

INFORME DE LA COMISIÓN DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE DERECHOS EN EL ÁMBITO DE LA GESTACIÓN, PREPARTO, PARTO, POSTPARTO, ABORTO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y SANCIONA LA VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA¹

Boletín N° 12.148-11.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Mujeres y Equidad de Género viene en informar, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de ley individualizado en el epígrafe, originado en moción de las diputadas Claudia Mix Jiménez, Maya Fernández Allende, Karin Luck Urban, Erika Olivera De La Fuente, Camila Rojas Valderrama, Marisela Santibáñez Novoa y Gael Yeomans Araya, y de los diputados Miguel Crispi Serrano, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

I.- IDEA MATRIZ O FUNDAMENTAL DEL PROYECTO.

La idea matriz del proyecto busca erradicar la violencia ginecobstétrica y regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, de la persona recién nacida, de su familia o persona significativa, en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto y aborto en las tres causales establecidas en la ley N° 21.030, así como también en torno a su salud ginecológica, sexual y reproductiva.

II.- CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS.

Para los efectos de lo establecido en los números 2, 4 y 5 del artículo 302 del Reglamento de la Corporación, la Comisión dejó constancia de lo siguiente:

1.- DISPOSICIONES DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO:

No hay normas en tal calidad.

2.- ARTÍCULOS QUE DEBEN SER CONOCIDOS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 244, N° 15, en relación con lo dispuesto en el artículo 303, N° 6, ambos del Reglamento de la

¹ Se deja constancia de que la Comisión acordó sugerir a la Sala modificar la denominación del proyecto de la forma que se indica.

Corporación, la Presidenta de la Comisión determinó que no habían artículos en esta situación.

3.- VOTACIÓN GENERAL:

El proyecto fue aprobado en general por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, con 10 votos a favor y ningún voto en contra ni abstención.

Votaron a favor las diputadas Maya Fernández, Marcela Hernando, Erika Olivera, Maite Orsini (Presidenta), Ximena Ossandón, Joanna Pérez y Camila Rojas, Patricia Rubio, Marisela Santibáñez y Virginia Troncoso.

4.- DIPUTADA INFORMANTE:

Se designó como informante a la diputada **Claudia Mix Jiménez**.

III.- ANTECEDENTES.

El proyecto de ley en informe fue presentado a tramitación el 2 de octubre de 2018, dándose cuenta de él en la sesión 83ª/366, celebrada el día 10 de octubre de ese mismo año, ocasión en la que fue destinado, para su tramitación e informe, a la Comisión de Salud.

Con posterioridad, el 2 de diciembre de 2020, los Comités Parlamentarios acordaron remitir el proyecto a la Comisión de Mujeres y Equidad de Género.

En el mes de junio del año 2021, por determinación de la Presidenta de la Comisión, comenzó la discusión del proyecto de ley en la Comisión, destinándose once sesiones a su análisis.

En cuanto a su estructura, el proyecto de ley consta de seis Títulos, mediante los cuales se crea una normativa especializada que regula los derechos relacionados con el nacimiento, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así también como las sanciones en caso del incumplimiento de los mismos.

Los principios que sustentan el proyecto son los siguientes: principio de dignidad en el trato, de la autonomía de la mujer, de privacidad y confidencialidad, y de multiculturalidad. En tanto, los contenidos de esta iniciativa legal se resumen en la definición de hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, la enumeración de derechos de las mujeres en relación con la gestación, parto, postparto y aborto; el establecimiento de los derechos de las personas recién nacidas, del padre, madre, pareja y/o acompañante significativo de la

mujer, y la incorporación de normas relativas a la prevención y educación, a la responsabilidad médica y a los procedimientos de reclamación.

Finalmente, se propone modificar dos textos legales, a saber, el artículo 12 del Código Penal, con el objeto de incorporar como circunstancia agravante de la responsabilidad criminal, el hecho de cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica, y el artículo 37 de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud, en lo que respecta al reclamo que se presente por infracción de los derechos que se establecen en esta iniciativa legal.

IV.- FUNDAMENTOS.

Los autores de la moción señalan que la violencia hacia las mujeres debe ser erradicada en todas sus formas, pues no puede ser que existan circunstancias en que se encuentre invisibilizada y naturalizada y menos, en momentos tan cruciales e importantes para las vidas de las mujeres. Por muchos años se mantuvo la idea de que los médicos o el personal médico, en general, tenían derecho a realizar procedimientos o tomar decisiones sobre los cuerpos de las mujeres y los procesos reproductivos sin considerar su voluntad, así como también la creencia de que era normal la violencia en el momento del parto. Hoy se ha dejado de normalizar la violencia de género, y se exige un trato digno, y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, y de los proyectos de vida. En ningún espacio público o privado, bajo ninguna circunstancia, se puede justificar la violencia de ningún tipo contra las mujeres.

