco-obstetra, se les está educando predominantemente bajo el modelo tecnocrático de atención en salud, que es el modelo con el cual se rigen principalmente los sistemas de salud en Chile. Además los coordinadores de los planes de estudio de las becas también están insertos en este modelo de atención, por lo cual es ingenuo creer que los becados no van a ser formados de esta manera. Este tipo de atención, como lo explicamos en el marco teórico, es aquel que separa los sentimientos, lo social, espiritual y las distintas personalidades de lo relacionado con la salud de los individuos.

Como expusimos en nuestro análisis, el plan de estudio de los becados está enfocado en el embarazo patológico y partos distócicos. Se considera que la fisiología de la gestación y el parto es básica, y que por lo mismo es abarcada durante el pregrado, es decir en su formación como médicos generales. El problema radica en que no todos los becados realizan el pregrado en el mismo lugar donde cursan el postgrado, es por esto que en la beca, según los mismos entrevistados, sólo se realiza un breve repaso de la fisiología a modo de nivelación. Los becados en gineco-obstetricia no tienen clases teóricas de atención de parto vaginal, tampoco está dentro de los contenidos establecidos durante su formación, por lo que los becados deben indagar sobre este tema por si mismos, y reciben la formación que les brindan los médicos del turno en el que se encuentran, lo que genera que la formación entre los becados no sea homogénea ni tampoco actualizada, ya que solo depende de la voluntad de los médicos del turno. Los becados no cuentan con un tutor fijo que pertenezca a la universidad el que les entregue los conocimientos actualizados, ni que constate que las técnicas y ejecución de los procedimientos sea la adecuada. En cuanto al número de partos asistidos durante la beca es un tema que difiere en las distintas universidades, si bien en algunas se les exige una cantidad mínima antes de realizar una cesárea, esto no es fiscalizado por ningún docente en ese momento, mientras que en otras no tienen establecido un número, y queda a criterio de los becados y a la carga asistencial cuantos partos atienden. Como esta exigencia es dependiente de la universidad el registro de los partos también lo es, algunos llevan un record o una bitácora

de partos la cual puede ser supervisada antes de entrar a la primera cesárea o al final de la beca, a quienes tienen esta exigencia refieren que no es tan estricta la supervisión de la bitácora, y se preocupan que hayan atendido una cantidad relativamente cercana a la exigida, mientras que en algunos casos no les solicitan ni la cantidad de partos atendidos, ni el tipo de parto (vaginal, con episiotomía, con fórceps, etc.), por lo que en realidad la exigencia de un número de partos no es un requisito para continuar con su formación o para egresar de la beca en la mayoría de las universidades de nuestra muestra. En relación a la fiscalización de las actividades realizadas durante la práctica clínica, existe una discrepancia entre lo que refieren los becados y lo que dicen los coordinadores de las becas, ya que si bien hay una exigencia tal de mínimo de partos, no existe una real y clara importancia respecto a esta, debido a que no existe ningún registro tangible y además el becado debe realizar “lo que más pueda” durante su pasantía.

Dentro de la formación académica/práctica de los becados, no cuentan con temas relacionados a la personalización del trabajo de parto y parto, ni con nuevas modalidades de atención del parto. Sólo se les enseña la atención del parto en posición de litotomía, por lo que no están al tanto de la atención del parto vertical, en cuclillas o en otra posición. Esto da paso a que el becado que quiera instruirse en estas temáticas tenga que adquirirla de forma externa, esto según los coordinadores es lo que sus becados debieran hacer, adquirir la mayoría de sus conocimientos a través de la investigación personal, utilizando la medicina basada en evidencia, llevando de esta forma a su propia ideología los conocimientos adquiridos, utilizando el poco tiempo libre que tienen.

Con respecto a la tasa de cesáreas que existe actualmente en Chile, los entrevistados concuerdan con que está muy por sobre lo recomendado, la mayoría de los entrevistados se encuentra en desacuerdo con las cesáreas que son realizadas sin indicación exclusiva de esta intervención quirúrgica, haciendo referencia a que muchas de las cesáreas que se realizan son por temas no médicos, como el tiempo, dinero, deseo materno, las esterilizaciones quirúrgicas u otras. También aparecieron temas relevantes, y que a pesar de nuestra insistencia, los entrevistados no se refirieron en gran medida a ellos como la comodidad del médico y el temor a demandas judiciales. Además algunos hacen referencia al nivel educacional y la falta de educación prenatal que posee la usuaria y también al nivel socioeconómico de estas. Lo anterior contrasta con las cifras entregadas por el FONIS luego de la una encuesta realizada en

el 2014 y aplicada a 396 mujeres de la región metropolitana que se atendían en el sistema público y privado de salud y que habían tenido ya un parto por cesárea, el cual plantea que un 80% de las mujeres prefiere un parto vaginal antes de tener hijos (Sadler, 2015).

Sin embargo los entrevistados plantean también que las cesáreas son necesarias de realizar cuando éstas estén justificadas y muchas veces podrían salvar la vida de la madre y la del feto.

Los entrevistados también nos comentaron algunas de las medidas que se están implementando para disminuir la tasa de cesáreas en los campos clínicos que ellos hacen sus pasantías, en la mayoría se está realizando la justificación y exposición de las causas por las cuales se realizó la cesárea al médico jefe del servicio, esto en todas las cesáreas realizadas durante el turno. Lo cual concuerda con lo expuesto en el marco teórico, acerca de las experiencias en un hospital en Santiago de Chile, donde se ha disminuido la tasa de cesáreas gracias a esta medida adoptada.

6. RECOMENDACIONES

Según nosotras, investigadoras y futuras matronas, la atención del parto debiese dar un vuelco hacia lo postulado por el modelo de atención humanista, el cual postula que se debe ver la gestación-parto-nacimiento como un proceso fisiológico normal que sólo debiese ser intervenido si presenta complicaciones.

Creemos que se le debe brindar igual relevancia a la fisiología y a la patología, ya que sin la fisiología es imposible entender lo patológico.

Nos parece importante que exista un mayor acompañamiento a los becados, por parte de docentes o tutores de la universidad a la que pertenecen, ya que los mismos entrevistados manifestaron sentirse solos en ese aspecto. Creemos que la presencia de este docente durante todas las rotaciones de los becados, ayudará a que tengan una formación más homogénea y a que se sientan más seguros en cuanto a la atención, y a la aplicación correcta de técnicas.

En cuanto a la atención de partos además de ser supervisada creemos que es relevante llevar el registro de cuántos partos vaginales fisiológicos atienden y que este sea un requisito para avanzar a su siguiente nivel de formación en los cuales se debiera exigir que se atiendan partos de este tipo en cualquier momento hasta finalizar la beca.

Con respecto a la formación académica creemos importante recomendar que a los becados durante su primer año y previo al inicio de las prácticas clínicas, se le entreguen conocimientos en cuanto a fisiología del parto y atención del parto vaginal, al menos como modo de nivelación, ya que no todos los becados tienen la misma formación de pregrado

También es recomendable que todos los becados tengan una rotación exclusiva por parto y parto idealmente en el primer año de la beca, la cual debe ser tutorada por docentes.

Consideramos importante también entregar a los becados la posibilidad de realizar curso de actualización en temas relacionados con la atención respetuosa del parto y otras modalidades de parto, para que ellos tengan la posibilidad de elegir la mejor forma de atender el parto considerando sus preferencias.

Acerca de las fuentes bibliográficas que utilizan los becados durante su formación, consideramos que es importante que también integren conocimientos de parto natural y diferentes modalidades de asistencia de parto.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ACOG. (2011). Parto por cesárea. Washington, DC. Recuperado el 7 de abril del 2014, desde: [http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Parto_por_cesarea]
- ACOG. (2010). Parto vaginal después de un parto por cesárea. Washington, DC. Recuperado el 10 de marzo de 2015 desde: [<http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-parto-por-cesarea>]
- ACOG. (2013) Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.*
- Angeja, A., Washington, A., Vargas, J., Gómez, R., Rojas, I., Caughey, A. (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?. *Pubmed.*
- Anorlu RI, Maholwana B, Hofmeyr GJ. Métodos para el alumbramiento de la placenta durante la cesárea. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2008, Número 3.*
- APICE Chile (2009) Requisitos específicos para programas de formación de especialistas en obstetricia y ginecología.
- Arnau, J., Martínez, M^a., Viguera, N., Encarnación Bas. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 7, núm. 2, [<http://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>]
- Belli, L., (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev. Bioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34. Recuperado el 16 de Diciembre de 2014 desde: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf]
- Besio, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal: Una perspectiva ética. Recuperado el 5 de enero de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es&tlng=es]
- Birth Injury Guide. (2015). Birth Injury Type. Recuperado el 7 de enero desde [<http://www.birthinjuryguide.org/birth-injury/types/>]
- Blanchette, H. (2011). The rising cesarean delivery rate in America. What are the consequences?. *Obstet Gynecol.* Sep;118(3):687-90.
- Brun JL, Botolahy ZA, Benjoar M, Marty M, Bazot M. Diagnóstico de la adenomiosis. *EMC Ginecología-Obstetricia* 2014;50(4):1-10 [Artículo E – 150-A-20]. Recuperado el 01 de Diciembre de 2014 desde: [<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X14692833#>]
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Venezuela.* Recuperado el 7 de abril de 2014, de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012009000100011&script=sci_arttext
- Childbirth Connection, (2012). What Every Pregnant Women Needs to Know About Cesarean Section. 3rd revised edition. New York: Childbirth Connection. Recuperado el 01 de Diciembre 2014, desde:

[<http://www.pqcnc.org/documents/sivbdoc/sivbeb/8ChildbirthConnectionVaginalBirthandCesareanBirthRiskComparison.pdf>]

- Childbirth Connection, (2012). Vaginal or Cesarean Birth: What Is at Stake for Women and Babies?. New York: Childbirth Connection. Recuperado el 01 de Diciembre 2014, desde: [<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10166#vaginal>]
- Cuello M. , Oyarzún E. , Wild R. (2004) Perfil actual y requisitos para un programa de especialización en obstetricia y ginecología en el nuevo milenio en Chile. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología.
- Davis-Floyd, R. (2004). Del médico al sanador: El paradigma tecnocrático. Buenos Aires, Argentina: Creavida.
- Davis-Floyd, R. (2004). Del médico al sanador: Los paradigmas humanísticos y holísticos. Buenos Aires, Argentina: Creavida.
- DEIS-MINSAL (2011). Indicadores Básicos de Salud, Chile 2011. [Folleto]. Santiago de Chile: Autor.
- Farías M, Oyarzún E. (2012) Elective Caesarean section versus vaginal delivery. Medwave 2012 Mar/Abr;12(3):e5335 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5335
- FIGO. (1999). Committee Report for the ethical aspects of human reproduction and women's health. Int J Obstet Gynecol; 64:317-32.
- FIGO, Statement on Caesarean Section, January 2007, Londres.
- SOCHOG (2014) Gineco-obstetra: pieza clave en la salud integral de la mujer. Chile
- Blossiers C. (2007) Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- FIGO (2009) Position Statement on Professional Standards Interactions between obstetricians and gynecologists and other health professionals. London, UK. Recuperado el 03 de Mayo de 2014 en Internet: [<http://www.figo.org>]
- Guzmán E. (2012). Epidemiological profile of caesarean section in Chile in the decade 2000-2010. Medwave2012 Mar/Abr;12(3):e5331 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331
- Latorre R, Rodrigo, Carrillo T, Jorge, Yamamoto C, Masami, Novoa P, José, Valdés V, Alejandra, Insunza F, Álvaro, & Paiva W, Enrique. (2006). Gobierno del Parto en el Hospital Padre Hurtado: Un Modelo Para Contener la Tasa de Cesárea y Prevenir la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 71(3), 196-200. Recuperado en 10 de noviembre de 2014, desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000300009&lng=es&tlng=es].
- Lowdon, C., (2002). Caesarean section or vaginal birth?. AIMS Journal. Recuperado: 01 de Diciembre 2014, desde: [<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol14No1/csdifference.htm>]
- Lattus, J. , Sanhueza, M. (2007). La Matrona y la Obstetricia en Chile, reseña histórica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Recuperado el 18 de marzo de 2015 desde: [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/nota_historica_271a2761.pdf]
- Mazzoni, A., Belizán, J., Althabe, F. (2011). Operación Cesárea. En Pérez, A., Donoso, E. Obstetricia. (4a ed., pp.428). Santiago de Chile: Mediterráneo

- Minkoff, H., Emerwenk, F. resumido por Dr. Mario Herrera Moore, Parto por cesárea primera electiva, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago 2003; 68(1): 79-8
- MINSAL (2013). Guía Perinatal: Evaluación del trabajo de parto y parto.(pp.236-37). Chile.
- MINSAL (2008). Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo. (1a ed. pp.7-8). Chile: [s.n.]
- MINSAL (2008). Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo. (1a ed. pp.203-204). Chile: [s.n.]
- MINSAL (2008). Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo. (1a ed. pp.204-205). Chile: [s.n.]
- Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. BMJ. Dec 16;321(7275):1501-5
- Olza, I , Lebrero, E (2006). Nacer por cesárea: Cesárea cómo, cuándo y por qué. Bogotá, Colombia: Editorial Norma S.A.
- OMS. (2010). Estadísticas sanitarias mundiales: Cobertura de los servicios de salud. Recuperado el 1 de abril del 2014, desde: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf]
- OMS. (2011). Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, A., Poblete, J.(2011). El Parto. En Pérez, A., Donoso, E. Obstetricia. (4a ed., pp.340). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Pérez, A., Poblete, J.(2011). Operación cesárea. En Pérez, A., Donoso, E. Obstetricia (4a ed., pp.435). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Piloto, M., Nápoles, D. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Cuba. Recuperado el 12 de Enero de 2015 desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100005]
- Poblete, J. Nicolini, U. (2011). Fórceps y Vacuum extractor: Parto Vaginal Operatorio. En Pérez, A., Donoso, E. Obstetricia. (4a ed., pp.407). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- PUC (2012). Manual de Obstetricia y Ginecología. (3a ed. pp. 221). Chile: [s.n.]
- Romero, R. (2013). Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life?. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Recuperado el 01 de Diciembre de 2014 desde: [[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)02261-2/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)02261-2/fulltext)]
- Sadler, M., (2003). Así Me Nacieron a Mi Hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- Sadler, M., (2009). Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile, resultado de proyecto FONIS N° SA06I20034, ejecutado por Universidad de Chile, Departamento de Antropología
- Sadler, M. y Leiva, G., (2015). Cesáreas en Chile: ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal? Recuperado el 28 de Marzo de 2015 desde [<http://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la>]

cesarea-al-parto-vaginal/]

- Salinas, H., Naranjo, B., Pastén, J., Retamales, B. (2006). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCCh 2007; 18:168-78. Chile
- Sardiñas, A (2005). La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecología y Obstetricia. México.
- Servicio de salud Arica y Parinacota. (2012). Instructivo criterios de indicación de intervención cesárea. Chile.
- Universia Chile (2011). Carreras. Chile: Autor. Recuperado el 23 de diciembre de 2013 desde la base de datos en línea [Universia] en Internet: [<http://carreras.universia.cl>]
- Uzcátegui, O., Cabrera, C. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado, Revista Obstetricia y Ginecología. Venezuela, Caracas.
- Uzcátegui, O.U (2008). Estado actual de la cesárea: Vol. 116, N° 4.
- Xie, R. (2015). Higher Cesarean Delivery Rates are Associated with Higher Infant Mortality Rates in Industrialized Countries. Recuperado el 3 de marzo desde: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25597509/>]
- Ye, J. (2014). Searching for the optimal rate of medically cesarean delivery. Recuperado el 5 de enero de 2015 desde: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24720614/?i=2&from=/25597509/related>]
- Zanardo, V. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does it Have a Negative Effect on Breastfeeding?. Recuperado el 10 de enero desde: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083718>]
- Zarate, M. (2007). Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Alberto Hurtado

8. ANEXOS

Anexo N°1

Consentimiento Informado

“Estudio exploratorio sobre la formación académica de los médicos becados en gineco-obstetricia, relacionado con la atención del parto fisiológico”

Investigadoras: Ghigliola Artuso Bravo - Tamara Astorga González - Kamila Gaete Tapia.
Estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago de Chile.
Tesis para optar al título de Licenciado en Ciencias de la Obstetricia y Puericultura.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio sobre la formación académica de médicos que cursan su postgrado en Obstetricia y Ginecología en relación a la atención del parto fisiológico. Siéntase en la libertad de aclarar dudas sobre cualquier aspecto.

- **Participación:** En caso de aceptar participar un miembro del equipo de investigación le solicitará una entrevista. Ésta consiste en una conversación privada entre usted y la investigadora, con una duración aproximada de entre 45 a 60 minutos y si está de acuerdo, será grabada en audio.

- **Beneficios del estudio:** Usted no recibirá ningún beneficio monetario o de otro tipo. Estará contribuyendo a la formación profesional de futuros/as matrones/as del país.

- **Riesgos asociados al estudio:** No conlleva riesgos para el participante ni para ningún implicado.

- **Confidencialidad:** La identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Únicamente el equipo de investigación tendrá acceso directo al material grabado y a las transcripciones literales. Las grabaciones y transcripciones están resguardadas por el equipo de investigación, quienes las mantendrán en su poder hasta el término de ésta, luego de esto serán eliminados los registros.

- **Aclaraciones:** Usted tiene derecho a abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Los resultados de este estudio serán facilitados al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, al estudio denominado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: Estudio exploratorio con usuarias y equipos de salud para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en el sistema público de salud en Chile”

- **Contacto:** En caso de consultas contactar vía mail a las investigadoras responsables: Ghigliola.artuso@usach.cl - Tamara.Astorga@usach.cl - Kamila.gaete@usach.cl

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Nombre y firma de la investigadora

Anexo N°2

**Instrumento Entrevista Semi - estructurada Egresados(as) y/o
Becados(as) de tercer año.**

1. ¿Cuáles fueron los principales contenidos vistos durante tu formación como becado(a)?
2. ¿Cuáles crees son las fortalezas y las debilidades de la formación recibida?, ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?
3. ¿Cómo fue la experiencia de ser becado(a) en cuanto a la atención de partos?
4. ¿Cuál es la modalidad de las prácticas clínicas? respecto a los turnos ¿son supervisados por algún docente o tutor clínico que evalúe la aplicación de sus conocimientos?
5. De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado(a) para atender? ¿Por qué?
6. ¿Cuál es su opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?
- 7.- Antes de terminar la entrevista, ¿Quisiera agregar algún comentario?

1. ¿Cuáles fueron los principales contenidos vistos durante tu formación como becado?

Haber nosotros tenemos por lo menos un año entero de ginecología clásica, otro año que es más bien dedicado a obstetricia, pero está mucho más focalizado a alto riesgo obstétrico, y el otro año, como en términos súper groseros, es como especialidades y rotaciones más pequeñas. Pero eso como en términos muy globales. Ahora en relación a lo que ustedes buscan, por ejemplo hay algo que hemos pedido mucho tiempo y que no se ha podido concretizar es rotación por prepartos. Nosotros no tenemos rotación de parto, por lo tanto todo lo que nosotros vemos como más de obstetricia clásica es en los turnos, ¿ya? O sea ahí está el tema de los partos, y cesárea, indicación de cesárea, indicación de parto, evaluación de pelvis, tacto, todo eso está más bien visto en los turnos. No hay como una cosa tan formal de preparación de eso, que es lo que nosotros hemos pedido, que haya como una rotación de parto, eso no lo tenemos.

Esta rotación que Ud. me dice, la quieren en este tercer año donde pasan por las especialidades?

No, yo creo que tiene que ser una rotación en primero. En primero porque sino en el fondo, si la haces en tercero, ya te pasaste tres años de turnos donde no tuviste, o sea yo creo que si tuviéramos una rotación de prepartos tendría que ser en primero

2. ¿Cuáles crees son las fortalezas y las debilidades de la formación recibida?, ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

En realidad, la gran gran gran ventaja de la formación que tenemos en este hospital es el número de pacientes, o sea es un hospital tan grande que realmente ves muchas cosas, y tienes la posibilidad de hacer muchas cosas, o sea pacientes no te van a faltar. De atender hartas cesáreas, atender parto, ver hartas patologías que son infrecuentes pero como acá ves tantas pacientes que ya se te hace súper frecuente. Entonces la experiencia clínica es muchísima, es realmente la gran ventaja de este hospital, de verdad yo creo que somos de los becados que más operamos, de los becados que más tenemos opciones de atender partos. El problema es la falta de tutoría, en general tú haces mucho pero no siempre tan tutorado, o sea no siempre tienes un docente que esté contigo, o sea aprendes más bien sobre la marcha, más que alguien se detenga a enseñarte y hacer las cosas contigo, vas aprendiendo de tanto hacer. Falta eso, más cursos formales, o sea que te digan 'ya hoy día vamos a atender esto, y yo voy a estar contigo...' eso falta más, que no sea tan auto-formativo sino como más bien, más estructurado

3. ¿Cómo fue la experiencia de ser becado en cuanto a la atención de partos?

Eh, en relación al parto fisiológico nosotros lo que tenemos es una obligación por reglamento de atender un mínimo de partos, ¿ya? Y tendría que revisarlo con más detalle, pero me parece que son 60 partos lo mínimo que se pide, ya? Ahora el problema es lo mismo que te decía antes, que se pide un número de 60 partos, pero muy pocas veces hay alguien que atienda el parto contigo, por lo tanto tú crees que lo estás haciendo estupendo pero... eh.. no hay nadie que esté mucho al lado tuyo, probablemente para los primeros partos sí, pero como aquí hay harta carga asistencial, hay mucho... hay mucho trabajo, no da mucho tiempo para que alguien de tu turno vaya y se siente cada vez que tú atiendes un parto contigo, si no que los primeros son tutorados y el resto ya es, emm, como tú crees que es, entonces eso de repente es un poquito perjudicial, eh.. y eso po, no está tampoco normado. Probablemente no todos hacemos todo igual, porque no hay, no hay como una enseñanza clara, de repente por ejemplo si nosotros tuviéramos una rotación de prepartos, tú estarías siempre a cargo de una persona que te enseñaría eso.

Respecto a la cesárea eh... el número es mucho, entonces nosotros para eso sí tenemos mucha

formación de poder atender cesáreas porque es mucho, entonces alcanzas a ver muchas más complicaciones. Los 60 partos no me consta que todo el mundo los esté atendiendo, o sea es una exigencia que en teoría está por reglamento, pero tampoco se está haciendo que alguien al final de tu beca coteje si realmente atendiste tus 60 partos. Entonces no hay una cosa formal, pero sí informalmente tú logras atender muchos partos, o sea de soltar la mano, mucho.

Pero... ¿esos 60 partos deberían ser como un requisito para egresar de la beca?

Sí, en teoría es un requisito. No sé si son 60 o 100, no tengo claro el número.

Durante toda la beca?

Sí, durante toda la beca. Lo que pasa es que nosotros en la práctica atendemos partos el primer año, ni siquiera, yo te diría que como el primer semestre de primero, y un poco el segundo semestre de segundo, el primer año atendemos partos, y después ya... los partos que yo he atendido después de primero han sido solamente porque le he ayudado a los internos a atender sus partos. O porque son partos que podrían llegar a ser muy difíciles, a veces te metis tú como médico, pero ehh después de primero, de sentarte a atender partos como porque si... no.

4. Durante la práctica clínica, ¿Cual es la modalidad de estas, en cuanto a los turnos, son supervisados por algún docente o tutor clínico que evalúe la aplicación de sus conocimientos?

Mmmm... no, o sea no es tan formal y depende un poquito de la buena voluntad del médico que esté de turno, ¿ya? En general la voluntad si está. Pero tampoco son docentes formales de la universidad, entonces son médicos que vienen a hacer su turno, y como es un hospital docente-asistencial dentro de todas sus obligaciones está también supervisar lo que tú haces, ¿ya? Por lo tanto depende mucho de la voluntad del que esté contigo haciendo turno, si le gusta o no la docencia, si tiene tiempo o no tiene tiempo... en términos generales sí, hay mucho eh, apoyo, pero no es que haya un docente que esté destinado a ayudarte en eso, en lo que es el tema de partos. Nosotros todo lo que es prepartos, partos lo aprendemos en los turnos, donde no hay un docente como destinado a eso, si no alguien que viene a hacer su pega de turno y que por supuesto te colabora en que tú hagas tu... para tu docencia.

O sea, de acuerdo a lo que recién me decías, no es que de parte de la universidad alguien esté supervisando cómo se están formando en esas cosas...

Mmm no, no. Se supone que como es un hospital docente, todo el mundo tiene obligación de docencia, pero no es como dices tú que venga alguien exclusivo de la universidad a ayudarte en cesáreas, ayudarte en partos, no.

5. De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender... Un parto fisiológico... un parto vaginal o una cesárea? ¿Por qué?

¡Una cesárea! Una cesárea porque el número de cesáreas que he operado yo creo que sí sobrepasan al número de partos que he atendido, sinceramente. Y no se po, me genera la sensación más de seguridad, más de control. A pesar de que uno sabe que si tú tomas los números, las estadísticas, no es así, que evidentemente vas a tener menos complicaciones en los partos, pero en la cesárea uno siente, o yo siento que tengo más el control de la situación, y además por experiencia po, o sea los partos que atendí en primero, sobre las cesáreas que he atendido el resto de la beca, o sea han sido muchas más las cesáreas. Yo sí me siento más segura atendiendo cesáreas. A pesar de que en este hospital hay mucha gente que es súper vaginalista, o sea de verdad aquí se hacen todos los empeños por tener un parto vaginal, pero esta mucho más dado a las matronas po, o sea nosotros nos metemos... entonces eso además te genera otras sensaciones de inseguridad, que cuando nosotros como médico entramos a un parto, es o porque la guagua es muy grande, o porque viene con desaceleraciones, tú solamente entrarai al parto en esas condiciones, o sea cuando es algo que no viene bien, entonces obvio que tus resultados perinatales salen más bajos que si atenderai todos los partos fisiológicos po, obvio que ahí te van a salir más las cosas. Entonces cuando tu entrarai a un parto, entrarai porque hay algo que no anda bien, entonces

obvio que eso te genera una mayor sensación de inseguridad, lo asocias a algo que no anda bien, y no a muchos partos fisiológicos.

6. ¿Cuál es su opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

(Piensa) Yo no sé si estoy tan en contra de eh... de disminuir en tanto el número de las cesáreas. O sea no estoy de acuerdo con cesáreas sin una eh, indicación clara, eh.. sí me parece que hay algún minuto donde la paciente tiene algo que decir, y no sé si ceñirse tanto a los criterios obstétricos como lo hacemos acá eh... sea tan bueno, o sea yo creo que a veces si rayamos un poco en la violencia con algunas señoras que de verdad no se sienten preparadas o tienen demasiada ansiedad frente a un parto, eh.. me parece que si hay que escuchar más a las señoras, y pensar en que una cesárea podría ser una opción más que ceñirse solamente a los criterios obstétricos. Ahora no estoy de acuerdo con las cesáreas programadas por necesidad médica... porque no me cuadran los horarios, porque tengo que... irme de vacaciones entonces voy a programar mejor la cesárea, eso sí me parece que es súper negligente. Pero no sé si estoy de acuerdo con reducir frente a toda circunstancia el número de cesárea.

7.- Antes de terminar la entrevista, ¿Quisiera agregar algún comentario?

Recién te iba a decir algo... sí! Que encuentro que hay mucho mito en, como en nuestra población en relación a la cesárea, eh.. y al parto, más al parto probablemente que a la cesárea. Que de repente todas nuestras pacientes vienen mal educadas en relación a parto/cesárea. Entonces probablemente si las señoras supieran un poquito más del parto, vendrían muchas menos rogando su cesárea, porque yo veo mucho a unas señoras que de verdad ruegan por su cesárea, y si supieran un poco más del tema, a lo mejor estarían con menos ansiedad, y llegarían menos esperando su cesárea y más contentas a su parto normal, eso creo que falta, más educación prenatal. Y de nosotros, si más formación en parto fisiológico, de repente estamos demasiado focalizados en lo patológico, y se le da poca importancia po, o sea es como ya, 'becado de primero atiende partos', como una cosa menor, ¿cachay? Y el resto ya nunca más viste, nunca más atendiste partos en la beca a menos que haya alguna cosa patológica.

Una última consulta, con respecto a la cesárea, ¿Ustedes entran con alguien que los supervise?

Sí, al principio sí. O sea yo por ejemplo ahora, ahora que ya es mi tercer año, yo entro con internos, con quien sea. Pero al principio sí, al principio entras como con el jefe de turno, o con un residente, como que solo al final ya te dejan entrar mas solo, pero al principio sí, al principio entras con los residentes.

¿Y les exigen como un número de partos por cesárea?

Mira, debe haber un número. Nosotros tenemos un programa, donde el programa dice, dice así como ya 'teni que atender tantas histerectomías', 'ayudar en tal cuestión', 'atender tanto parto', 'atender tanta cesárea', dice. Pero en general nosotros del número de parto nos preocupamos porque atendemos poco, atendemos poco parto. Pero del número de cesárea, nadie está muy pendiente del número de cesárea porque tú sabes que lo vas a superar, o sea es tanto lo que operamos que nadie está urgido por eso, sí por el número de partos, porque tú sabi que es un tu primer año, casi en tu primer semestre que teni que sacar tus partos, y en realidad es como el cacho, o sea ya 'teni que atender tus partos, atiéndelos luego pa' que podai pasar ya a operar', que es la parte que a nosotros en realidad más, estamos como más interesados, ¿cachay? Eh... pero está todo estipulado, yo sé que hay tanto número de parto, tanto número de cesárea, tanta histerectomía, está tabulado. Ahora... yo nunca he visto que alguien te haga el *check-list*, o sea 'ya... ¿hiciste tus partos? Si... ya no los has hecho, vas a tener que ir a atender los 10 partos que te faltan y después tu podi egresar', no. Y eso nosotros lo tomamos como eso, así teni que atender tus partos... 'oooh no tengo que sacar mis partoos' (tono trágico) ¿cachay?. Antes era un poquito más así, porque por ejemplo habían algunos médicos que te decían que antes de operar tus cesáreas, teniai que tener 100 partos hechos, ¿cachay? Entonces como que tú tratabas de sacar tus partos así súper cool. En cambio a mi por ejemplo, nadie me dijo 'teni que tener un número de partos pa... ehh... operar tus cesáreas' ¿cachay? Entonces en realidad, yo atendí así como lo que más salía, pero tampoco estoy muy preocupada del número. Y de cesáreas no porque ahí tú sabi que voy a operar

mucho.

Anexo N°4

Becado 2

Bueno como le contamos un poco por mail, nosotras somos tres compañeras estudiantes de obstetricia de la USACH, y estamos realizando nuestra tesis, que trata acerca de la formación que reciben ustedes los futuros gineco-obstetras en cuanto a la atención del parto fisiológico.

1.- ¿Cuáles fueron los principales contenidos vistos durante tu formación como becado?

En relación al parto no cierto??

En relación en realidad a obstetricia más que nada.

Ya a nosotros, en el programa de nosotros tiene un... digamos tienen un programa primero que tu pasai un tiempo, digamos en tu primer año por preparto, que son 2 meses en preparto, después pasas también por alto riesgo obstétrico que es la primera formación que teni como en primer año, después en segundo año no pasas mucho por el preparto, pero tienes como la formación en los turnos, en tercer año vuelves a pasar por preparto, pasas 1 mes más por el preparto (perinatología) y pasas 3 meses más en Alto Riesgo Obstétrico, esa es como la formación que uno tiene.

Los contenidos en general, depende donde esti pasando, por ejemplo si estas pasando en preparto, los contenidos y viendo más que todo lo que en preparto en la pasa de preparto es como donde vez el tema del parto en sí, más que el embarazo patológico que es embarazo, entonces dentro de los partos te pasan por ejemplo ee.. fisiología de la mujer, te pasan ee el parto es si, gobierno del parto, agentes tocolítico agentes digamos para hemorragia post parto, tipos de partos, partos en podálica, parto en presentación cefálica, los tiempos del parto, extracción, extracción con forcep, alumbramiento, ee... y todas las complicaciones que conlleva el parto también, hablemos lo que decía, hemorragias, hematomas, desgarros vaginales, eee.. Reconstrucción vaginal, la episiotomía. Y los otros contenidos que también nos pasan hartos es el tema de la, del,, del trabajo de parto, en qué consiste el trabajo de parto, la eee digamos los tiempos que tiene el parto, la duración de ellos, como tiene que ir digamos produciéndose la dilatación, el descenso de la cabeza, e... cuáles son los tiempos de una multípara, de una primigesta. Y lo otro que digamos q es un gran tema dentro, es el monitoreo dentro del parto, dentro de eso las técnicas de monitoreo que existen, el monitoreo con el registro en el parto, puede ser también que necesites una ecografía, para ver perfil biofísico por ejemplo y lo otro son las técnicas digamos de manejo dentro del parto, por ejemplo la amnioinfusión que también está dentro de nuestro programa, el poner electrodos cefálicos también y hacer procedimientos por ejemplo amniocentesis, emm en el contexto, eso es como a grueso modo.

¿Y, en cuanto a la atención por ejemplo de las cesáreas, eso también se les pasa en el primer año o se les pasa más adelante?

Si mira, lo que pasa con la cesárea cuando tu entrai a la beca acá por lo menos, yo estoy terminando segundo, entonces (ahora en mayo paso a tercero), entonces cuando tu llegai en primero aquí. Cuando pasai al preparto atendí puros partos, cachai es como 1 mes de puro parto, en realidad cesárea al principio si no te ha tocado pasar por preparto es en el turno y es progresivo bueno primero obviamente es una preparación teórica que te mandan a leer los pasos como se hace etc etc. Y digamos primero laprácticaa al principio parti operando con el residente ayudándole al residente y ya después cuando cachay un poco, porque como esto se ve hartos en el turno lo vei en el turno y lo viví en el preparto cuando pasai en el preparto, entonces al principio en el turno atendí parto con el residente el te supervisa y ya cuando cachay atender partos te deja solo ya después teni que atender con los internos, después eee. dentro de la cesárea parti con el residente y después parti operando con el residente y después ya cuando en segundo año por ejemplo ya podí operar con, con colegas tuyo, con becados, compañeros de beca operai y ya después así en segundo y tercero operai con internos, entonces esa es como la progresión de la formación , primero formación teórica como formal dentro de la unidad de preparto y en realidad la práctica la haci en el turno, el turno es en realidad donde más aprendi a operar.

¿Ahora, referente a los turnos ustedes hacen un turno médico y además hacen por la ejemplo la pasantía por alto riesgo que tú me decías, a esta vienen todos los días?

Si, por ejemplo en parto se viene todos los días, pasai visita todas las mañanas, operai las cesáreas que hayan o ayudai a operar dependiendo la complejidad de la cesárea y el año que esti, porque como pasai en primero y después te repeti en tercero, cuando tu estay en primero en realidad ayudai o operai las cesáreas que son más fáciles, primigestas ese tipo de cosas, y cuando estay en tercero ee en realidad operai todo, y operai casi todo solo o con internos, la idea de la pasada de tercero es más que todo que te independisi ee y operi solo como que te tiran a operar solo pa que te acostumbri a que después vai a salir y vai a estar solo operando, entonces esa es la idea. Pero ahí una formación claro, todos los días en el alto riesgo también y también pasai visita en las tardes, es como todo el día, además de un turno a la semana de 24 horas.