Traen a colación que en el último tiempo se han conocido casos mediáticos, donde por el trato indigno y violento hacia las mujeres en sus procesos de parto y parto, se ha terminado con la muerte de ellas o la de sus bebés, marcando de manera profunda sus vidas y las de sus familias. Existen miles de mujeres que se han visto sometidas a malos tratos, abuso verbal y violencia física durante sus procesos de parto.

Comentan que, según un estudio realizado por el Observatorio de Violencia Obstétrica, una de cada cuatro mujeres atendidas en el sector público recibió violencia física al interior de los hospitales, y el 56,4% señala haber sido criticada o reprimida por expresar dolor y emociones al momento del parto. Este análisis, además, muestra las brechas que se producen en cuanto a los establecimientos de salud. Así, por ejemplo, las experiencias donde los estándares de buen trato, comprensión, amabilidad, respeto por la intimidad de la mujer y empatía por los dolores no se cumplen, son entre 3 y 7 veces más altas en hospitales que en clínicas. Se observa que estos estándares de cuidado son

peores en las experiencias de parto de mujeres de niveles educacionales más bajos y de aquellas más jóvenes.

Indican que lo anterior se suma a las barreras que han existido desde la implementación de la ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, que ha implicado que el acceso a este derecho haya sido restringido y que las mujeres que solicitan la aplicación de dicho texto legal sean revictimizadas. A ello se agregan las dificultades que existen, principalmente para las adolescentes y mujeres jóvenes, para acceder a anticonceptivos y a la anticoncepción de emergencia en algunos servicios públicos; las mayores vulneraciones que viven las mujeres jóvenes, privadas de libertad, pobres, migrantes, lesbianas, transexuales, y quienes se encuentran en situaciones de discapacidad.

Afirman que la violencia ginecobstétrica es una de las formas de violencia contra las mujeres más invisibilizada y normalizada en nuestra sociedad, tanto por aspectos culturales, sociales, económicos y políticos, siendo precisamente su invisibilización y naturalización, lo que permite mantener en constante vulneración a las mujeres que reciben atenciones ginecológicas y obstétricas en nuestro país.

Manifiestan la necesidad de establecer en la ley un criterio de realidad, sustentado en las condiciones actuales de las mujeres, teniendo en cuenta que ninguna debe quedar excluida, principalmente aquellas más vulneradas. Asimismo, expresan la importancia de reconocer que las mujeres tienen derechos, que son soberanas sobre su cuerpo y por ende, tienen derecho a decidir y participar en las determinaciones médicas sobre cómo vivir su sexualidad, la anticoncepción, el número de hijos o hijas que desean tener, las condiciones del parto y los nacimientos; el derecho a ser informada, al acompañamiento, a la intimidad y privacidad, y a vivir libres de violencia, discriminación o coerción.

Sostienen que los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres deben ser considerados como derechos humanos y no relativizarse, al tiempo que es fundamental dejar de naturalizar las situaciones que constituyen violencia y vulneración de derechos, que no deben tolerarse.

V.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

- DISCUSIÓN GENERAL

La diputada **Mix**, en calidad de autora del proyecto de ley, agradeció a la Comisión por solicitar la remisión del proyecto de ley y ponerlo en tabla, ya que su tramitación se encontraba detenida en la Comisión de Salud por más de dos años, a pesar de su importancia.

A continuación, basándose en la siguiente presentación [VER](#), expuso sobre los antecedentes, principios y fundamentos de la moción.

Manifestó que la idea del proyecto surge gracias al trabajo y las conclusiones de la Mesa de Parto Respetado, conformada en junio de 2018, y se sustenta en los principios de dignidad de trato, autonomía de la mujer, privacidad y confidencialidad, y multiculturalidad.

Explicó que este proyecto de ley tiene por objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual. También busca erradicar la violencia ginecobstétrica en todas sus formas, por ser invisibilizada y naturalizada por décadas, en momentos cruciales e importantes para las vidas de las mujeres.

Trajo a colación que históricamente, se ha pensado que médicos(as) o el personal de salud, en general, al saber más que la paciente, tienen derecho a realizar procedimientos o tomar decisiones sobre sus cuerpos y procesos reproductivos sin considerar su voluntad, naturalizando el hecho de que tales procedimientos sean ejercidos de forma violenta.