2.- ¿Cuáles crees son las fortalezas y las debilidades de la formación recibida? ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

Mira yo te voy a hablar de la fortaleza por lo menos dentro de esta beca en particular, es la práctica, la práctica por el volumen de pacientes que teni, y la práctica que teni en el turno más que todo, son turnos fuertes, duros, en el sentido de que teni mucha paciente, mucho procedimiento, mucha cesárea, harta morbilidad de la pacientes, poco control obstétrico entonces te llegan pacientes ee con desprendimiento de placenta, te llegan pacientes diabética hipertensas ee de todo, que no han tenido control, entonces en realidad tú te ves enfrentado a la diversidad de patologías, la vei puta prácticamente todas, prácticamente todas, vei muchas cosas raras, entonces yo creo que el volumen en el sentido práctico es muy bueno, yo encuentro que es la mayor fortaleza que tiene, de hecho comparando , si tu lo comparai con universidades digamos más tradicionales no tiene el volumen que tiene este hospital y no tienen la cantidad de paciente que vei, yo creo que dentro de los hospitales acá en Santiago será el Sotero (Hospital Sotero del Rio), nosotros (Hospital Padre Hurtado), el San José (Hospital San José) que tienen un buen volumen y ahí y ahí están cachay, entonces eso, yo encuentro que es como súper bueno.

Las debilidades quizás a veces yo que encuentro que podría haber un componente más teórico, haber, aunque tenemos por ejemplo, lo otro que tenemos nosotros es un módulo todos los lunes en la clínica, vamos a La Alemana hacemos clases todos los lunes de distintas cosas, eso es de Marzo a Diciembre, por ejemplo ahora estamos sin clases los lunes, pero los 3 años que pasai teni de Marzo a Diciembre módulos docentes digamos, pero yo creo que a veces... bueno tenemos reuniones clínicas los miércoles y los jueves si es que estás en embarazo patológico o en el parto también, entonces eso está bien, pero yo encuentro que a veces teni mucho que estudiar o no... o a veces falta como algo más formal en el sentido de clases más formales a veces, porque te mandan a estudiar un tema estúdialo tú, bájate un paper y lo presentai y a veces quizás falta una orientación más o más clases quizás pero bueno en realidad.....

Lo otro en realidad que hay buena exigencia, hay buena exigencia, pero el digamos el ritmo es alto igual en el sentido de que teni que estar todo el día acá teni que estar los turnos a veces, por ejemplo ahora en verano faltan becados falta gente entonces teni que hacer mil turnos y eso igual a veces termina cansando un poco, pero es eso yo creo.

3.- Ya ahora si nos puedes contar un poquito lo que ha sido tu experiencia de ser becado en cuanto a la atención de partos.

Parto vaginal, parto fisiológico?

Partos en general si nos puedes contar un poquito el tema de los fórceps, las cesáreas también.

Si o sea, mira yo me he dado cuenta que con la formación que vamos teniendo, cada vez uno va adquiriendo como habilidades y roles, por ejemplo como te contaba el primer año tu lo que haci es aprender a hacerlo cuando ya pasai esa etapa onda los primeros meses cuando ya entrái a la beca, porque cuando antes de entrar a la beca atendiste algo de parto cuando fuiste interno, en realidad cuando trabajai de médico general no atendí parto prácticamente, nunca atendí parto, si después cuando llegai a la beca te acordai poco de lo que es un parto, porque pasaste hace mucho tiempo como interno

nunca más atendiste un parto, entonces la primera parte es como un poco todo de nuevo, los primeros meses es estudiar todo de nuevo todo de cero y el rol es aprender, aprender y a atender, atender, atender y aprender y después cuando ya cachay, llevai por lo menos 6 meses atendiendo partos, 1 año ya cambiái el rol po, el rol es q tu entrai al parto ya viendo otra cosa, por ejemplo cuando los chiquillos (matrones) a veces están acá y nos llaman es cosa de que ahora yo me fijo en otra cosa ya no es que salga la guagua, me estoy fijando en la complicaciones que me voy a enfrentar, potenciales complicaciones a las que me voy a enfrentar, entonces entrai con otro rol, con otra perspectiva, como te decía entrai con los internos también a atender que ese es otro rol súper importante que te hacen pasar, que es bueno ver que otra persona lo haga y tu lo supervisi y eso es un buen ejercicio porque teni que indicarle todo lo que tiene que hacer una persona que no sabe, y los internos están aprendiendo no saben y llegan prácticamente sin haber visto un parto en su vida, entonces tu teni que explicarle y hacerle toda una clase ahí mismo de cómo se atiende un parto, entonces ese es un rol que se adquiere. Y claro la otra vertiente es el parto instrumental po, que es otra cosa que es totalmente diferente cachay que es el forcep, que también necesita practica y también vay.. en primero haci poco forceps y ya en segundo lo empezai a hacer ya en todos los turnos y eso también eee yo creo q cuando uno sale de la beca recién termina de aprender el forcep, yo hago ya forcep solo por ejemplo, me miran no más, me observan como lo hago pero, digo los residentes lo dejan hacer solo, pero yo digo que nunca terminai de aprender hasta que tengai una experiencia de años, porque siempre es una cuestión más complicada, y tienen complicaciones no es una cuestión fácil y eso. Y la experiencia ha sido buena, aquí en el hospital se hace harto forcep es un hospital que tiene una tasa de cesárea que es baja a la nacional, tenemos una tasa de forcep alta para la media nacional y eso es porque es un centro formador y también porque es un centro que digamos prefiere los partos vaginales.. eso....

4.- Ya que hablaste un poco de la tasa de cesárea, ¿Cuál es tu opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Si... Chile es uno de los países en el mundo que tiene la más alta tasa de cesárea junto con otros países de Europa y eso tiene que ver también con... la tasa de cesárea en Chile tiene que ver mucho con el sistema privado, el sistema privado tiene casi alrededor tiene casi un 40% de cesáreas dependiendo el centro, algunos centros tienen 60% de tasa de cesárea, y eso hace que se eleve mucho el promedio nacional, acá (hospital Padre Hurtado) si no me equivoco la última estadística era como un 20 -23% la estadística nacional lo que es bastante bueno.... Yo pienso que está mal po en el sentido de que la cesárea es una vía de parto que se tiene que utilizar cuando se debería utilizar, o sea es una vía de parto que no es primaria, porque, porque trae más complicaciones trae más riesgo de infección más riesgo de hemorragia, más riesgo de muerte de la madre, de complicaciones fetales, etc, entonces yo creo que la cesárea es un muy buen métodos que vino digamos cambió la perspectiva de los partos, pero que se tiene que utilizar con cierta digamos ee con cierto cuidado, es que en el sistema privado se utiliza digamos por prioridad a la paciente o gusto de la paciente o gusto también del médico, de hecho se han hecho estudio que hemos también leído que dicen donde en realidad más que la paciente es el médico el que depende de la cesárea en el sentido de que hay mucha paciente que dice yo quiero tener una cesárea, ya pero si tu le haces una buena educación o tu le explicas los riesgos etc etc, probablemente de ellas la mitad va a cambiar de opinión y lo otro es que la conveniencia del médico porque el trabajo de parto teni que estar ahí teni que ir teni que no es programado a menos que sea una inducción, en ese sentido la cesárea es mucho más cómoda pal medico en general porque tu vai la citaste a las 5 de la tarde la operai te vay pa la casa y listo entonces yo creo que eso es el problema, pero yo también soy de la idea del parto vaginal, creo que la cesárea se tiene que utilizar solamente cuando haya contraindicación de parto vaginal. Y eso es lo que nos enseñan a nosotros en realidad.

5.- Bueno igual me contaste ya un poco de como son las prácticas clínicas acá, pero igual nos gustaría saber si tienes exigencias mínima.

Mira ee, en general si hay como una exigencia mínima, pero en realidad es súper relativa, nosotros tenemos 2 tipos de registro el primer registro que nosotros hacemos en los turnos que lo subimos a una página web donde hay un registro de todas las cosas que hacemos aparte de los partos cesáreas y

forcep, legrados, salpingectomía histerectomía, todo los procedimientos ginecológicos que teni.. eee... y en general por ejemplo aparte de eso está el registro del hospital , el registro ese que tu lo podi exportar a un Excel que en realidad ese es el que se utiliza y en general lo que te piden por lo menos son 100 cesáreas 100 partos 50 forcep, histerectomía por lo menos 10 y así es como relativo en realidad, de la gente que ha salido nadie anda, te andan preguntando, o sea cuando tu das el examen ven tu registro lo imprimen para ver mas menos cuantos partos has hecho etc etc, pero obvio que nadie si teni 99 cesáreas, no te van a poner atado por eso o sea hay una cierta relatividad del asunto, pero sí, sí hay exigencias mínimas.

6.- De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender? ¿Por qué?

Emmm.. difícil, difícil saberlo porque como yo te decía el forcep es una cuestión que quizás es la que hacemos hartó, pero que por la complejidad que tiene por la técnica va un poco más como en la experiencia, yo creo que eso puede influir un poquito quizás no es que salgamos menos preparados, pero quizás es más dependiente de la experiencia del operador. Y cesáreas y parto yo creo que uno al final de la beca termina haciendo más cesárea que parto, yo creo no se es una impresión, yo creo que los dos deberíamos estar bien, debería ser así, debería por lo menos que uno se maneje en los partos y en las cesáreas, por ejemplo nosotros ahora en los partos como no atendemos todos los días quizás a veces perdemos un poco la práctica, pero lo que estamos acostumbrados es el tema de las complicaciones si es lo que más nos llaman, es como se queda la placenta adentro, la señora está sangrando la señora, se desgarró etc etc. Entonces yo creo que es difícil la pregunta de cuál es la vía que te sentí más cómodo, yo creo que depende mucho de la paciente, depende mucho de la cirugías previa porque también no es lo mismo, te podi sentir muy cómodo con una señora que no tenga cirugías previas todo, ahora si te enfrentai a una señora que ha tenido 4 cicatriz de cesárea y que tenga un IMC alto, obvio que ahí te va a cambiar y te va a costar más que un parto, entonces depende de la situación yo creo.

7.- Bueno nos queda la última pregunta que es que si antes de terminar la entrevista, ¿Le gustaría agregar algún comentario?

Emm No muchas gracias.

Anexo N°5

Becado 3

Bueno, esta tesis se trata de que queremos investigar, queremos ver, si es que la tasa de cesáreas que tiene Chile en este momento tiene algo que ver con cómo se están formando los médicos actualmente en Chile. Por lo mismo necesitamos entrevistar a becados, que ya tuvieron su formación en medicina y están cursan su especialidad ahora, entrevistar a médicos que han sido recién egresados, para ver como ellos en la práctica se desenvuelven, y entrevistar a la gente que esta encargada en definitiva de cómo se están formando los becados, de la actualización de los programas y todo ese tipo de cosas.

1. Con respecto a su formación como becado ¿Cuáles han sido principales contenidos vistos?

Es que de todo, la beca de nosotros es mitad obstetricia y mitad ginecología, además de los turnos de residencia que hacemos como 6 días, si es que no es más por necesidades del servicio. Dentro de las pasadas de obstetricia, que es más el caso, tenemos pasadas de ecografía, pasadas de parto que las hacemos generalmente en otros hospitales que tengan un poco más de demanda, y pasadas en sala, con las pacientes hospitalizadas, y de policlínico de obstetricia, donde vemos control prenatal, tanto de pacientes que son fisiológicas y pacientes con embarazos de alto riesgo. Eso en el fondo, es lo principal

de los tres años de beca.

Con respecto a los contenidos que a ustedes les pasan, incluyen lo que es fisiología del parto, y además embarazo patológico...

Si, hay un curso que hacemos de postgrado, que es con todas las sedes de la Chile, que se hace en primer año, y ahí se habla de clases del mecanismos del parto, y todo eso. Algo súper básico porque habitualmente eso lo trae uno desde el pregrado, en la formación de obstetricia de nuestra especialidad es como un pincelazo, porque eso se da por sabido. O sea tu entrai aca ya siendo médico, y ya sabiendo atender un parto, en teoría... no todos! Pero así debería ser.

2. ¿Cuáles crees son la fortalezas y las debilidades de la formación recibida?, ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

Bueno yo creo que una de las fortalezas principales, es que nuestra formación es por ejemplo, si es en el tema de los partos nosotros en este hospital, los partos son atendidos por los médicos. Acá las matronas siguen el trabajo del parto, siguen digamos, nos ayudan mucho en la parte del parto, pero el parto está asistido siempre por un médico. Entonces yo atendí a atender partos con médico, que es distinto a los otros hospitales, que la mayoría de los partos vaginales son atendidos por ustedes, las matronas. Entonces acá es un hospital como medio privado, como clínica, por eso se da esta dinámica. Entonces yo como médico soy la que llevo el trabajo de parto y atiendo el parto, y eso lo hago desde el primer año de la beca, entonces claramente creo que eso es una ventaja de esta sede, que este hospital sea así digamos, porque se enseña el parto entre los mismos colegas. Con respecto a las debilidades, es que igual tenemos pocos partos, aquí hay por ejemplo, 8 nacimientos al día, de los cuales los 8 son atendidos por médicos. O sea si yo estoy de turno un día, atiendo los 8 yo. En otros hospitales igual son muchos más, de repente 25! Pero son 3 becados, 4 becados por turno, acá yo hago turnos sola, entonces yo atiendo los 8, en cambio los otros se dividen de los 25 entre las matronas, y los otros que están en formación.

3. ¿Cómo ha sido la experiencia de ser becado en cuanto a la atención de partos?

Super buena, super buena por lo mismo que les comenté antes, que aquí los partos los atiende 100% el médico, si yo estoy de turno yo atiendo todos los partos, y eso pa mi me da ene práctica, y si tuviera que obviamente atender partos cuando yo ya salga, estoy super preparada pa eso, que uno maneja mucho en la parte del trabajo de parto, el parto, la operación cesárea, el fórceps... el fórceps cada vez se hace menos...

Aca el fórceps por ejemplo, en otros hospitales se da que para disminuir la tasa de cesáreas, aumentó la tasa de fórceps, aca la tasa de fórceps es baja?

Es baja, si es baja. Emm, lo que pasa es que acá en este hospital, particularmente tiene más alta tasa de cesárea, porque como les comenté, es como medio clínica, entonces eem, las cesáreas en el fondo, hay algunas que son súper cuestionables, y que son cuestionadas incluso por nosotros mismos, porque aparte de ser un hospital como "privado" es súper docente, entonces nosotros como que luchamos pal parto vaginal, pero hay doctores que no están como mucho con esa misma filosofía, y les da como lo mismo operar a una señora por una esterilización, porque obviamente la señora como esta pagando, le cobran dos pabellones si tiene un parto, y después se esteriliza por el ombligo, en cambio si la paciente se opera una cesárea, y se hace la esterilización al mismo momento de la cesárea, es un solo pabellón, entonces obviamente por lucas, a la gente le conviene operarse para esterilizarse. Eso ha aumentado mucho nuestra tasa de cesáreas.

4. Con respecto a cómo son las prácticas clínicas, ¿Los turnos, son supervisados por algún docente o tutor clínico que evalúe la aplicación de sus conocimientos?

Siempre, siempre. O sea yo siempre atiendo los partos yo, pero tengo un docente siempre al lado, en

todos los partos.

Y ese docente esta todo el día con ustedes?

Lo que pasa es que acá hay un médico de turno 24 horas, con un residente que en este caso soy yo, pero los trabajos de parto pueden ser privados de los otros doctores que atienden en el hospital. Por ejemplo si tengo un trabajo de parto del Dr. X y lo llamo 'Dr., su paciente está completa, venga', el doctor viene a atender el parto, y yo estoy ahí, atendiendo el parto y el doctor está al lado. O sea puede ser cualquier tipo de docente, tanto el del turno como el tratante de la paciente. Pero siempre hay alguien, nunca atiendo el parto sola.

Y por ejemplo como hoy, viene a hacer visitas todos los días en las mañanas y un turno a la semana?

Todos los días, tenemos un horario nosotros de 8 a 5 (17). Estamos todos los días de 8 a 5 (17) acá en el hospital, eh y eso es visita, según la pasada, ponle tu ecografía o policlínica, o sea es súper relativo, dependiendo en lo que está cada uno. Otra cosa que es importante, que nosotros seguimos a nuestras púerperas, yo si atiendo un parto, veo a la púerpera todos los días y la doy de alta. Eso no ocurre en los otros hospitales. En los otros hospitales hay un doctor de puerperio que ve a todas las púerperas. Acá no, yo soy responsable de la paciente que yo operé, y del parto que yo atendí, entonces yo la veo todos los días y la doy de alta. Si el alta es un sábado, vengo el sábado y la doy de alta, hay mucho compromiso con la paciente, y ella te reconoce a ti como 'oh, tu me atendiste el parto'. Es como, hay harta como relación de eso. En el control posterior a la semana lo hace su tratante, eso si lo hace su tratante.

Y estas pasadas que tienen ustedes ahora de 8 a 5 (17) y una vez a la semana en turno, también es con algún docente, con algún tutor?

Si, habitualmente tu haces policlínico... por ejemplo yo estoy actualmente pasando por mamas, yo tengo asignado mi horario de mamas, 'ya policlínico con tal doctor tal día' 'con tal doctor tal día' o 'cirugía con tal doctor tal día' es súper estructurado.

Y el día que vienen de 8 a 5 (17) si hay cesáreas programadas y están pasando por parto, atienden las cesáreas programadas también?