En cuanto al contenido de la moción, señaló que esta materia tiene diversas aristas que requieren regulación, entre las que destacó: la tipificación de los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica; el derecho del nacimiento; los derechos de las mujeres en relación con la gestación, parto y postparto; los derechos de las personas recién nacidas; los derechos del padre, madre, recién nacido, pareja y/o acompañante significativo de la mujer; la prevención y educación; la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación, entre otros aspectos.

Dio a conocer que, en el artículo 3, se define lo que debe entenderse por violencia ginecobstétrica como “todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer”.

Añadió que, por su parte, en el Título IV, denominado “De la prevención y educación” se busca fomentar el parto respetado a través del establecimiento de ciertos hechos de violencia ginecobstétrica y la regulación de un plan de parto respetado, lo que constituye una novedad. Se trata de un plan de parto que las mujeres puedan llevar consigo donde deseen parir y que deba ser respetado por las distintas instituciones de salud, sean públicas o privadas.

Destacó, también, el contenido del Título V, denominado “De la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación”, que regula la responsabilidad sanitaria y administrativa en el caso del incumplimiento de estos derechos.

Hizo notar que hay muchas mujeres y familias completas que han sido víctimas de este tipo de violencia invisibilizada y naturalizada por tanto tiempo en nuestro país, y que este proyecto de ley busca precisamente hacer justicia por todas ellas.

Recalcó que el proyecto de ley en discusión es un proyecto integral que se hace cargo, por un lado, de manera muy clara, de los aspectos de prevención, mejorando las condiciones de formación de los profesionales de la salud vinculados al nacimiento y, por otra, explícita y reconoce la violencia ginecobstétrica como un tipo de violencia, sancionándola.

Justificó la idea de sancionar la violencia ginecobstétrica en tanto obliga a los profesionales involucrados a ser más responsables de sus decisiones y a empatizar, a la vez que soluciona el problema que enfrentan las víctimas para denunciar estos hechos, ya que, al no encontrarse tipificada, deben hacerlo a través de la ley de derechos y deberes del paciente. Al reconocer y sancionar esta violencia naturalizada por décadas, se hace cargo de una deuda histórica con madres y abuelas, lo que implica un cambio de paradigma, al establecer que los responsables de ella asuman el costo de sus acciones. No obstante, para lograr dicho cambio, se requiere que el Estado asuma la responsabilidad que le compete por la vía de garantizar y reconocer los derechos asociados al nacimiento, lo que también se traducirá en mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

Reiteró que el proyecto de ley es fruto del trabajo mancomunado entre distintas organizaciones de la sociedad civil y la labor legislativa, agradeciéndoles una vez más su compromiso y lucha.

Con ocasión de la discusión general, se recibió la opinión de numerosas personas, expertos y organizaciones interesadas en el tema, las que se señalan a continuación²:

² Asimismo, cabe hacer presente que el proyecto fue publicado en la plataforma Congreso Virtual <http://www.congresovirtual.cl>, con la finalidad de que la ciudadanía pudiera votar y hacer comentarios en torno al mismo. El reporte respectivo consta en la cuenta de la sesión 134^a, celebrada el 6 de septiembre de 2021.

1) La abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile), doña Carla Bravo.

Con la intención de evidenciar la importancia y necesidad del proyecto, presentó dos testimonios de mujeres que han sido víctimas de violencia ginecobstétrica, que coincidían en cuanto a la indiferencia y abandono que se presentó, por parte del personal de salud, durante el trabajo de parto, tanto en lo que respecta al dolor que sufrieron como en la atención de sus necesidades y la consideración de sus observaciones. Durante el proceso, las futuras madres son discriminadas e infantilizadas, por lo que no se les entrega información y se les maltrata si se quejan o no pujan correctamente, haciéndolas sentir culpables. Al no tomar en cuenta sus alertas de dolor o incomodidad durante horas, se han presentado muchos casos en que, después de monitorear, se han percatado de que el bebé se encuentra con sufrimiento fetal, lo que tampoco se informa a la madre. Como consecuencia de esta violencia, muchos niños mueren o quedan con graves secuelas.

Señaló que la violencia que se pretende regular se caracteriza por una asimetría de poder y de información, que se manifiesta a través de distintas situaciones, entre las que destacó el trato deshumanizado, el abuso de medicación y la patologización de procesos naturales del ciclo sexual y reproductivo. Estas expresiones de violencia tienen en común la negación de la autonomía de la mujer y su carácter de sujeto de derechos, toda vez que constituyen prácticas que vulneran su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y procesos reproductivos, afectando la satisfacción y seguridad que debiese sentir en un momento tan importante y significativo como es el proceso de convertirse en madre, que determina de manera importante el vínculo con el recién nacido.