Las cesáreas programadas... a ver, hasta las 5 de la tarde, tenemos aparte del turno de residencia, donde vemos la urgencia y todo, tenemos turno de pabellón, entonces las cesáreas electivas las opera ese becado que esta de turno en pabellón, y las cesáreas de urgencia las atiende el becado del turno. Después de las 5 de la tarde y hasta las 8 de la mañana del día siguiente, las opera todas el becado de turno. Como a veces es uno solo, y hay dos cosas paralelas, obvio que el becado no va a atender el parto y va a entrar a la cesárea, son cosas como, así furtivas que de repente uno no puede estar en los dos lugares.

5. De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender? ¿Por qué?

Eeemmm, yo creo que al parto vaginal me siento super prepara', super prepara porque he atendido hartos partos, me han tocado cosas complejas, y he aprendido a manejarlas. Y la cesárea también, la cesárea tampoco es tan fácil, o sea igual tiene sus complicaciones, obviamente no es operar y chao, hay complicaciones también. Pero yo creo que en los dos tipos de parto me siento preparada. Con el fórceps me siento menos, me siento mucho más débil, porque hacemos menos, pero con los demás, de los dos me siento segura.

Y con respecto a la preferencia?

O sea el parto es más agradable. Atender un parto es mucho mejor que operar una cesárea. Pero si me preguntas a mi que quiero yo, yo no quiero un parto! (risas). Pero no, yo prefiero atender un parto vaginal, lejos! Si.

6. ¿Cuál es su opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Yo pienso que hay muchas cesáreas que se operan sin causa aparente, y eso yo creo que es la principal causa de porque tenemos tanta tasa de cesárea tan alta. Hay muchas cesáreas que 'no, que la guagüita viene un poquito grande', y... 3 kilos y medio. Y eso es como yo creo que es principal, la comodidad de los médicos. Los médicos son súper cómodos, o sea obviamente, si estay en tu casa y a las 3 de la mañana te llaman 'tiene que ir a un parto', que lata! mejor, porque no la opere en el día?. Entonces ahí, obviamente hay mucho médico que son más cómodos, y que prefieren operar a las pacientes, obviamente por la comodidad de ellos. Y convencen a la paciente con cualquier cosa, y como la paciente no sabe, se la cree. Entonces eso yo creo que es una de las principales causas de porque tenemos tanta tasa de cesárea. Y acá igual tenemos alta tasa de cesárea, como casi un 50%, más incluso, 60%, es alta. Y es mucho, mucha cesárea! Por ejemplo ayer hubo 7 cesáreas, y un parto, y antes de ayer hubo un parto y 8 cesáreas, entonces es muy muy alta. Y a veces hay días que tenemos 7 partos, y una cesárea, entonces es súper relativo. Nuestro parto igual es chico, entonces no podemos tener tampoco tantos trabajos de parto, entonces ahí nos vamos limitando. Nosotros tenemos 10 camas

Y tienen algún requisito? por ejemplo, antes de poder operar que hayan atendido cierta cantidad de parto vaginal?

Mira, en cesáreas si. Habitualmente uno parte ayudando, pa que en el fondo, uno sabe más o menos como es y todo. En los partos no, en los partos habitualmente uno se lanza con el docente al lado, que te dice 'ya has tal cosa', 'protege el periné', 'le haces o no le haces episio', o sea eso en el fondo lo vas aprendiendo en el momento más actual. Pero las cesáreas generalmente uno empieza a ayudar, y como a los 3 meses tu recién operas tu primera cesárea.

Ya, pero tienen que tener un número de partos antes de operar una cesárea?

No, no es necesario. No nos fiscalizan tan estrictamente eso.

Y cuando egresan de la beca, tienen que tener sí un mínimo?

Mira, no esta establecido. Nos piden si una bitácora de cuanto atendió cada uno, pero no esta establecido, eehh, como qué número debería ser con el cual tú deberías salir operando, o atendiendo, no esta establecido. Eso es algo que el departamento actualmente lo esta tratando de ver cuántas cirugías tenemos que hacer, cuantas histerectomías, pero como te digo, no esta establecido.

7.- Antes de terminar la entrevista, ¿Quisiera agregar algún comentario?

No, yo creo que eso principalmente poh, que cual es la diferencia entre nosotros, es que nosotros atendemos los partos desde el principio de la beca, con la ayuda de los docentes de acá, y esa diferencia se da por el tipo de hospital que es, no es más que eso. Y eso, que encuentro súper interesante su tema, y espero poder revisarlo cuando ya lo tengan publicado.

Con respecto a eso, en primer año ustedes ya empiezan a atender partos y en primer año ya están entrando a cesáreas también?

Lo que pasa es que somos tan poquitos becados, somos en total este año 8. Para 6 turnos. Entonces hay sólo dos turnos que tienen 2 becados. Y hay una becada de primero que hace turnos sola, o sea ella entro a primero, primer día de beca y le tocó hacer turnos sola con un residente, y eso fue súper duro, porque obviamente como becada de primero tu no cachai nada! totalmente perdida, nada! Entonces ella tuvo que enfrentarse a todas esas cosas solas, y sin ayuda, atender los partos con el docente desde cero, y ayudar en las cesáreas desde cero. Entonces uno al principio parte así, uno entra a turno y los partos de primero, tienes todos los partos. Y si estas en un turno, con un becado de primero, el becado de primero tiene preferencia en la atención de partos porque tu has atendido más partos que él. ahora, si son partos difíciles, que tu crees que va a ser fórceps, que la cosa no va bien, entra el becado grande. En el caso mío yo estoy sola, entonces atiendo todo, no ando pensando en cual le corresponde a cual. Y las cesáreas, como te digo, al principio tu ayudas, y acá siempre operamos con docente, no operamos entre

becados. Acá operamos siempre con el docente, que puede ser el doctor del turno o el tratante de la paciente, y tu partes ayudando, y después, pucha, entre 3-4 meses cuando tu estas como más suelto, recién ahí operas tu primera cesárea.

Y los internos? por ejemplo hay otras universidades que el interno participa con el becado, en algún momento el becado también le puede enseñar al interno.

Si, en este caso en algunos turnos, yo que soy un poco más grande, mi docente no se lava conmigo en el parto, se queda mirando afuera, y se lava conmigo el interno. Y yo le enseño al interno a atender el parto, eso se da. Y en las cesáreas, cuando de repente yo estoy en el parto, y pasa una cesárea urgente al lado, y no puedo entrar yo a la cesárea, entra el interno a ayudar. Generalmente si es interno a ayudar, o sea, si es electiva, de repente hay algunos docentes que los dejan operar, pero eso es raro! acá es muy raro! yo creo que 3 internos al año han operado una cesárea, super raro! y con un docente, uno específicamente, que es como más “buena onda”, pero no es algo que sea objetivo pa nosotros que el interno atienda, ósea que el interno opere una cesárea, pero si que atienda partos. Por lo menos eso depende del becado que este con el interno. Por ejemplo yo que soy grande, me da lo mismo enseñarle a atender un parto a un interno, pero cuando son becadas de primero, ellas quieren atender todos los partos, entonces ellas no le van a enseñar al interno porque el parto es de ellas. Digo ellas porque son puras mujeres. En el fondo eso depende del becado, y también del residente que te lo permite.

En cuanto a la formación más teórica que tienen, como es, van a clases?

Si. La Universidad, con sus 5 sedes tiene con la escuela de postgrado, clases los 3 años de beca. El primer año, son clases de ginecología y obstetricia general, tocamos por ejemplo, vemos cosas básicas, como por ejemplo ya, mecanismos del parto, síndrome hipertensivo del embarazo, parto prematuro, que son cosas súper básicas. En ginecología también, cosas super básicas, como proceso inflamatorio pelviano, embarazo ectópico, cosas así. En segundo año tenemos el módulo de medicina materno-fetal, donde también participa ahí la Universidad Católica, y creo que la Universidad del Desarrollo, y la Universidad de Valparaiso, que vienen a clases acá, como invitados también. Tenemos el módulo de medicina materno-fetal, hacemos el módulo de medicina reproductiva, y de ecografía ginecológica. Y al año siguiente, en tercero, hacemos el módulo de oncología, de piso pélvico, de laparoscopia, y de ginecología infanto-juvenil. Esos son como los módulos que están establecidos a lo largo de la beca. Y que participan todas las sedes de la Chile, y hay algunas sedes invitadas.

Y tienen como clases, o talleres, o los invitan a seminarios de, no sé, parto en movimiento, parto natural, alguna formación en parto vertical, o sólo el parto en litotomía?

No, eso no tenemos. Acá se atiende solamente en posición delitotomíaa, y tampoco hemos ido, no hemos sido invitados a participar de esta otra experiencia.

Y a título personal, le gustaría participar de eso?

Si, sería súper interesante. Si, me gustaría.

Eso es bueno, que haya voluntad.

Sii, absolutamente! yo creo que uno no tiene que cegarse de que lo que sabe uno es lo más correcto, lo mejor. Yo creo que, pucha siempre hay otras técnicas, que de repente a uno le pueden acomodar más, o a la paciente le pueden acomodar más, entonces yo creo que es una cuestión súper dinámica.

Entonces como le decía la entrevista es principalmente eso de ver como a ustedes los becados de gineco-obstetricia los están formando en cuanto a la atención de los partos fisiológicos. Y nosotras nos interesa este tema, para ver si tiene que ver algo con el aumento de la tasa de cesárea en Chile también.

1.- Entonces con respecto a la formación de ustedes como becados, ¿Cuáles son los principales contenidos que les pasan con relación a la obstetricia principalmente, entiendo que también tienen ginecología?

Es que en general claro, es como todo, nos hacen una formación bien buena en lo que es perinato, que es lo que... imagínate todos los becados hacemos el curso en conjunto de hecho que es en segundo, que es un curso que se hace con todas las sedes más otras universidades que se incluyen , y ahí entonces como que se hacen ee una nivelación de todos los contenidos, de todo lo que uno tiene que saber de perinato, no se po principalmente de parto prematuro, de todo lo que uno tiene que saber de parto prematuro, restricción del crecimiento, ee síndrome hipertensivo, diabetes, que es como lo que más así le dan en la actualización, pero en general así, yo diría que todo los temas de perinato son los que vemos, no se no sabría decirte cual es el que más vemos, pero en general lo que más yo diría en restricción el parto prematuro RPM (rotura prematura de membranas), síndrome hipertensivo, diabetes gestacional, o sea que son las patologías más prevalentes

O sea principalmente la formación es más patología lo más fisiológico lo traen..

Si o sea lo fisiológico lo vemos en primer año y pero muy poco, eso ya deberíamos traerlo de antes, del internado, claro no es como algo que te vayan a enseñar lo fisiológico, ahora si te enseñan todas las maniobras, y todas las cosas, pero en un muy poco periodo a diferencia de lo patológico.

Ya.. Y en cuanto a los turnos por ejemplo, empiezan desde el inicio

Claro nosotros estamos desde primero con turnos y son cada 6 meses cambian, entonces cada 6 meses tenemos un nuevo jefe de turno, que son los 2 residentes, en general, claro entonces ahí uno va evolucionando porque primero, no sé uno es el becado de primero cachay y no son muchas las cosas que uno hace, ya en segundo uno va ayudando mas y ya es como más grande, y ya en tercero las cosas más complicadas entre comillas ya entrai y los más chicos hacen las cosas como mas fisiológicas, en general siempre con dos tutores.

Ya entonces y hacen turnos y además hacen la pasada a la que vienen todos los días?

Exacto, entonces no se po, nos acoplamos al turno más menos 1:00, 12:30 -1:00 dependiendo más menos a qué hora termina tu pasada, digamos que si no se es una pasada que es muuuuy importante que digamos por ejemplo estay en pabellón no vay a bajar a las 12:30 vay a bajar cuando termine el pabellón, en general las otras pasadas que son más en poli, cosas así, a las 12:30-1:00 te acoplai al turno, y ya después hasta el otro dia hasta las 8:00 y ya a las 8:00 empezai tu pasada normal, habituales.

2.- ¿Cuáles crees son las fortalezas y las debilidades de la formación recibida? ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

Yo creo que en este hospital, la principal fortaleza es que uno hace mucho en la parte práctica, uno opera hartito, tiene mucha relación con los pacientes, y hay poli todo eso, entonces uno puede tener un seguimiento también de las pacientes en algunas rotaciones uno opera, después ve cómo es las primeras semanas, después al mes a los 2 meses, porque son rotaciones largas como de 3 meses generalmente en algunas, ya y eso yo diría que es la principal fortaleza es la práctica en este hospital, lo que yo diría que no esta tan, lo que le falta es la teoría, porque si bien no se po tenemos buenos docentes, no es el fuerte de acá, no es como en el Jota (HCUCh), en el Jota lo más fuerte es la teoría, que cuando yo estado no se po les pasan preguntando, tienen hasta el último paper de los paper, del último hasta hoy día que a veces les preguntan, acá no, acá no es tanto eso, acá es más la práctica, y

eso es lo que yo creo que falta, o sea allá lo importante igual es la práctica, o sea lo malo es que allá no hacen mucho porque no hay pacientes, en cambio acá nosotros tenemos no se po de 20 cesáreas al día, 20 partos al día perdón, con 5 cesáreas al día, en cambio allá son como 5 partos al día, entonces yo creo que esa es la principal diferencia y fortaleza que tenemos nosotros, por eso se vienen a hacer muchas rotaciones acá, por ejemplo la de parto, la de alto riesgo todas esas la hacen acá. Pero yo creo que lo que nos falta es alguien que esté ahí mas encima y alguien que este actualizándonos más de cada tema, que este ahí porque si bien nosotros tenemos nuestra pasada de clases no es suficiente po, que todos los días te estén actualizando te estén preguntando, que te obliguen entre comillas que tu tengas que estar estudiando constantemente, yo diría que eso falta y alguien más que este ahí, ahí encima, por ejemplo en alto riesgo, en sala los médicos están alas las 1:00, 11- 10 de la mañana, entonces derepente hay muchas decisiones que hay que tomar y no hay nadie que esté ahí, o sea queda como el turno a cargo, y eso igual no debería ser porque el turno esta para las urgencias, para las cosas que están pasando ahora.

3.- ¿Cómo ha sido la experiencia suya en cuanto a la atención de partos, en general, o sea incluyendo todo tipo de partos?

Yo he tenido buena experiencia en general no he tenido ningún problema, me gusta operar, trato lo mas que pueda, si puedo atender un parto que sea, que venga un poco más complicado, bueno al comienzo obviamente lo fisiológico y después siempre y cuando venga con algún problema nosotros lo atendemos y cuando uno es como un desafío obviamente, porque no es fácil y las cesáreas obviamente uno trata de entrar a todas la cesáreas que pueda, ahora ya menos obviamente porque se los tengo que dejar un poco a mi becado más chico, pero en general o sea no he tenido ningún problema, con el paciente no he tenido ningún problema.

Por ejemplo ustedes, por lo que nos contaban otros becados, la mayoría va pasando como etapas, primero atienden partos y cuando ya han atendido una cierta cantidad de partos pasan a atender cesáreas, y esta también es paulatina o sea primero ayudan y ya después empiezan a atenderlas...

Si! O sea acá, no es que te pidan un número, no te dicen después de los 15 partos que atiendas ahí recién vas a poder pasar a atender una cesáreas NO!, o sea tú al comienzo obviamente como estas recién entrando lo que principalmente vas a hacer es atender partos, en las cesáreas vas a ayudar solamente, pero ya después, por ejemplo pasado los 6 meses de primero, ya podrías tener la posibilidad de operar una cesárea con ayuda de tu residente obviamente y así vas avanzando hasta que en segundo ya empezai a operar con el becado, con tu otro compañero y por ejemplo ya en tercero ya operai con el interno. Y con los partos es lo mismo, o sea al principio atendemos puros partos porque no hay muchas cesáreas que podamos operar porque obviamente que nuestro enfoque hay son los partos, y después cuando vamos como en segundo tercero ya los partos son los complicados, en general aquí yo creo que tampoco son tantos los partos que atendemos, tanto como por ejemplo en el Jota, yo comparo con el Jota porque somos más distintos, porque acá hay muchos también ee.. las matronas están las estudiantes, así igual que ustedes las internas entonces como que ellas en general atienden esos partos y si no lo atiende el interno, trata de atenderlo el interno de medicina y ahí después , claro y ahí nosotros los becados cuando queremos atender un parto ahí lo atendemos, pero en general lo fisiológico ya es al comienzo ya después en general atendí lo que venga con algún problema.

¿Y los Forcep también los atienden?

A los forcep si, los forcep en primero no, no haci forcep en primero, en segundo empezai hacer forcep pero siempre obviamente, siempre, siempre todos los forcep acá se hacen vigilados por un, como autorizado por un residente, y ya en tercero como que ya lo podi hacer solo pero con el residente mirando, pero en segundo es como que casi las dos manos, como que las cuatro manos, las cuatro manos haciendo todo, pero en tercero ya es como que lo estay haciendo solo.

4.- y con respecto a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender?

¿Cómo?

Entiendo que es difícil la pregunta,

Si!! Jajaja En qué sentido así como.... Para un parto o una...