Sostuvo que la violencia ginecobstétrica se puede analizar y medir objetivamente. Si bien la experiencia del daño es subjetiva y particular, hay criterios y parámetros que se pueden observar para calificar una determinada conducta como violenta en este ámbito. En ese sentido, los elementos que la moción identifica para determinar este tipo de violencia son la negación de la mujer como sujeto, la infantilización y la objetivación de su cuerpo. También se considera la falta de información, la entrega de información falsa o incompleta, infundir miedos inexistentes e inducir a la toma de ciertas decisiones que son convenientes únicamente para el equipo médico.

Comentó que en el año 2019, la ONU reconoció que la violencia ginecobstétrica es una violación a los derechos humanos de las mujeres, si se considera la gravedad de este tipo de prácticas a nivel mundial y el factor de violencia de género que presentan.

Dio a conocer desfavorables cifras en Chile sobre el cumplimiento del contacto “piel con piel” de la madre con el hijo, y del acompañamiento significativo durante el parto y en el trabajo de parto, que dan cuenta de la necesidad de legislar sobre la materia y de la magnitud del problema, que se ha visto exacerbado con ocasión de la pandemia, lo que ha afectado aún más estas cifras, por ejemplo, con la prohibición del acompañamiento al momento de parir, medida que se ha aplicado mayoritariamente en el sector público. El 43% de las mujeres atendidas en el sector público declara haber recibido algún tipo de crítica o represión de sus emociones o expresiones de dolor, porcentaje que alcanza al 17%, en el ámbito de la atención privada. El acompañamiento continuo y significativo únicamente se presentó en el 39% de los casos en el sector público y en el 79%, en el sector privado. Estas cifras evidencian, además, una diferencia de clase, pues en el ámbito público se triplica la violencia y el abuso físico respecto de lo que sucede en el ámbito privado.

Aseguró que la moción ofrece un cambio de paradigma importante, en el que se propende al respeto por el trabajo de parto de la mujer y se le reconoce soberanía sobre su propio cuerpo, dando cumplimiento a los pactos internacionales que Chile ha suscrito para terminar con todo tipo de violencia y discriminación contra la mujer.

2) Doña Adriana Palacios, víctima de violencia obstétrica.

Expuso su experiencia, relatando los siguientes hechos:

Encontrándose con 39 semanas de embarazo, concurrió con dolores al hospital de la ciudad de Iquique. La doctora que la atendió le dijo que no tenía esas semanas de embarazo, que de seguro había dado mal la fecha “en que se metió con el cabro”, que no exagerara los dolores y que preguntara en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), de Pozo Almonte, antes de ir a Iquique nuevamente. Su fecha de término de embarazo estaba fijada para el día 21 de julio de 2017.

Concurrió varias veces al mencionado SAPU, con fuertes dolores, pero la revisaban de mala gana y la mandaban nuevamente a su hogar. El día 3 de agosto, con contracciones y notorio trabajo de parto, asistió nuevamente pero una doctora le dijo, en malos términos, que no se encontraba dilatada y que volviera al día siguiente. El 4 de agosto regresó a las 07.00 horas, pero la matrona no estaba y le dijeron que volviera a las 16.00 horas, pero no aguantó los dolores y regresó a las 10.00 horas. Esperó en una camilla, sin ningún tipo de atención y con fuertes dolores, a una ambulancia que la llevara a Iquique, que llegó cerca de las 14.00 horas.

En Iquique le hicieron una ecografía y el doctor le dijo “tu óbito está muerto”, momento en que sintió que su corazón se detuvo. Llegó una matrona que, mientras le sacaba la ropa bruscamente, le dijo “tú mamá tiene el medio show afuera y tú ni siquiera lloras, parece que no querías a tu hija”. La trasladaron a una sala, donde muchas personas le hicieron tacto vaginal y la revisaron, pero nadie le hablaba. Le pusieron la epidural tantas veces que al final le dejaron un catéter. Después entraron dos personas y le dijeron que empezaría su trabajo de parto. Dado que el dolor le impedía pujar, utilizaron fórceps y uno de ellos se subió sobre su estómago, presionando hasta tal punto que la hizo vomitar, hecho por el cual recibió una cachetada y un seco “vomita para allá”. La dejaron con las piernas abiertas, amarrada a la camilla, en un charco de su propia sangre. Ahí se durmió. Cuando despertó, llevaba más de nueve horas con su hija muerta en su interior.