Mayor preparación, para que te sientes más preparada, para un parto, cesárea, partos instrumental...

mmmm... o sea que yo creo que la.. o sea la cesárea es algo que ya lo tenemos como bien... siempre en general es muy parecida en todas las partes son muy parecidas, a menos que se te complique me entendí?, pero en general yo diría que la cesárea es como mas... que tu sabes que va a salir entre comillas como bien, me entiendes? .. Como que tu ya.. sabi que siguiendo los pasos va a andar todo bien, los partos a veces no son tan así, los partos van todo súper súper bien y derrepente no se po distocia o que se yo y la paciente latidos bajos y ahí empesai ya a ser un poco más desesperante, porque los forcep no siempre sale bien entonces yo diría que el parto cuando algo viene mal, o sea es algo patológico de rrepente es un poco más útil resolverlo por una cesárea si es algo patológico... O sea yo hoy en día, si tú me preguntai a mi hoy que tengo poca experiencia o sea que todavía no salgo y no tengo la experiencia así como suficiente en un forcep por ejemplo, mm... o sea yo prefiero mil veces si viene algo mal hacerlo operar una cesárea a tratar de sacarlo con un forcep, o sea una paciente que viene con latidos bajos yo no la voy a pensar o sea la voy a pasar al tiro a parto, o sea a cesárea, porque, yo lo digo porque el mejor forcep es el que no se hace y el que se hace y con experiencia, entonces yo no me voy a arriesgar si no tengo a alguien me entendí? Si estoy atendiendo sola. Eso haría yo en estos momentos. Pero en un futuro si yo ya le agarro mas la... cuando tenga más experiencia, probablemente voy a preferir un forcep o un parto, tratar de sacarlo siempre por parto me entendí?

5.- Respecto a su opinión personal del panorama actual en que se encuentra Chile en relación a la cesárea me puedes contar un poco su opinión

Creo que las cesáreas hay que hacerlas, cuando hay que hacerlas! Cuando tienen indicación ya?, o sea una cesárea programada electiva porque yo quiero porque no me gusta porque no quiero pujar, no me parece, ahora sí... eso pasa probablemente ahora porque la paciente tiene mucho poder, a diferencia de antes que era como "no yo voy a aceptar lo que me diga mi médico" ahora no po ahora es como que ellos deciden entonces al final, pero yo no estoy de acuerdo, yo creo que la cesárea tienen que ser cuando yo ya no tengo otra opción, o sea o se me va a morir la guagua o la saco, entonces yo creo yo por lo menos lo haría cuando ya tenga la indicación ya absoluta, o sea por lo menos acá en el hospital la prioridad no va a ser la cesárea, o sea a diferencia de una clínica, en una clínica siempre al menor problema que haya ya cesárea, acá no, acá se aguanta, se aguanta, se aguanta hasta que no hay caso.. cesárea.

Acá en este hospital tienen algún tipo de visualización o de entrega de turno donde tengan que justificar las el porqué de la cesárea que se realizó?

Sí! Acá igual tienes que justificar cada cesárea, al jefe de servicio, siempre teni que no se po justificar, las dilatación estacionaria todas esas cosas siempre es como bueno pero.... dilatación estacionaria po! o sea no hay otra opción, la guagua no estaba mal en ese momento pero no podi si hay una dilatación estacionaria, pasaron las horas correspondientes nada que hacer po, pero todo lo teni que justificar en la entrega de turno que se hace todos los días.

6.- Antes de terminar la entrevista, ¿Le gustaría agregar algún comentario?

No, bueno es que en verdad yo no sabía muy bien no había entendido muy bien de que se trataba esto, y me parece súper bien que comparen las distintas como visiones y experiencias que hay en distintos hospitales porque creo que es totalmente distinto en todos lados, o sea la formación y la forma de ver o sea lo que tú me estabas diciendo el tema de los partos las cesáreas. Y me parece súper bien, que les vaya súper bien y espero después leer esto, para ver los resultados.

Anexo N°7

Egresado 1

Entonces, Más o menos eso es lo que nosotras vamos hacer, la idea es... La idea de nosotras partió por investigarlos como la influencia que tiene la atención médica en cuanto a la tasa de cesáreas, de ahí parte como la pregunta de nosotras y a raíz de eso parte la tesis.

Como que fuera una...hem... ¿una menor seguridad para atender parto y eso termina en cesárea? ¿Eso?

O que a lo mejor sea mejor preparación para la cesárea y que para el parto, en lo que se sienta más cómoda en el fondo... Eso es lo que nosotras estamos intentando buscar...

Súper, me parece.

1.- ¿Cuáles fueron los principales contenidos vistos durante tu formación como becado?

Eem, y ¿eso relacionado en particular a la atención de parto?

Al área de Obstetricia más que nada.

Ya, eeh, está lo que es, obviamente, es todo un capítulo lo que es la medicina materno-fetal, que es la parte médica del embarazo y todo lo que se relaciona con la mamá y la guagua, hem, de obstetricia, yo creo que esa es la única área de obstetricia que tiene un capítulo y el otro todo lo que es la obstetricia de como.. eeh... la obstetricia práctica.. la obstetricia más matronil por decirte, son los turnos, entonces, nosotros, básicamente, tenemos una evaluación por nuestro desempeño por los turnos, pero la parte de por ejemplo los mecanismos de parto, la atención del parto, la hacemos en la carrera de medicina antes de la beca, entonces como que entrecomillas se asume pasado eso, entonces cuando uno entra a la beca tiene que ir viéndolo, entonces no se acepta que un becado en el primer mes de la beca no se sepa los mecanismos del parto, puede que no tenga las habilidades inmediatas de atender el parto, pero si... o sea si la persona que está atendiendo el parto le hace preguntas con respecto a los mecanismos y eeh.. la parte teórica, es inaceptable, así que va por ahí un poco la cosa. Y eso es lo que es obstetricia, porque lo otro yo creo que es ginecología más que nada, la parte de medicina materno-fetal es bien fuerte para nosotros, entonces, en eso termina siendo más la beca.

¿Y la parte medicina materno-fetal incluye lo que son los embarazos patológicos entonces?

Claro, y la medicina fetal... una cosa es, obviamente, la patología materna y la patología fetal, en todo lo que es, todo lo que es prevención y tratamiento de..., y ah! Obviamente la gran formación que tenemos en ultrasonido.

2.- ¿Cuáles crees son las fortalezas y las debilidades de la formación recibida? ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

Eh... yo estoy, bueno yo me titulé ahora en julio, hace 6 meses, eh.. y la verdad es que yo estoy bien contento con la formación que tuvimos, hem.. en general nosotros en Jota tenemos el principal problema...eh... de qué, de que como es un hospital privado, la cantidad de paciente que tenemos, está directamente relacionada con la gestión de la parte de conseguir médicos y conseguir paciente, o sea nosotros las pacientes que vienen tienen médicos tratante finalmente, entonces si no hay médicos contratados o hay poca actividad asistencial en el hospital, eeh.. Evidentemente, que los becados dependiendo si somos muchos o pocos, vamos a tener más o menos pacientes. Por suerte mientras yo estuve en la beca, hubo un cambio de dirección en la beca, cuando asumió el Dr. Salinas se disparó todo para arriba, todo lo que es obstetricia y ginecología, así que eso fue positivo para nosotros, incluso se pasó para el otro lado al final, porque se habían escogido pocos becados al principio, entonces nos empezamos a llenar de pacientes... pero por lo mismo uno queda contento, porque termina aprendiendo, al final una cosa por otra, al final de eso se trata, obstetricia es una especialidad de que hay que estar presente en el momento que ocurren las cosas, no sé si me fui para otro lado en la pregunta... eh.. Fortaleza y debilidad de la formación... eeh.. uh.. qué difícil... mira en particular, te voy hablar de mi

sede, porque no sé otra, yo sé que en otros hospitales, hay, y obviamente así tiene que ser, hay una orientación muy fuerte a que... a que las alumnas de obstetricia aprendan, y obvio que tiene que existir alumnas de obstetricia e internas en el mundo porque tienen que haber matronas, eso es lógico, así que eso, eso es lo que muchas veces piensan que acá no hacemos mucho, pero todo lo contrario, por lo mismo, porque tenemos que pelear contra las alumnas de obstetricia por los pocos partos que puedan haber en el turno, ehh.. la tradición, en este hospital, en nuestra maternidad, es que todos los partos que llegan, si bien tienen médico tratante o si no tienen porque lo atiende el jefe de turno está presente, lo atiende el becado o tiene que haber un becado presente ayudando, al menos, así que pase lo que pase en la noche... Así como... yo hice una pasada corta por el San Borja, donde los becados... hay partos que salen que salen que salen, y son muchos, entonces nadie se tiene que levantar, pero aquí pueden haber 2 partos en la noche, y la noche está perdía... pero estuviste en los partos. Entonces, lo que es atención de parto, ehh... aquí en particular, con primero año de la beca, ya estoy experto, y segundo mucho más, y ahí... más que la formación en sí, más que sea un programa de.. Que esté todo escrito, estipulado, es una cosa de tradición, de cuáles son las habilidades que debería tener un becado en su turnos, digamos, según si es de primer año, segundo año, tercer año y dependiendo lo que llega, es si el becado de primer, de segundo y de tercero, si es que el turno tiene esos 3 becados, le corresponde que cosas... Por ejemplo: el parto normal de múltipara automáticamente el becado de primero, de primigesta también, se considera los fórceps de segundo a tercero, obviamente el de primero va a estar mirando, entonces ese orden tradicional debe ser súper antiguo, porque siempre lo vi, desde que era interno, el que te da ese orden de las habilidades, te va ascendiendo a las cosas más complejas, yo creo que esa es la parte positiva de la beca en la parte práctica, porque en la parte teórica de la beca, un 7, nada que decir. Eso.

¿Y en cuanto a las debilidades?

Aquí la principal debilidad como te digo, voy hacer la comparación con el san borja, allá tú voy y siempre voy a tener lleno de pacientes, o sea partos van haber siempre, es una cuestión permanente, pase lo que pase en la dirección, pero siempre.. En nuestra maternidad, y en este hospital, están los problemas de plata, que la maternidad la van a cerrar, y después no, y que este año van a entrar 80 becados y que el otro año van a entrar 2 becados, hem, a mí me tocó muy bien, a mí me tocó una muy buena experiencia, si bien en tercero fui becado único, tuve que cumplir, como éramos pocos, tuve que cumplir el rol de becado de primero y tercero y de residente casi, porque mi jefe que yo lo quiero mucho, con tu triple by pass, yo la hacía toda nomás y esa la idea, el turno del becado de tercero que haga todo nomás, sólo avisar cuando esté quedando la escoba, eh.. Bueno esa es la debilidad principal, nuestra maternidad, nuestro hospital está muy relacionado con la parte de quien manda, quien está dirigiendo las platas, eh.. Cuánto becados van a entrar. Eso.

3.- Ya ahora si nos puedes contar un poquito lo que ha sido tu experiencia de ser becado en cuanto a la atención de partos en la beca y ahora que ya eres médico ginecólogo.

¿Como una comparación dices tú?

Si.

Es bien completo, si bien, puedes estar de turno ese día, o no de turno, si estas sin nada que hacer y resulta que hay un parto y tú estás caminando por ahí, alguien va a decir, ¿oye hay algún becado por ahí que me ayude atender el parto? Los mismos médicos tratante les interesa que haya becado, porque el becado después le ve la paciente como puérpera después, entonces hay como una relación ahí de simbiosis, porque al becado le interesa entender y al profe le interesa que le vea la paciente, pero siempre aparece algo y uno está ahí y como te digo, a la mitad de la beca de primero, uno ya está súper seguro y con toda las habilidades, siempre va a ser complicado el tema del fórceps, porque tiene una parte teórica que al principio cuesta entenderlo bien, al final uno empieza a ... cuando empiezan los exámenes finales, uno se mete, se hunde en el libro para entenderlo, hace dibujos.. para no equivocarme en el fondo. Y todo está relacionado con qué te toque, o sea el fórceps es un procedimiento que no es llegar y hacerlo no más, no es como que los becados está aprendiendo entonces hagámosle fórceps a todas las paciente, porque tiene sus daños, entonces la indicación tiene que estar muy bien hecha, entonces, cuando uno está haciendo un fórceps, muchas veces te lo quitan, porque están todos

nerviosos, es una situación de mucha tensión entonces uno cuenta con los dedos los fórceps que hace en la beca, lo cual es bueno para la paciente y malo para nosotros. Y me ha tocado, especialmente ahora que están conversando. Por eso yo me reía, que los dos fórceps que me han tocado después de becado, me han tocado con ella, en un turno que hice de reemplazo, jajaja, y yo me siento cómodo, yo hago turno en san Felipe, y si me llaman que hay un expulsivo detenido y no hay pujo, etc, yo me siento preparado para aplicar un fórceps sin problema, aunque no haya hecho mucho, a pesar de que no hice muchos, quizás me hubiese gustado hacer más, como los grandes profes que dicen: yo hice 10.000 fórceps... jajaj, pero...yo creo que era otra época, que la tasa de natalidad y la cantidad de parto que habían y la necesidad de fórceps era otra, y ahora todo lo que uno haga está súper expuesto a demandas y cosas, entonces también uno está mucho más asustado que antes, como digo cuando salgo de un procedimiento, se salvó la paciente y se salvó uno también, por eso uno tampoco hace tanto, pero resulta.

4.- ¿Cuál es la modalidad que tienen la prácticas clínicas, en cuanto a los turnos, son supervisados... por docente, tutor, que evalué conocimientos...?

Eso depende de cada, de cada jefe de turno, habitualmente uno se queda.. Los que coordinan los turnos en las residencias tratan que los becados se queden con un jefe, no siempre es posible, pero al menos uno pasa un año con ellos, depende de cada uno al final, el Dr. Parra que le gusta ir controlando, leer un paper y que lo presente a las 11 de la noche y que le gusta al final que hagamos una evaluación... y que se yo, a mi no me tocó eso, bueno hice un turno con el Dr. Parra pero no alcancé a que me ponga nota, y otros profes que simplemente con la convivencia, y por verte que atendí bien el poli y que cuando presentai paciente hiciste una conducta adecuada, te agarra confianza y te ve cómo eres en procedimientos, eeh, te ponen una nota al final, y si todo anduvo bien, no tiene problema con que sea un 7. Y ...eh.. más que nada, lo complicado del turno al final, más que el poli que se saca rápido, son los procedimientos, desde parto, fórceps, cesárea y cualquier otra cirugía que toque ginecológica o embarazo ectópico, eso en el minuto se pasa como lo antiguo, es el jefe que siempre está presente, te traspasa los conocimientos y que uno siempre los trata de aplicar. Así que ese es el mecanismo.

5.- De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender y ¿Por qué?

¿Cómo qué tipo de parto?

Cesárea, fórceps, parto vaginal...

Cesárea entonces, es remover quirúrgicamente a una guagua... jajaja como sacar un tumor...eh.. Disculpa, entonces la pregunta es...

De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender y ¿Por qué?

Yo creo que...bueno puede ser mi opinión, pero... en la cesárea, si bien tiene sus cosas, sus riesgos quirúrgicos, es una cirugía abierta, siempre va a ser más controlada que el parto, no sé si es opinión mía o general, pero encuentro que está todo, a menos que no sea de ultra urgencia, que hacer todo rápido, que hay desprendimiento, qué se yo, eh... cuando uno hace una cesárea electiva, están todos los parámetros controlados, tanto el anestesista pendiente, está uno haciendo las cosas súper bien, entonces, no hay tensión, no hay nada, entonces desde ese punto de vista, más que mis habilidades o si que yo me siento muy seguro en algo o en otra cosa, yo pienso que es así, independiente que yo diga que me gusta más el parto o la cesárea, que al final, termina siendo una cosa ya casi filosófica a estas alturas, eh... pero si cuando hay un parto, y uno está con el monitoreo ahí como que no baja, entonces, siempre es un tema de tensión, de uno está preocupado de qué va a pasar, y ¿qué hago? Opero o no opero, y si es que uno dice opero, dice que lata por la paciente, porque en una cesárea eso significa cesáreas para delante a veces, pero como que uno se siente... eh.. Más liviano, ahora lo puedo controlar yo, ahora yo tengo el control de todo, no sé trata de que la guagua... el parto requiere que esté la pelvis, que esté el feto, que baje correctamente, que se encaje, depende de factores que no son de uno. Es por

eso, no por mis preferencias o habilidades, en eso me siento más seguro.

6.- ¿Cuál es su opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Una pregunta amplísima en el fondo... déjame pensar mi respuesta... silencio... es que un poco volvemos a lo anterior, vivimos en otra época, no es lo mismo que hace 20 años, 40 años, la gente está teniendo menos embarazos, la gente espera mucho mayor, por decir, perfección de su embarazo y no está dispuesta a ningún evento adverso, nadie, antes, o sea las mujeres siempre se han juntado a conversar sus casos obstétricos, después de los 25-30 años, antes me imagino, era habitual cosa habitual..."mira a mi me pasó esto... me pasó esto, pucha tuve.. Qué se yo", y no era culpa del médico... hoy es cosa del médico, está todo expuesto a demanda, y por eso que los pacientes están... es por eso que en la beca te enseñan mucho a... o sea parte importante de la beca que te enseñan los profe, aparte de lo teórico y práctico, es como cuidarte de estas situaciones, mira te dicen, oye toma la ficha, mejor dile esto a la paciente, en el fondo es una relación que muy fácilmente se puede hacer tensa con una embarazada, que son... mucho más, están siempre mucho más preocupadas, no es lo mismo que un paciente de 80 años con cáncer, "mira su papá, vamos a entrar a la cirugía, pero no sabemos cómo nos va a ir" "no se preocupe doctor". Entonces más que yo decir, que si yo critico o no critico el panorama actual, es que es el resultado de cómo se dan las cosas, es el resultado de la misma relación de lo que esperan los pacientes y de lo que los médicos están dispuestos a exponerse o a ponerse en peligro... muchas veces uno escucha de sus colegas "mira, hagamos esto" "no, no me atrevo, hagamos esto mejor", Más de lo que uno tenga que cambiar, es el resultado de cómo han cambiado las cosas... yo, como te decía, estoy haciendo turnos en san Felipe, cuando llegué allá, que allá todos los partos los atienden las matronas, los colegas me dijeron: "no mira aquí todas las matronas son súper buenas, de hecho lo son, sacan la mayoría de los partos súper bien" pero te dicen: "mira acá no te compliqué, cualquier cosa que tengas duda, que vayan viendo mal, o sea, mejor una cesárea que un fórceps o parto". Y obviamente, mejor una cesárea hecha demás, que un niño de la teletón. Eso, yo no sé si hay una manera de cambiarlo. No sé si... tendría que cambiar como el... el pensamiento de la gente, eso. Otros tiempos.