A las 21.45 horas decidieron hacerle una cesárea. Con 42 semanas y 3 días nació Trinidad, sin vida, después de una semana de trabajo de parto, donde solo fue ignorada y maltratada.

Acotó que hace cuatro años, tras vivir la injusta muerte de su hija Trinidad, abrió una página en internet para compartir las experiencias de otras familias que hayan vivido situaciones similares. Así, pudo constatar que, lamentablemente, la violencia ginecobstétrica existe a lo largo de todo Chile, en las instituciones de salud públicas y privadas, sin distinción de edad ni estrato socioeconómico.

3) Don Luis Véliz, víctima de violencia obstétrica, en su calidad de padre de Rafaela Veliz y cónyuge de Laura Sepúlveda.

Manifestó que este proyecto es una luz de esperanza para muchos padres que han sufrido este tipo de violencia. Acto seguido expuso los siguientes hechos ocurridos en la Clínica Dávila, en los que tuvo participación un equipo médico a cargo del doctor Jaime Roa Burgos.

Comentó que eligieron esa clínica porque quedaba cerca de la tienda donde trabaja su esposa. El último periodo del embarazo, su cónyuge Laura tuvo que estar en reposo por presentar síntomas de preclampsia.

El día que rompió fuente concurren a la clínica y, encontrándose con 9 cm de dilatación, comenzó el trabajo de parto, encontrándose Rafaela completamente sana.

En la sala de parto se dieron cuenta de que el bebé no estaba en la posición correcta y el doctor comenzó a rotarla manualmente, sin anestesia. Hizo presente la indolencia y dureza de los comentarios del equipo médico, naturalizados dentro del rubro. Le decían, por ejemplo, que no fuera exagerada, que tenía que aguantar, y que era mamá primeriza.

El médico no pudo rotar a Rafaela y las llevaron a la sala de parto, donde continuó intentándolo. Fue tan brutal su trabajo que tuvieron que aumentar la dosis de anestesia, lo que afectó la capacidad de pujar de Laura. No le permitieron ingresar al parto, bajo el argumento de que sería extenso y el doctor necesitaba concentración. Los gritos de Laura se escuchaban desde el pasillo.

Al no obtener resultados, el médico decidió utilizar fórceps, de manera extremadamente violenta, lo que produjo en Rafaela una fractura múltiple de cráneo con desprendimiento de masa encefálica, hematomas en el cuello y asfixia.

Le permitieron entrar diez minutos antes de concluir el parto. Su mujer se encontraba casi inconsciente. Armaron un escenario donde le dijeron que Laura estaba cansada, que debía motivarla a pujar, pues de lo contrario su hija no nacería. Ingenuamente comenzó a despertarla y a rogarle que hiciera el esfuerzo. Su hija nació sin latidos, entre sangre y excrementos.

Tras quince largos y agónicos minutos, la neonatóloga Marcela Díaz logró revivirla y se la llevaron a la UCI Neonatal. Después del parto, la profesional le contó que le pidió en dos ocasiones al doctor que hiciera una cesárea porque de lo contrario Rafaela moriría, y probablemente Laura, a lo que el médico se negó, argumentando que era él quien estaba a cargo. Le advirtió que le inventarían excusas, pero que el responsable del estado de su hija era el doctor Jaime Roa Burgos, quien tuvo la posibilidad de revertir la situación y no quiso.

En la actualidad, Rafaela tiene 1 año y 7 meses, sufre parálisis cerebral, es ciega, toma diariamente varios medicamentos para suplir muchas funciones que controla el cerebro, y asiste a la Teletón. Tiene el 99% de su cerebro infartado, muerto, y vive de milagro.

Hay un juicio contra el médico, debiendo ser formalizado el 22 de julio por cuasidelito de lesiones graves y gravísimas contra su hija y su esposa.

Por su parte, Laura, después de 1 año y 7 meses de esa experiencia, ha comenzado a recuperarse físicamente. En términos emocionales, aseguró que se trata de una herida que llevarán toda la vida y deberán aprender a vivir con ella, sorteando el día a día, sin proyecciones, sin saber lo que pasará mañana, aprovechando el tiempo que tienen con su hija.

Destacó la importancia y la necesidad de reconocer, conceptualizar y tipificar este tipo de violencia, ya que su poca visibilización y su negación hacen muy difícil su denuncia y posterior reparación.

Por otra parte, hizo presente que en las páginas de búsqueda de profesionales de la salud solo se permite dar buenos comentarios, y que no existe una plataforma para dar a conocer las malas experiencias que se tengan en esta materia, como tampoco un ente regulador a quien dar cuenta de ellas.

La diputada **Mix**, autora de la moción, agradeció los testimonios de Adriana y Luis, valorando la valentía de compartirlos públicamente.

Observó que los dos casos que se han tenido a la vista dan cuenta de la existencia de este tipo de violencia, con independencia de la región donde se encuentre el establecimiento de salud o si es público o privado, dado que la VGO es una realidad transversal y no hace diferencias.

Indicó que lo anterior hace patente la necesidad de contar con una legislación que la identifique y la conceptualice, para avanzar en el cambio cultural y estructural que requieren los sistemas de salud.

La diputada **Cariola**, en su calidad de coautora de la moción, manifestó que el diseño e implementación de las políticas públicas tienen mayor valor cuando se basan en la experiencia de las personas, por lo que agradeció a Luis y Adriana por compartir sus vivencias.

La diputada **Ossandón** señaló que los testimonios que han escuchado dan cuenta de la deshumanización que permea varias áreas de la salud, no solo el ámbito del parto y preparto. En ese sentido, el proyecto constituye un avance necesario hacia la humanización y dignidad de trato en la atención médica, y sugirió potenciar ese enfoque para no politizarlo y así alcanzar el objetivo deseado.

4) La Directora Ejecutiva de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile (Asomat), doña Katuska Rojas.

Señaló que la Asociación que representa, al igual que otras organizaciones sociales, que mencionó, es partidaria de erradicar y visibilizar la violencia ginecobstétrica (VGO), ya que es un proceso doloroso para el equipo de salud, para las mujeres y las familias que son víctimas de ello.

Basándose en la siguiente presentación [VER](#), explicó que el origen de la VGO es intergeneracional, interdisciplinaria e intersectorial. Se trata de una cultura institucional y arquitectónica que la valida y promueve dentro de las instituciones de la salud. La evidencia científica utilizada en las Escuelas de Obstetricia no se ha actualizado a la realidad nacional, ya sea en cuanto a la interseccionalidad; la diversidad sexo-genérica, étnica, migratoria; a las personas en situación de discapacidad, al perfil sociodemográfico, y a la vulnerabilidad, entre otros factores. Se observa temor y miedo a la fisiología del cuerpo humano femenino, lo cual desencadena una serie de intervenciones médicas innecesarias para apresurar procesos fisiológicos, por ejemplo, durante el nacimiento.

Explicó que el proyecto de ley se hace cargo de la problemática expuesta estableciendo los siguientes principios:

- Principio de dignidad en el trato, el que se traduce a sostener que ninguna mujer podrá ser objeto de maltrato o agresión psicológica, física o sexual, durante la atención de la gestación, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a las atenciones

ginecológicas y sexuales. Los prestadores de salud deberán entregar un trato digno a la mujer durante todo el periodo de su atención de salud.

- Principio de la autonomía de la mujer, según el cual ninguna mujer podrá ser sometida a una prestación de salud no consentida durante la atención de la gestación, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, ni en las atenciones ginecológicas y sexuales. Lo anterior es sin perjuicio de las excepciones establecidas en la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud.

- Principio de confidencialidad y privacidad, en virtud del cual todas las prestaciones de salud en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán realizarse en un ambiente que proteja la privacidad de la mujer. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, a la que no se podrá tener acceso, sino en virtud de la autorización expresa de la paciente.

- Principio de multiculturalidad, según el cual los prestadores de salud que realicen las atenciones en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán propender al respeto de la multiculturalidad en todas sus formas.

Afirmó que las políticas sanitarias obstétricas y ginecológicas vigentes se basan en un modelo educativo patriarcal y asistencialista, con normativas y procedimientos obsoletos.

Dio a conocer que la Asociación que representa realizó una primera Convención Nacional sobre la materia, que permitió recoger las propuestas colectivas y la mirada de toda la matronería de base, de la que el proyecto de ley da cuenta, coincidiendo en las siguientes necesidades y mejoras:

- Realizar una formación profesional-disciplinar en aspectos que permitan visualizar la salud y la enfermedad de manera integral desde un enfoque de derechos, diversidad, inclusivo y de género.

- Asegurar la ocupación de las salas de atención integral al parto (SAIP), propiciar ambiente o escenarios físicos dentro de la unidad, que sean amables para la atención del parto, el nacimiento y el puerperio.