7.- Antes de terminar la entrevista, ¿Quisiera agregar algún comentario?

Me voy deprimido, jajaja, no sé me ocurre nada, ha sido muy enriquecedor.

Y con respecto a la pregunta anterior entonces, claro Chile estaría tendiendo esta tasa que se refería a como una alta tasas, por un poco temor a la demanda de los médicos y un poco a esta negación de la sociedad que nada pueda salir mal, el médico prefiere no arriesgarse?

Claro, porque los que salen mal son los partos, jajaja, hay que decirlo, yo creo que... no tengo estadísticas a manos, en general eso es lo que uno le tiene miedo, ehh ... y hay una cultura de las mismas pacientes, es por eso porque yo creo que es pendular, las paciente como de nivel socio... o mejor... educacional, no sé si socio-económico, más bajo, tienden a pensar de que la cesárea siempre es una mejor opción, claro la hace el médico y es mucho más elaborado todo y entran a un pabellón y está todo... y quizás tengan razón a veces... pero también está eso, que los pacientes muchas veces te esperan.. "ay ya doctor no quiero más, por favor opéreme, me cansé". No están dispuestas, se les olvida que el proceso de parto y embarazo es doloroso, es largo, no es agradable, dicen que el embarazo es una bendición de dios, pero a las 15 semanas ya están con dolores... y llegan a la urgencia, y es normal les digo yo, tienen una cosa adentro creciendo a una velocidad gigante, que por lo menos va a tener molestia, dolores, ya nadie está dispuesto a tener sentir nada, piensa que el embarazo es completamente lo más normal del mundo, entonces, cuando ya se está alargando un poco más la cosa, son ellas las que están casi sugiriendo, uno va a examinar, uno va a hacer tacto, y ya está escuchando por atrás la misma paciente, "doctor, ya no quiero más, ya no quiero más" con esa presión, imagínate una paciente te está diciendo, ya no quiero más, opereme, y algo sale mal, y se muere la guagüita, con mayor razón, "yo le dije al doctor que me opere y no quiso, y como no quiso, se murió la guagua", me entienden? , entonces, no es tanto el miedo nuestro, es esa relación patológica que se arma en una paciente que es muy... que

espera que nada resulta mal, entonces, hay uno dice... bueno ya. Eso.. no sé si respondí la respuesta.

Cree que hay claro, mirando de ese punto de vista a lo mejor se justifica la cesárea, pero ¿cree que haya veces que se hagan cesáreas que no son necesarias, que no se justifican?

Ah! Claramente! Y en eso yo creo que... también, estamos como llendo de vuelta al final. Al principio ojalá todo tenía que ser parto, solamente por la cantidad, porque no había quien resolviera la situación, entonces como los partos salen solos... ideal, entonces más partos, mejor. Solo por la cantidad de personas... de mujeres embarazadas que habían los partos tenían que salir todos, y ahora volvemos con todo lo que dije a una tasa alta de cesáreas, eh... y ahora recién estamos, yo creo, el mundo médico, estamos volviendo aprender: "ya pero a ver... parémosla, y volvamos un poco a los partos" pero atender que es lo patológico y que es lo aceptable dentro de un proceso de parto que está monitorizado, los que investigan el procesos de partos, están saliendo siempre tablas nuevas, y distintas a las curvas de partograma antiguas de Stigman, han salido ya 2 curvas más, en el fondo tratando de que... establecer qué es lo aceptable y qué es lo inaceptable en un proceso de parto normal, yo creo que eso nunca se estudió antes de Stigman de los años 50-60, y sin duda esa fue una base para lo que fue la conducta después en el proceso de parto, eh... pero falta mucho que aprender todavía, entonces, al final va a terminar escrito en guías clínicas, por ejemplo... eso es lo ideal a la hora que te demande, porque una queda con la tranquilidad que hizo la conducta que está internacionalmente aceptada como lo que se hace y sin embargo, las cosas se salieron... dentro de lo que uno puede esperarse, entonces, claro, por eso dije como pendular, al principio los partos eran porque simplemente no había quien los atendiera de otra manera, después nos fuimos en exceso a la cesárea y ahora estamos recién aprendiendo qué aceptar, entonces si es que antes eran 2 horas, te invento, si antes eran dos horas sin cambios en la fase activa resulta que ahora son 3 sin problema y resulta que si uno ve la literatura, "mira esta paciente estuvo 3 horas en fase activa con la misma dilatación y después igual rotó e igual anduvo y eso pasó con 200 pacientes, y todo anduvo bien, y sin eventos adversos en el recién nacido, entonces ahí uno tiene la seguridad en la literatura que puede esperar esa hora adicional, entonces estamos haciendo la información, se está haciendo recién ahora, para allá vamos. Y lo que no dije de los niveles como socioeconómicos o educacionales menores, es que pasa lo contrario con las pacientes de nivel mayor, que están volviendo al parto, volviendo a lo natural, volviendo a la atención más humanizada, haciéndole un poco más quite a la cesárea que está bien también, haciéndole quite a la anestesia... entonces es divertido, quizás qué va a pasar en 20 años más todos quieran cesárea, o todos van a querer partos, no sé, quizás todo chile se va a nivelar en punto de vista educacional... no sé... quizás vamos hacer las guaguas en capsulas extrauterina.. jajaja anda a saber tu, todo esto tiene que ver mucho con la parte cultural... si tuviéramos en áfrica en un país muy pobre quizás no tenemos... en chile existe los recursos y las pacientes de algún modo.. y los recursos para pagar estas cesáreas existen y son excesivamente usados... y si estamos en un país súper pobre.. Tenemos que sacar los partos nomás... tení que esterilizar todas las cosas, necesitai un millón de anestesista, muchas osas más elaboradas para las cesáreas. Eso.

Anexo N°8

Egresado 2

1.- ¿Cuáles fueron los principales contenidos vistos durante tu formación como becado?

Yo tuve una pasada completa que pasamos por... yo tuve una pasada distinta a los becados de ahora, yo tuve pasada por prepartos, por el alto riesgo en la parte de obstetricia, en ginecología por ejemplo: gine, oncología, yo creo que fue completa, no me faltó.

- ¿En la parte de obstetricia qué temas vieron?

En obstetricia como de todo, en la pasada de prepartos uno ve la urgencia; parto prematuro, eclampsia, el parto, eeh todo. Y en obstetricia, todas las patologías de alto riesgo, como en el hospital tenemos un montón de pacientes vimos: colestasia, diabetes, todas las patologías habidas y por haber en Obstetricia.

2. ¿Cuáles crees son la fortalezas y las debilidades de la formación recibida?, ¿Cuál es tu opinión acerca de la formación profesional que se te ha entregado durante la beca? ¿Le cambiarías y/o agregarías algo?

¿Fortaleza? Nosotros tenemos la fortaleza aquí en el área norte de que tenemos muchas pacientes, la cantidad de pacientes y las patologías que tienen esa es la fortaleza. En cuanto a la debilidad, falta desarrollar como el área de laparoscopia un poco más en el área, porque si en la parte de la beca, como en la parte de la formación falta un poco de laparoscopia hay gente que le da más a laparoscopia para poder operar, obtener la disponibilidad de laparoscopia en urgencia, eso es fantástico.

3. ¿Cómo fue la experiencia de ser becado en cuanto a la atención de partos?

Bien, yo tuve en una época donde nos exigían atender por lo menos al menos 50 partos antes de empezar a operar una cesárea, antes eran 100 pero me hicieron 50, tuve harta opción de atender harto parto primero, me enseñaron los médicos a atender partos, con las matronas un montón de veces. Tuve complicaciones en partos, en suturar desgarros, en cosas que a veces te pueden... ponte cuando estay en la clínica sola y estay atendiendo el parto, así que bien. Tuvimos atención en partos fisiológicos, distócicos, fórceps y amnioce, etc. Yo encuentro que tuve una buena formación, aparte yo tuve una pasada en prepartos donde pasamos 6 meses con los 2 médicos que estaban aquí, donde nos explicaban un montón, nos explicaban a manejar la paciente en prepartos.

4. Durante la práctica clínica, ¿Cual es la modalidad de estas, en cuanto a los turnos, son supervisados por algún docente o tutor clínico que evalúe la aplicación de sus conocimientos?

Pero es como un tutor clínico así fijo de que... a ver, en todas las pasadas nosotros teníamos un docente encargado el cual te evaluaba al final de la pasada. Estar como con un docente así todo el rato supervisando, no. No creo que era así, era más bien cuando íbamos al Poli, veíamos a las pacientes estábamos con los médicos y ahí evaluaban como uno se desarrolla, o sea para dejarme ver solo a las pacientes y despacharlas solo, ahí siempre estábamos supervisados, de hecho, cuando uno es becado de primero, lo supervisa también el becado de tercero que estaba en el turno y a su vez los mismos residentes, pero no es como un tutor fijo que está contigo para todas partes, es como que en cada pasada está el docente pero como que no es que esté contigo de la mano, o sea no en todas las pasadas, en el turno principalmente eran 3 residentes y ninguno de ellos era mi tutor fijo, sino que me evaluaba a cada rato, íbamos a pasar visita juntos, íbamos al poli juntos, pero no era que era uno el fijo, después me agarró el turno... puta. En todos los turnos eran así, en los 3 años y las pasadas también, en prepartos si bien eran los 2 que estaban preguntando todo el día, después te tomaban una prueba al final de la pasada.

5. De acuerdo a los contenidos y la experiencia adquirida durante la beca, ¿qué tipo de parto te sientes más preparado para atender... Un parto fisiológico... un parto vaginal o una cesárea? ¿Por qué?

Ambos, o sea a ver, parto, parto normal, de todas manera, o sea uno parte de ahí, sino imposible, parto normal de todas manera. Parto distócico vaginal también, o sea afortunadamente tuve una formación en parto operatorio vaginal fórceps fantástica, en los turnos que estuve me pude desarrollar bien, y afuera también, en la parte privada también atiando montones de fórceps y acá también enseñó a los becados hacer fórceps y todo. En cesárea también, con la cantidad de pacientes que uno ve, o sea casi hijos del rigor de que estar operando a cada rato, operar urgencias, electivas, de todo, en general me siento preparado para esos tipos de partos. En parto natural, acá imposible, o sea que, yo conozco a Gonzalo, si Gonzalo también es amigo, Gonzalo es bien esto del parto humanizado, parto natural, acá en el hospital un parto natural es imposible casi, natural en sentido de que algunas no alcanzan la peri, pero en ese sentido nomás, pero parto natural, parto vertical eso acá no se hace, eso como que incluso... y me da un poco de miedo afuera también, no me sentiría como un médico que imparta parto vertical y

parto natural, no, para nada, quizás en gusto... quizás faltaría una formación en parto natural y atender parto vertical, eeh, eso faltaría yo creo. En eso me sentiría menos preparado, yo creo. Ahora todo lo que es... todo lo que conlleva parto humanizado, yo sé que Gonzalo es como el fuerte en eso, piensa, uno está... acá en la parte pública no es tan... falta más humanización del parto, todo es rápido, todo que llega la paciente, que la ve uno, no siempre el mismo que la ve en preparto le atiende el parto, a veces uno hace docencia, la atiende nosotros siendo que la ha visto la matrona, la parte médica privada es distinta, como que siempre está con la paciente, después el apego todo eso, aquí jamás esas cosas, a veces en la parte pública cuesta mucho, si bien se hace, pero cuesta.

Y con respecto al tipo de parto que prefiere atender... porque ya se siente preparado para todo tipo de parto... ¿pero de preferencia?

De preferencia, parto normal, obvio, yo prefiero un parto normal obvio, si bien en la cesárea me demoro 10 minutos quizás en operarla, pero prefiero un parto normal, a la hora que sea... bueno hay que levantarse. Básicamente por la recuperación de la paciente, el resultado del recién nacido, en cesárea uno va opera y chao, pero en parto normal... no, prefiero parto normal.

6. ¿Cuál es su opinión del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Se hacen muchas cesáreas de más, de todas maneras, de todas maneras hay innecesarias, como se dice... A ver en la parte... es distinto hablar en la parte pública y en la parte privada, eso como que tiene eso en contra. En la parte pública, nosotros tratamos de obviamente de tener más partos vaginales, de hecho de los turnos, en el turno de nosotros somos los más vaginalistas, uno va y agarra el libro de turnos y ve cuánto operan ciertos turnos, y se da cuenta al tiro cuáles son los turnos que operan más y los que operan menos, pero en la parte privada, yo he visto colegas que operan pacientes que operan por operar en verdad, para salir del cacho, porque van a salir de vacaciones ahora por ejemplo, ehh... no ésta tiene pelvis estrecha y la operan no más sin hacerle una prueba de trabajo de parto, los tiempos son más acotados en la parte privada, todavía no es tan... de hecho como que algunos colegas, por ejemplo yo, no sé cómo será después pero hasta el momento, no opero una cesárea por operarla en verdad, a todas la pacientes en general las pongo en trabajo de parto, a prueba, habitualmente, la matrona está con ella, me dice y yo voy y la evalúo, no esperemos un rato, pero difícil, en la parte privada se opera más cesárea de las que debería en verdad.

7.- Antes de terminar la entrevista, ¿Quisiera agregar algún comentario?

A ver, yo también soy docente de la USACH también, creo que ahora, la beca ha mejorado en algunos aspectos, en la parte de parto eeh le falta un poco más, le faltaría, yo veo en la parte de obstetricia, veo como Gonzalo como está con los alumnos, está, va le enseña, está ahí, hoy en día los becados no tienen una pasada a prepartos como la tuve yo y en atender partos en lo que ve en el turno o se aprende las mañan del turno en que esté, si el turno es más cesárea va a operar más cesáreas, si el turno quiere que esté más en el poli, va más al poli, entonces no hay como una pasada en la cual.. Eso faltaría mucho en la docencia aquí en el hospital por ejemplo, si bien es un muy buen campo clínico, faltaría un docente más fijo en eso, como lo veo más con Gonzalo, con Marcelo, los alumnos están fijos con ellos. Esa parte en los becados de ginecología falta. Ahora estoy en otro hospital en el San Borja pasando, bueno allá también, si bien tienen una pasada a prepartos, pero en prepartos operan las cesáreas electivas y sería no están fijos con un docente que le ayude a atender el parto, que lo vean, como que eso falta en la formación, más allá que uno lo aprenda en el turno. Hoy en día tampoco exigen atender tanto parto para atender la cesárea. Desde el punto de vista de parto, falta un docente que explique más, y tener algunas complicaciones y que ayude a resolverlas. Me ha tocado que becados no saben suturar un desgarro, desde grado 3, como que faltaría eso. Y en cuanto a la atención del parto, falta un poco más que sea más privado, por ejemplo, a mi me molestan en las clínicas porque voy y apago las luces, cierro las cortinas no importa que no vea nada, y espero que esté la paciente con su pareja, eso faltaría, acá con la

cantidad de pacientes es imposible, es imposible, aunque voy y corto la luz, hay hartas matronas que se fijan en eso, pero por el número de pacientes, la cantidad... si te fijas ahora el prepartos está lleno, hay 12 pacientes, hay paciente en silla, y el trabajo de parto tenerlo así... es complicado. De apoco a medida que se vaya mejorando la parte de atención pública, mientras hayan más hospitales, hay podría ser más personalizado la atención el parto y la atención, que la paciente sienta más el parto como suyo que nuestro, como que vaya a sacarle la guagua y listo.

Y usted en su pasantía ¿atendió más partos o cesáreas?

Mmm, no sabría que decirte, no sabría decirte a ver... porque parto si bien atendí... no sé po, tenía que atender por lo menos 50 antes de entrar a una cesárea y atendí 60. Después de eso empecé a tender puros partos distócicos... las matronas que no podían, iba yo atender el parto o fórceps, como que me iba más a eso, la cesárea... a mí me gusta operar así que iba harto a operar la cesárea. Después le ayudaba a todos los internos cuando están en turnos a atender yo el parto, lo atiendo yo con el interno o sea estoy con él... le explicó. Tanto así, por ejemplo, no sé po, la semana pasada los egresados, los internos que salieron de medicina, que se titularon ahora de médicos, me eligieron como de los mejores docentes, yo creo que más que mejor docente, porque está preocupado de ellos, de que va con ellos al parto, que lo ayuda, yo creo que por eso, en ginecología. No sé si los otros hagan eso, o que yo tuve un poco más de formación así y quiero que ojalá sea así. Pero en la parte privada también, llevo más partos que cesárea, tendré un 30% de cesáreas, no es tanto, eso en la parte privada, que hay médicos que tienen un 80% de cesáreas, debería ser menos, debería ser mucho menos, pero a veces la... no sabría que atendí más, pero creo que claramente parto vaginal o fisiológico o distócico, pero yo creo que atendí más eso.

Anexo N°9

Coordinador 1

1.- ¿Cuáles son los principales contenidos que se le entregan a los becados durante su formación?

Pero en relación al parto fisiológico, porque la formación de los becados es súper amplia...