- Capacitar al equipo de salud en atención integral del nacimiento y puerperio.

- Actualizar los protocolos locales y la información para usuarias con sentido de pertenencia e inclusión en la población: diversidad sexo-genérica, etnia o pueblos originarios, y personas en situación de discapacidad.

- Contar con instrumentos que permitan resguardar la incorporación del buen trato, tales como las encuestas de atención y el buen trato en el puerperio, los servicios de ginecología y la atención primaria.

- Capacitar constantemente al personal de los establecimientos de salud, respondiendo a los nuevos avances y transformaciones sociales.

- Profundizar con espacios educativos en los establecimientos de salud, tanto para el personal y las mujeres usuarias, sobre los tipos de violencia de género, respeto a los derechos sexuales y reproductivos y autonomía de los cuerpos.

- Mejorar la gestión de los recursos e infraestructura de los hospitales y centros de atención primaria de salud.

En ese sentido, con el propósito de asegurar un mejor cumplimiento de su objeto, sugirió incorporar a la moción las siguientes propuestas:

1.- Diseñar un Comité de Buenos Tratos dentro del equipo de salud, que permita identificar situaciones de VGO y malos tratos dentro del mismo, ya que en la normativa vigente, como el DFL N°1, de 2005, o el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, no existe una instancia de ese tipo. Su incorporación es relativamente sencilla dentro de los establecimientos públicos, mediante la modificación del mencionado Reglamento. Tratándose de los establecimientos privados, se requiere de una ley que los obligue a contar con dichos comités dentro de sus equipos de salud sexual y reproductiva.

2.- Establecer mesas de trabajo semanales o mensuales, lideradas por el Comité de Buenos Tratos, para que se analicen los casos de VGO que se presenten en el respectivo establecimiento, con el propósito de identificar sus causas, establecer responsabilidades, generar propuestas de mejora y entregar reparación a la familia y a la mujer. En el caso de los establecimientos públicos, su incorporación es relativamente sencilla mediante la modificación del Reglamento y, tratándose de los establecimientos privados, también se requeriría una ley especial que incorpore el procedimiento.

3. Potenciar políticas públicas como el Programa Chile Crece Contigo, mejorando su implementación y regulación, considerando las diversas realidades de nuestro país, geográficas, culturales y los distintos recursos de los cuales se dispone o se carece (infraestructura, logística, manejo de diferentes lenguajes e idiomas, entre otros).

4. Establecer el derecho protegido a elegir el lugar del parto desde las determinantes sociales, pues existe desigualdad en esta materia, lo que se refleja en la segregación socioeconómica, que permite que solo las mujeres y familias que tengan los medios económicos puedan elegir el equipo médico que las acompañará en su parto. La única normativa aplicable en este ámbito es la ley N° 19.966, sobre garantías explícitas de salud, que no contempla tal derecho.

5. Establecer estándares de calidad en los procesos de acreditación de los establecimientos de salud, vinculados al parto respetado y a la prevención de la VGO, lo que debiera ser uno de los objetivos principales a evaluar en los procesos de acreditación hospitalaria y no solamente el ámbito de las

prestaciones de salud. Actualmente, se carece de una perspectiva de política pública desde la índole preventiva o de salud familiar.

6. Fomentar el aprendizaje de los programas existentes, como iniciativa de las jefaturas en los centros de salud, en sus diferentes niveles de atención, desde una perspectiva de política pública de índole preventiva y de salud familiar.

7. Vigilar y supervisar los derechos de las mujeres y prevenir la VGO. La institución pública actualmente existente con competencia para la fiscalización de los establecimientos de salud es la Superintendencia de Salud, la que, conforme al artículo 107 del DFL N°1, de 2005, debe supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsual, en los términos que señalen los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. De este modo, en la medida en que se incorporen en el ordenamiento jurídico instrumentos que establezcan el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia de género y la VGO, más allá de los ya existentes, corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar su cumplimiento.

8. Generar instancias de reparación y acompañamiento psicológico y emocional para las mujeres víctimas de VGO ante sus procesos de gestación, parto, postparto y pérdidas reproductivas.

9. Visibilizar, educar e incluir culturalmente la diversidad sexo-genérica, específicamente, de las mujeres trans en el contexto de su gestación, parto y postparto.

10. Generar instancias protocolares y políticas públicas en base a la recopilación de información sobre la opinión de las mujeres. Al mismo tiempo, incentivar, incluir e informar a la población y a las mujeres en relación con sus derechos sexuales y reproductivos, sus opciones, como el lugar donde parir (instituciones privadas, públicas, y/o parto domiciliario programado acompañado por profesionales, como alternativas consideradas dentro del sistema de salud), y educar sobre las instancias que existen para exigirlos.