Principalmente en obstetricia

En general los becados que ingresan durante sus 3 años, primeros están asociados a un turno, eso significa que tienen atención de urgencia durante 24 horas y esencialmente lo que más se maneja ahí es emergencia obstétrica, por lo tanto tienen que empezar a adquirir habilidad y destreza en relación a diagnosticar y frente a patología ee.. dar algún tipo de solución terapéutica frente a un embarazo ya sea patológico o no, y que verifique o no eventualmente la interrupción del embarazo por indicación médica, también obviamente todos aquellos trabajos de parto fisiológicos normales que aparecen en el turno, también son de exclusiva responsabilidad del becado en su atención, eee en los tutores son los jefes de turno inicialmente están para apoyar esa actividad, aunque obviamente en la primera etapa los vacados de primer año en su propio aprendizaje los ayuda la idea es que adquiera una experticia más adecuada.

Y... En relación a la atención acá, los médicos son los de exclusiva atención del parto, acá la matrona no....

Lo que pasa es que nosotros tenemos, como es un hospital clínico no hay muchos partos, todos los partos son atendidos por medico, aquí ningún parto es atendido por matrona, porque tenemos la suficiente cantidad de médicos para poder atenderlos y por otro, porque necesitamos que nuestros becados tengan la experticia, desarrollen el aprendizaje en relación al parto también fisiológico. Asociado con eso nosotros tenemos un programa teórico donde se ee.. se ve todas las cosas básicas y no tan básicas de las que se tienen relación preparto parto, que está asociado a la pasada de obstetricia que dura 18 meses en esta beca, en esos 198 meses los alumnos pasan por este embarazo patológico , que es de alto riesgo en algunas sedes, llamado, que nosotros lo concentramos en nosotros, la unidad materno fetal prenatal, que es la unidad materno-fetal, y que dentro de eso hay una sub pasada que es

de parto y parto y de hecho tiene un examen específico de parto y parto.

2.- ¿Qué metodología de enseñanza utilizan en la formación de los(as) becados(as)?

Tenemos una que es teórica y práctica, la teórica.. a ver nosotros en los, en las, en los cursos de post grado no está instaurado la curva de, es decir la curriculum de competencias, nosotros tenemos la intención y en pregrado se está instalando lo que es la curva, es decir el curriculum de competencia, por lo tanto las clases son teóricas por una parte y prácticas por otra, en lo teórico es basado principalmente en clases expositivas y en lo teórico (práctico) toda la actividad tutorial que se realiza durante los 18 meses y bueno en los 3 años del turno, porque es en el turno donde mayormente tienen relación con la atención del parto, ya sea operación cesárea o parto o forcep.

Y... Estas clases son...

Las imparte la escuela de postgrado, y son clase que están dentro de un, un módulo específico que dura 6 meses, 9 meses o 1 año, dependiendo del módulo, pero parto y parto en si es un módulo que dura ee... 1 año y que está específicamente en el primer año, y donde no se tratan solamente de parto y parto si no de patologías de alta prevalencia que todo becado debe conocer, porque se va a, a enfrentar con mayor frecuencia.

3.- ¿Cuáles son las principales fuentes bibliográficas que usan en la formación de los becados?

A ver.. las fuentes bibliográficas son variadas porque esto va cambiando y hay diferentes maneras de extraer la información, esencialmente nosotros les damos una lista de libros clásicos de obstetricia donde el más importante y los más, digamos los más avanzados en términos de atención es el "Uranga" que es un libro de obstetricia clásica, que asecha al parto. Y hay algunos otros textos que también damos yy.. lo más importante es ee.. una serie de apuntes que tenemos en relación a la atención del parto que son secundarios a estas clases teóricas que se hacen.

4.- ¿A los docentes que participan en la formación de los becados, se les exige algún tipo de actualización e capacitaciones, asistencia a cursos?

Lo que pasa es que en el hospital clínico no como en otras partes tiene la gracia de que nosotros somos evaluados cada 2 años, por lo tanto siempre tenemos que estar haciendo perfeccionamiento, tenemos que estar siempre haciendo actividades de extensión, siempre haciendo actividades de investigación, por lo tanto los médicos de staff los docentes, en general, tiene cursos de especialización, de sub especialización y muchos sino casi todos y tenemos cursos de pregrado y postgrado que estamos haciendo de forma regular por lo tanto la capacitación de nosotros es bien exhaustiva, no es así, yo creo, como en los hospital público que no tienen tiempo de poder hacer tanto curso, nosotros somos esencialmente docentes entonces tenemos una formación muy continua en lo que académica general.

¿Y estos cursos son principalmente en cuanto a la especialidad médica, ósea no hacen cursos por ejemplo de asistencia de parto más bien naturales y ese tipo de cosas?

No, nosotros hacemos toda la gama posible, cada uno de los médicos de staff es libre de presentar cualquier tipo de protocolo de proyecto de algún curso, tenemos curso de lo que .. de todo, pero en general nosotros hacemos curso dirigidos a la etapa de pregrado, postgrado médicos generales, médicos especialistas y matronas. Eeee.. yo hice el último curso de parto y parto donde se vieron no solamente asistencia de parto y esas cosas, si no que los sistemas de monitorización del parto y las urgencias del parto, pero siempre estamos metidos nosotros en todas las sociedades importantes como son la Sociedad Chilena (de Obstetricia y Ginecología SCHOG) estamos siempre muy protagónicos en los congresos nacionales, entonces tenemos muchos elementos de formación sobre parto y todo.

5.- ¿Cuál es el perfil de egreso de los becados?

Eso lo tiene Edgardo, se lo tienes que pedir a Edgardo ahí está, él es el secretario docente, él tiene el programa y en ese programa que es una carpeta, está el perfil del egresado, que son varias hojas

entonces se lo tienes que pedir.

Ya de ahí lo voy a buscar entonces.

6.- Ahora ¿Cuál es su opinión acerca del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Es un problema muy.. complejo, nosotros lo hemos tratado de abarcar muchas veces es muy problemático tratar de disminuir las tasas de cesáreas que son alarmantemente altas en Chile y que desgraciadamente una serie de factores que no están todos muy bien reconocidos influyeron en que se aumentara tanto la operación cesárea, nosotros seguimos luchando por el parto vaginal creemos que es la mejor vía del parto, no solamente para la madre sino también para el feto, de que cada vez que nosotros operamos a una señora en los partos posteriores le vamos a producir mayor riesgo de partos distócicos y también de patologías que pueden ser tanto del trabajo de parto como del puerperio que son graves, por lo tanto tratamos de evitar la cesárea en la primigesta, que es en la población donde nosotros deberíamos actuar, si nosotros evitamos la operación cesárea en la primigesta después es mucho más fácil evitar operaciones cesáreas con una buena indicación médica, pero es un problema que no solamente está dentro del contexto medico, sino que es todo un concepto social, antropológico etcétera, que ha influenciado en esta alarmante cantidad de operación cesárea... que nosotros seguimos postulando el parto vaginal como la vía predominante, actualmente nosotros ahora en diciembre comenzamos la auditoria de los partos para tratar de identificar estos problemas y tratar de corregir de manera de disminuir nuestra tasa de cesárea, que es gigante.

6.- Y antes de terminar la entrevista, ¿Le gustaría agregar algún comentario?

Yo no sé cuáles son los objetivos reales de la tesis que están presentando, porque por el titulo dice que hay una actividad exploratoria de saber cómo es el "aprouch" o acercamiento que tiene la especialidad entorno a sus alumnos en relación al parto vaginal supongo que eso es, de eso se trata?

Si

Ya... Yo creo que es súper importante para que, sobre todo en los tiempos actuales donde la ley de los derechos y deberes de los paciente está en boga tener una, una nueva formación o nuevas herramientas formativas en relación a la actividad practica sobre todo a la asistencia del parto, y aquí específicamente me refiero a la simulación y a la utilización de fantasmas. E nosotros estamos ya tratando de... de.. tener el acceso a una serie de fantasmas de manera de practicar en elementos en una etapa de simulación del parto, de manera que el alumno empiece sus primeros desarrollos de habilidades y destrezas con fantasmas, porque estos partos vaginales, sobre todo, por esta ley de derechos y deberes, pero también por todo las instancias legales y la optimización de los resultados maternos fetales, es bueno que nosotros empecemos a tener esta simulación porque si logramos tener un buen desarrollo a nivel de este tipo de prácticas vamos a optimizar el manejo en la paciente real, asique yo creo que los esfuerzos tiene que ir puestos en todas las facultades de medicina y sobre todo lo que es postgrado a tener actividades como decimos fantasmas, en parto vaginal, en operación cesárea y en la aplicación de forcep o vacuum en la medida en que se hace. Y eso es por una parte y lo otro ee.. además de optimizar también el diagnostico precoz de la patología obstétrica que nos produce problemas , en los , ee en los trabajos de parto ee.. tener la posibilidad de mejorar las tasa de parto vaginal en desmedro de la operación cesárea que en Chile es un problema que yo te dije que era súper importante de intentar de solucionar que nos ha costado mucho, porque es muy difícil bajar a niveles internacionales y asociarse a una obstetricia un poco más desarrollada. Yo creo que son los dos elementos que ee... como formación ee... Le vamos a dar más ahincó. 1.- a la cuestión practica y teórica bajo situación de fantasmas y lo otro es tratar de volver a posicionar el parto vaginal como la mejor vía de resolución del parto.

Y ahora respecto a su opinión, acerca de algunos estudios que postulan que los médicos tienen la posibilidad de hacer educación a la paciente, en la cual no las va guiando muy bien por el camino del parto vaginal, por ejemplo si la paciente dice "Yo quiero cesárea", estos no influyen en su posición, cuando ustedes podrían influenciar sobre ella...

Ahora tú tienes mucha razón de que la relación médico-paciente, como también lo tiene la matrona-paciente nosotros tenemos una oportunidad exquisita de dar educación aquí en el hospital y yo personalmente ee .. hago la educación en torno a privilegiar el parto vaginal, de hecho cuando las pacientes solicitan la operación cesárea sin indicación en este centro es muy difícil hacerlo... o sea nosotros tenemos activada la entrega de turno donde hay que justificar todas las operaciones cesáreas, incluso en algún tiempo, bajo la indicación de una operación cesárea de un médico de turno del jefe de turno, eeee... tenía que tener una segunda opinión para tratar de operarla, o sea aquí se han hecho esfuerzos claros para tratar de disminuirla y con eso hemos disminuido pero no ...en lo que nosotros queremos. Por lo tanto es la mejor posición en esa relación médico paciente en tratar de optimizar el parto vaginal... eee en... yo... nunca he leído ningún estudio en que sea profeso que los médicos tiendan o dirijan a la operación cesárea en vez de parto vaginal, siendo que hay algunas escuelas que son mas vaginistas que otras, pero en general lo que se propone es que parto vaginal debería ser la primera opción, por lo tanto esta etapa educacional que se produce durante el.. control prenatal, debería ser utilizado claramente en tratar de optimizar y concientizar a la paciente que la mejor vía de parto es la vaginal. Ahora hay que evitar, y ahí está lo malo que para poder alcanzar también cifras de operaciones normales y partos vaginales adecuadas también hay cosas que están afectando y una de ellas es la obesidad, en Chile el 56% de nuestras pacientes son sobrepeso y el 10% tiene obesidad y la obesidad ya claramente es un factor que altera la dinámica uterina, altera no solamente el volumen fetal, hay mucho exceso de volumen fetal, con lo cual la desproporción cefalopelvica es mayor y las alteraciones distócicas de dinámica uterina también son mayores, por lo tanto si tenemos muchos más factores que antes, que hay que manejar para tratar de optimizar los resultados, por eso no es solamente un problema de elección o no elección, hay una serie de cosas están empujando que aumente el parto vaginal ee... el parto por vía Cesárea.

Anexo N°10

Coordinador 2

1.- ¿Cuáles son los principales contenidos que se le entregan a los becados durante su formación?

Okey, la beca de obstetricia y ginecología es para formar especialistas pero a nivel general, o sea obstetras ginecólogos, que tengan la capacidad para actuar en atención primaria en salud, y después de eso ser su formación en especialista al igual que en medicina interna ya no basta con ser obstetra ginecólogo sino que hay varias áreas de especialización donde todos nuestros muchachos van a ir orientándose durante su formación y lo que entregamos nosotros son las competencias básicas para el desarrollo de la especialidad en los dos primeros años de egreso y eso incluye el conocimiento teóricos y las habilidades prácticas, dentro del conocimiento teórico estamos organizando en base a módulos teóricos que son eh.. Realizados por docentes del mismo equipo que van orientados a la Obstetricia general, obstetricia quirúrgica, y después a ginecología y especialidades, y esos a través de los 3 años de la beca. Y la parte práctica de la beca en la formación del postgrado, está basada en pasantías clínicas en los servicios de hospital clínico habitual y en la residencia... y se espera que pasando por esas distintas pasantías... los médicos en formación logran adquirir las competencias en cada una de ella para ser un médico ginecoobstetra general que pueda hacer su atención, eso incluye la pasada por Alto riesgo obstétrico, por un policlínico de atención primaria, no hacer atención primaria, sino en policlínico hacer obstetricia general, ginecología y especialidades, y la residencia está escalonada en 3 años sucesivos en donde el médico en formación va adquiriendo competencias cada vez más altas con respecto a la misma residencia, en el primer año habitualmente lo que se les exige es que al plazo de 6-8 meses haya atendido 50 partos y haya sido ayudante de cesárea, en cambio en 3er año ya la exigencia es mayor, realizar cierto número de cesáreas solo y haber participado más en operaciones ginecológicas de urgencia; abscesos tubo-ováricos, embarazo ectópico complicado... ya? Y con eso se pretende dar una formación general para el especialista asumimos que cuando un médico ingresa a formarse en la especialidad tiene además competencias básicas que ya trae de su formación como médico ya?, esas competencias van más que nada del punto de vista del conocimiento porque de hecho, en el perfil de egreso del médico Chileno el parto no es una competencia ya?, el parto se sacó por las escuelas de medicinas el parto es igual que operar apendicitis, al igual que operar vesícula... porque son competencias que tienen que ser ya de especialista... o del profesional encargado de eso... por que la

comunicación o la cercanía de los centros resolutorios.. es mayor que hace 30-40 años atrás, entonces el médico general en algunas escuelas le enseñan atender parto, y otras escuelas solo le enseñan lo teórico y no lo tienen como una competencia. Hace 30 años cuando me formé para poder salir como médico general tenía que saber... atendí 30 partos en 5to año y 12 cesáreas en el internado, sino no podía salir, pero eso ha cambiado ahora es totalmente distinto, y no está entre las competencias fuertes de las escuelas de medicina, y por lo tanto el médico que ingresa hacer su formación de especialista, le decimos nosotros que inmediatamente en la residencia se ponga al día con la habilidad, con la competencia para atender parto , haciendo esta cosa de los 50 min partos normales dentro de los 6 meses, y dentro de los contenidos teóricos asociados a.. mas que parto fisiológico..a parto patológico, curvas de dilatación alterada.. todo lo que sea distocia de parto es lo que se les enseña en los cursos teóricos de primer año... en el módulo teórico en donde entra obstetricia general y obstetricia quirúrgica, parto operatorio cesárea, fórceps, manejo de episiotomía, pero de parto fisiológico en si no tenemos una estructura de enseñanza con respecto a eso, que se va dando con lo que ellos evalúa con lo que no es patológico es lo normal, o sea considerar que la enseñanza de la monitorización electrónica intraparto, la evaluación de bienestar fetal se les hace la teoría y después la practica en la residencia, entonces cuando ven lo patológico aprender a distinguir lo fisiológico... ya?

Esa mínima cantidad de parto es para poder seguir avanzando en la beca... o es solo un requisito.. o sea si no cumple con los 50 partos que pasa?

Se reprueba.

2.- ¿Qué metodología de enseñanza utilizan en la formación de los(as) becados(as)?

Lo que les contaba, la metodología de aprendizaje es teórico-práctica... hay módulos teóricos donde se les entrega los contenidos y la parte práctica donde desarrollan las habilidades para esos contenidos, entonces en el primer año de formación es netamente obstétrico, está la residencia que le va exigiendo por un lado la formación en atención de parto y atención de pacientes de primera línea en policlinico, la atención de la paciente en el preparto que cada 2 horas van pasando visita y viendo la evolución de la paciente y todo eso tutorizado directamente por los médicos residentes que están todos con contrato u otros con honorarios como miembros de la universidad son siempre teórico práctica, ya? Tutorizada.

3.- ¿Cuáles son las principales fuentes bibliográficas que usan en la formación de los becados?

El departamento de obstetricia y ginecología pretende que todos sus miembros sean del colegio americano, entonces nosotros nos dirigimos como fuente bibliográfica nueva a todo lo que entrega el colegio americano, ya?, y de hecho en base a eso todos nuestros libros por ejemplo: el Williams de Obstetricia y Ginecología, el Stéro de Medicina reproductiva, y todas las guías que entrega el colegio americano. El colegio americano es como la sochog de acá "la sociedad Chilena de Obstetricia" pero es mucho más potente en cuanto educación continua, entrega boletines perinatales, entrega opiniones de comité, guías prácticas para el manejo de pacientes, por lo tanto, todo está en nuestra base, y además que durante esta formación los muchachos tienen que aprender todo su bagaje de conocimiento en base a la medicina basada en la evidencia no basta con lo que dice un libro, que puede tener 3-4 años de atraso con lo que está saliendo ahora, por eso tienen que manejarse en medicina basada en la evidencia para hacer búsqueda objetiva de literatura, por eso en 2-3° año cursos que les permite distinguir trabajos que están bien diseñados o simplemente no lo están para poder tomar en serio sus conclusiones. Ya?

4.- ¿Cuál es el perfil de egreso de los becados?

El perfil del médico egresado un gineco-obstétrico general, que sea capaz de hacer la atención primaria de salud en la paciente que esta consultado por salud o patología...ya?

5.- Ahora ¿Cuál es su opinión acerca del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Lo que pasa es que en todo el mundo hay una vacuola de disminución de la tasa de cesárea, pero la misma evolución lo que hace es que... confrontar a los médicos a esta exigencia cada vez mayor de la

paciente a ser dueña de su propio cuerpo si? Por un lado está la vista legal que las mujeres tienen mucho más judicialización de sus partos porque ellas quieren tener, finalmente, un recién nacido sano, independiente de la vía que sea, también está saliendo esta cosa de los derechos de salud reproductivos en la cual la mujer puede decir “yo deseo una cesárea”, por otro lado está la parte económica en la cual los médicos y todos los funcionarios tienen que trabajar más para ganar más, lo que tienden a hacer es optimizar sus periodos, en ese sentido lo que habitualmente vemos en la literatura, es que es mucho más costo-efectivo atender una cesárea que demora una hora, a estar en inducción de parto que demora X horas, eso es cuando la paciente tiene una condición que la lleva a tener que ser inducida. La atención de parto vaginal es lo mismo que ha pasado siempre, la paciente cuando llega con trabajo de parto de hecho en clínicas habitualmente su trabajo de parto es mucho más eficiente porque no hay cambios de equipos, una sola matrona es encargada de la paciente y la que se encarga de optimizar sus contracciones, optimizar su trabajo de parto, lo que permite es que los partos vaginales que llegan completan su periodo como parto vaginal, y la tasa de cesárea habitualmente aumentan en las clínicas: uno porque se concentran las patologías que: 1. Tienen deseo materno de cesárea, 2. Han tenido cesáreas anteriores y no quieren esperar hasta la semana 42 o son pacientes que concentran patologías en las cuales la inducción del parto no es una alternativa para su patología, por ejemplo una Preeclampsia severa, los gemelares, doble cicatriz de cesárea... generalmente en las clínicas privadas se da una tasa mayor de cesárea, que está alrededor de un 70%... en los hospitales en donde hay un manejo más internista es más prolongando, las tasas van dependiendo de qué hospitales... pero en el Hospital San José las tasas van alrededor de 25% siendo que el ministerio está pidiendo una tasa del 20% y la ECOP está pidiendo un 15%, entonces por un lado estamos pidiendo más tasas de parto vaginal, pero por otro lado hay muchas cosas que están haciendo que se logre más cesárea, la principal causa de cesárea es que la paciente tenga una cicatriz de cesárea, muchas que llegan no como primigestas, sino que como paciente con cicatriz de cesárea y que no quieren ser sometidas a trabajo de parto... ya?.

6.- ¿A los docentes reciben capacitaciones o si les exige cursos o seminarios de actualización de sus conocimientos y si es así, sobre qué tema?

Cada médica cuando se especializa tiene un área de desarrollo, y las áreas de desarrollo habitual de la medicina de obstetricia y ginecología son: oncología, medicina reproductiva, alto riesgo obstétrico, ultrasonografía, los médicos cuando se especializan y asisten a cursos, Y cada uno de los médicos no necesitan no necesitan exigencias, sino que están asistiendo actividades regulares, nosotros como departamento tenemos un núcleo docente que está contratado solo por la universidad de 5 personas, y esas 5 personas si se están capacitando constantemente en cursos tanto de especialización de área médica o como el área de la educación. Entonces ese es el núcleo docente que permiten tener conocimientos y aplicarlos en los distintos niveles, como por ejemplo de nuestra asistencia o participación del diplomado de la universidad de Chile, nos permitió a nosotros como departamento ser los primeros departamentos de Chile que empezó a utilizar el OSCE como métodos de evaluación de habilidades y competencias y también la participación en los congresos de residentes, ser unos de los primeros grupos que empezó a utilizar el SEC o mini SEC como herramienta de evaluación también en los médicos en formación, así que tenemos esas dos líneas, 1ES EN la especialidad en la que uno se está formándose, trabajando, que muchas veces no necesita una inducción para ir, va a los cursos, por ejemplo yo este año tengo que ir ECOG, primario y el congreso de la ISO de ecografía en octubre.

6.- Y antes de terminar la entrevista, ¿Le gustaría agregar algún comentario?

En general los procesos de formación, son procesos que tienen que ser activos, dependiendo del feedback que vayan dando tus métodos de formación en base a eso nosotros hemos ido instaurando cada vez más cosas nuevas que permiten por ejemplos...eeh.. Una formación que sea acorde al perfil de egreso, porque si bien nosotros estamos formando médicos... que deberían ser solo para el área público, no es menor que nuestros médicos se van a tener que desarrollar como medicina privada, en la medicina privada, la función habitual de los médicos no es de supra-especialista, o sea la consulta habitual de un médico o un gineco-obstetra es pacientes embarazadas en control de embarazo, en la parte privada el control de embarazo la hace el gineco-obstetra, en muchos de nuestros cambios de perfil ha sido para entregarles a nuestros médicos esas capacidades, porque antes los programas de formación solo enseñaban a operar cesárea y atender alto riesgo y tu salías perfecto para hacer una

buena cesárea y atender alto riesgo, pero cuando tu salías a la parte privada quedabas nulo, porque no sabían como estructurar un control prenatal, no sabías como atender un parto vaginal, porque no sabías como controlar el partograma, entonces esas cosas si se han ido incorporando en nuestro sistema de formación paulatinamente.

No sé si a lo mejor nos puede compartir... ¿han pensado instaurar nuevos cambios a la malla de carrera?

A medida que nosotros tenemos menor posibilidad, por la judicialización de la medicina, de hacer nuestra aplicación de habilidades con pacientes, lo que estamos instaurando nosotros es un programa de módulos de cirugía ehh..., utilizamos modelos con fantasmas entonces en ese sentido estamos tratando de adquirir fantasmas para cosas básicas... como para aprender a suturar bien, fantasmas para atención de parto, habitualmente es lo que se parte con lo que es cómodo, que son las cosas básicas, a veces con cosas que son comunes y que se pueden transformar... una almohada amarrada en una punta sirve para suturar, una pelota envuelta en pañales sirve para usarla como cabeza de parto, eso nos permitió al principio ir viendo más manejos normales, y la medida que nos dimos cuenta, que en donde los becados necesitan eso estamos intentando de integrar mas fantasmas, y todo eso significa inversión de dinero a largo plazo, los fantasmas son caros, y hemos ido tratando de manejar con fantasmas que inventamos nosotros, el modulo quirúrgico, desde de obstetricia, trata de hacer eso y tra de que los becados tanto nos informen sobre lo que hacen en el hospital tanto como ayudante o cirujano, que también les va exigiendo ciertas habilidades, como por ejemplo en tantos segundos tienes que pelar una uva que está colgando en un clip, para hacer más o menos lo mismo que uno hace cuando separa el peritoneo, ya?, son habilidades que se van evaluando de forma sistemática a todos.

Y además de ese tipo de evaluación... ¿cómo se evalúa a los becados durante la residencia?

En la residencia son evaluados por el equipo de turno, en base a sus contenidos, competencias y habilidades... siempre evaluamos las 3 cosas, conocimientos.. Entonces, evaluamos ahí el grado de conocimiento que tuvieron los becados ya sea en base de evaluaciones dirigidas o en base a pruebas escritas, y las habilidades son evaluadas en base a tutoría dirigida y las habilidades también en base a... son habilidades sociales... empatía, trabajo en equipo y son todas evaluadas en cada rotación.

Anexo N°11

Coordinador 3

1.- ¿Cuáles son los principales contenidos que se le entregan a los becados durante su formación?

Muchos, esa es una pregunta súper amplia porque los contenidos están definidos por lo que se llama el perfil de egreso, el perfil de egreso es el conjunto de competencias de la entidad u organización formadora define para sus estudiantes al final de haber acabo el programa formativo, ustedes seguramente deben tener un perfil de egreso, qué es lo que se espera de ustedes. Respecto a esas capacidades y esas competencias definidas en el perfil de egreso, algunas son generales y otras transversales y algunas son especificas para el área disciplinar se definen los contenidos, por lo tanto los contenidos dan cuenta de eso, eeh, se supone que en una declaración de un perfil de egreso, no debiese haber más de 6 dominios de competencias especificas, cuando me refiero a dominio, me refiero a áreas de desarrollo particular, y eso se ve respaldado por las asignaturas y las asignaturas tienen tanto contenidos como amplia sea el tema así que no es una pregunta que pueda responder así como enumerando, porque da cuenta de todo el programa formativo.

¿Y el programa formativo usted nos podría hacer llegar a nosotras?

Mmmm.. Si, podría, pero eso con absoluta reserva, porque el programa formativo son meses de desarrollo, para llegar a ese cuento, de hecho nosotros estamos en eso, en elaboración de todo ese proceso, hacer el perfil de egreso son meses de trabajo, no es un enunciado que uno hace de manera

inspiradora, sino que tiene que ver con establecer una serie de parámetros que están súper definidos en la literatura médica y educativa, así que si, se los puedo hacer llegar. El borrador por lo menos.

2.- ¿Qué metodología de enseñanza utilizan en la formación de los(as) becados(as)? Solo practicas, solo pasantías, tienen clases también?

Eso también está definido en lo anterior, cuando uno tiene un perfil de egreso y tiene competencias transversales y competencias generales y específicas, define contenidos y esos contenidos tienen que citarse con diferentes metodologías educativas, si mi pasa de alto riesgo, ustedes que son matronas, que consta de 4 meses y esos 4 meses ven la fisiología de embarazo normal, embarazo patológico y todas las patologías que ustedes conocen, preeclamsia, restricción, diabetes gestacional, que son un listado de 50 condiciones de morbilidad, en base a esos contenidos nosotros definimos las estrategias educativas, aquí si tiene solo contenidos del área cognitivas, también hay unas áreas de destrezas... comunicativa con los pacientes con el trabajo en equipo, también hay destrezas y habilidades del punto de vista biomecánico, tienen que aprender hacer una amniocentesis, eso solo lo hablo de una asignatura, también tienen que aprender hacer ecografías, medir cuellos, hacer un cerclaje, etc.. Por lo tanto para cada una de esas competencias se definen metodologías distintas y hay metodologías que son puramente de conocimiento por lo tanto se necesita lectura de pappers, lecturas de casos, eeh y otras tienen que ver con una practicas y método observacional y repetición, así que las metodologías... TODAS. Las que conocemos hoy en día.

¿Y ellos asisten también a clases?

No, ellos tienen un marco teórico de clases, además, que da la escuela de postgrado, y tienen además un portafolio que es para el autoaprendizaje ellos tienen que ir construyendo información con sus reflexiones que encontremos.

3.- ¿Cuáles son las principales fuentes bibliográficas que usan en la formación de los becados?

Nosotros pusimos por cada una de las asignaturas, una referencias bibliográficas recomendada, que fueron 3 o 4 para cada uno de ellos, pero ellos han entendido que hoy día la referencia estática, libro, es una fuente de consulta para temas que tienen menos movilidad, que son los menos, su estado del arte está definido por una lectura permanente de los pappers y review de todas las revistas del año que son en inglés.

4.- ¿A los docentes reciben capacitaciones o si les exige cursos o seminarios de actualización de sus conocimientos y si es así, sobre qué tema?

No se les exige, porque cuesta exigir, ese verbo es complejo con los docentes, sino que más bien se trata de trabajar con ellos la importancia de usar herramientas correctas de evaluación, usar una rúbrica, como se usa, como se justifica, y que tiene distinta ítems y partes que tiene que llenar, no es una cosa banal, nosotros estamos recién en el diseño de la capacitación docentes, tenemos súper en cuenta lo importante que es eso, eeh.. modelaje del profesionalismo, comunicación efectiva, son herramientas evaluativas.

¿Alguna capacitación o asistencia a curso con respecto a las distintas modalidades de atención de partos?

Eso esa dentro de los contenidos, porque en las asignaturas de parto y parto, ellos tiene una práctica en los hospitales, en las distintas maternidades. Ustedes hacen prácticas en el hospital Barros Luco, yo trabajo ahí también, esa es un área donde tiene la posibilidad de desarrollarlo, talleres de otras prácticas en nuestro medio, hay pocos han emergido conceptos del parto respetado y parto humanizado, que parecen sinónimos pero apuntan a cosas distintas, del parto natural, hoy en día hay una fuerte tendencia mundial, que se va ir recogiendo en nuestro medio, ustedes saben el hospital Barros Luco, por ejemplo, tienen estas salas especiales con jacuzzi, música, pelotitas, se han ido incorporando desde la práctica hospitalaria, no hay un lugar donde ellos puedan ir a mirar un parto distinto, nosotros acá en las condes vamos ir partiendo con un proyecto nuevo del parto natural, y eso significa cambiar culturas del concepto,

infraestructuras. Así que la posibilidad de asistir a cosas esta en lo que se llama programa de educación médica continúa y que respecto de modalidad del parto y visiones antropológicas, porque hay visiones antropológicas también contrapuesta, es muy poquito lo que hay.

5.- Ahora ¿Cuál es su opinión acerca del panorama actual en el que se encuentra Chile, con respecto a la cesárea?

Vergonzoso, ese es el único término, nosotros hoy día aparecemos en editoriales de revistas internacionales, mostrando la tendencia que ha tenido nuestro país desde unos 40 años en términos de a tasa de cesáreas, estamos lejos por sobre las cifras de Latinoamérica y lejos sobre el resto de Europa, pese a que esta aumentado en todos los países del mundo. Eeehhh y.. y esos tienen múltiples causalidades como se ha definido muchas veces, cultural, hay mujeres que solicitan que las operen, desde el punto de vista de los médicos se ha vuelto mucho más seguros sabiendo que no es así, la mortalidad materna, transfusiones, las hospitalizaciones en unidad de tratamiento intensivo, resultado de recién nacidos, todo es mejor en un parto vaginal. Todo. Sin embargo, pareciera que a la hora de estar en el proceso, del punto de vista de los padres, del aseguramiento que significa el resultado final, pareciera que hay una percepción que la cesárea es más segura. Por los médicos y pacientes. Por otro lado, ustedes habrán escuchado más de algunas veces... "opérenme por favor", o sea, la gente tienen a pensar que esa la solución. Hay una cultura del miedo del parto en este país, las mujeres sienten que ir al ginecólogo, del pánico para adelante, y del control del embarazo y del parto, es un evento doloroso y atemorizante congeniado por la cultura del medio, y no masculina, sino femenina, son las hermanas, las primas, la tías y las abuelas las que hablan, y en base a esa cultura yo voy y le digo a mi obstetra que me opere porque se que será controlado y no tendré que sufrir. Esa cultura en lo anglosajona, no existe la mujer quiere parir su hijo y ojalá sin anestesia, de hecho ocurre que los requerimientos de anestesia son muchos menores en Europa occidental y oriental, por lo que hay un tema cultural establecido que cuesta romper. Hay incentivos económicos, porque era más caro una cesárea, entonces uno tiende a pensar que al doctor le convenía más operarla que tener un parto vaginal, hay un incentivo del tiempo, yo he escuchado muchas veces, "doctor podría ser la cesárea el miércoles 5 porque vienen mi tía que viene e concepción y se va a quedar con los niños y se va a quedar"... o sea la gente ha ido acomodando un evento reproductivo a su actividad social. Y en esa perspectiva un acomodo en el tiempo y espacio que ella necesita y por lo tanto beneficios para la familia. Mira como se ha ido cambiando esto.

6.- Y antes de terminar la entrevista, ¿Le gustaría agregar algún comentario?

Es que esto ha sido motivo de enormes discusiones y sigue siendo, yo te diría que para hacernos cargos de eso, hoy en día los hospitales públicos y servicios docente hemos echado mano lo que se ha demostrado lo que es capaz de disminuir la tasa de cesáreas, porque hay factores que son inamovibles, hay factores que son culturales, y que requieren mucho tiempo para que se modifiquen y hay factores que son operativos, hoy día se sabe que por ejemplo, que la segunda opinión es re importante para la cesárea, gente que está de turno, se hace con el colega. Ha disminuido también la evaluación de las tasas de cesárea en los servicios de manera sistemáticas, que permita decir "mire nosotros mensualmente estamos evaluando los diagnósticos por los cuales se aproximan, estamos evaluando quienes son los que están operando más, haciendo una contrareferencia.. " son 2 estrategias que han demostrado que se puede disminuir la tasa de cesárea. Sin embargo, hay una editorial reciente de la cesárea, hecha por la katherin spon, hecha en EEUU, por la rama de ginecología y obstetricia y que ha demostrado que el impacto que ha tenido esa 2 estrategias ha sido mínimo, 1 o 2 puntos en la tasa, EEUU tiene un 31%.

Usted cree con respecto al gremio médico, también más facilidades del médico, sabes que tengo un viaje..Mejor opero..

Mmm en el sistema público eso no existe, porque los turnos son continuos de 24, y el doctor se va a ir, la tasa del Barros Luco es de 29%, bajo la nacional, pudiendo ser mejor. En el sistema privado, yo siento que ocurre poco, acá por lo menos (clínica las condes), acá hay harto control de eso. Uno no puede dar cuenta de eso, de manera general, de la distintas realidades del país. Donde esas variables pueden quedar más a los médicos tratantes nomás. Sobre todo esos médicos de staf.

Ustedes como universidad tienen alguna estrategia para contribuir a la disminución de la tasa de cesáreas?

El hospital el pino también tiene una tasa baja, eso hace que estemos en un ambiente..., esas 2 estrategias que te mencione anteriormente la auditoría de fichas clínicas y auditoría de los casos de cesáreas, y sumado la entrega de turno, que es un juicio público de lo que está ocurriendo en el turno anterior, y las cesáreas que operaron, eso es un minuto de reflexión en la vida de los becados, que cada vez que tomen la decisión, de operar, tienen que estar completamente justificado.