11. Acreditar hospitales y clínicas que garanticen la atención respetuosa y personalizada, a través de la figura distintiva de “hospitales y clínicas amigos/amigable del parto respetado, libres de VGO”, indicador a considerar de cara a los procesos de acreditación de las instituciones sanitarias. Asimismo, asociar la certificación de parto respetado a la garantía explícita de calidad para las prestaciones de la ley N° 19.966, sobre garantías explícitas de salud, en lo concerniente al parto, la prematuridad y las enfermedades del recién nacido.

12. Levantar información valiosa que pueda generar un registro objetivo en base a las prácticas profesionales en torno al parto respetado y personalizado, así como también al grado de satisfacción de las usuarias.

Enfatizó que el modelo de salud imperante y los procedimientos que se utilizan en la atención son muy conservadores y patriarcales, incluso desde la

formación de pregrado. En particular, en el procedimiento de parto y parto, se realizan múltiples intervenciones, algunas innecesarias, sin tomar en consideración el consentimiento de la mujer, como exceso de tactos vaginales, episiotomía no informada o sobremedicación.

Acotó que la matronería, ejercida fundamentalmente por mujeres, también es víctima del modelo señalado, y muchas veces deben seguir indicaciones que pasan a llevar los derechos de las mujeres, sin posibilidad de cuestionarlos. Una gran parte de la problemática que se observa no depende del equipo de salud, sino de la jerarquía propiamente tal e incluso muchas colegas compran con recursos propios medicina complementaria, como aromaterapia, u otros insumos para relajar el proceso de parto.

Indicó que, con todo, parece difícil de creer que todavía existan personas o gremios que nieguen la existencia de este tipo de violencia, teniendo en cuenta toda la evidencia que se ha podido recabar, y que no exista un interés, desde las instituciones, en erradicarla y repararla. En ese sentido, las propuestas buscan generar una política pública que se haga cargo y visibilice la violencia que sufren día a día las mujeres, tanto en instituciones públicas como privadas.

Hizo hincapié en que Asomat no se hará cómplice de ningún tipo de violencia que se ejerza contra la mujer.

La diputada **Cariola** coincidió en que el sistema de salud vigente es profundamente patriarcal y valoró que, desde la matronería, se esté atendiendo esta problemática, no solo desde la autocrítica sino desde la responsabilidad, con el objetivo de erradicar estas prácticas violentas y machistas.

Previno que lo anterior no se encuentra ligado a una profesión o rubro específico, pues no se trata de estigmatizar a un determinado ejercicio profesional, sino de entender que el modelo general imperante, que se expresa en distintas áreas, ha llevado a la reproducción y naturalización de distintas formas de violencia contra la mujer, entre ellas, la violencia ginecobstétrica.

La diputada **Ossandón** aseguró que la violencia ginecobstétrica es anterior al modelo patriarcal mencionado e, incluso, en los últimos años ha ido mejorando, pues antes era mucho peor.

La diputada **Olivera** reconoció que los proyectos emblemáticos muchas veces surgen de lamentables experiencias, con el objetivo de darles justicia y prevenir su repetición.

Manifestó que el modelo patriarcal rige muchas áreas de nuestra sociedad, desde siempre. Las mujeres comenzaron a dar una lucha contra él y no contra los hombres, para recuperar espacios que se le han privado o arrebatado.

5) Doña Valentina Morales, familiar de víctima de violencia obstétrica.

Relató los siguientes hechos que afectaron a su prima Gabriela Leiva:

Gabriela concurrió el 1 de mayo de 2020 al servicio de urgencias del Hospital Las Higueras, de Talcahuano, por fuertes dolores de parto y contracciones. Se trataba de su segundo embarazo y estaba programado por cesárea en una clínica particular, ya que su primer parto también había sido por cesárea.

Ingresó a las 09.25 horas de la mañana y recién a las 15.00 horas la hospitalizaron. El equipo médico tomó la decisión de inyectarle oxitocina e inducir un parto normal, a pesar de su negativa y de haber hecho presente su cesárea anterior.

Ella se encontraba sola, debido a los protocolos vigentes con ocasión de la pandemia, y con mucho dolor. Las pacientes que fueron testigos de los hechos relatan que mientras más se quejaba menos atención le daban. Finalmente, a las 20.00 horas, después de mucha insistencia de su parte, accedieron a realizarle un monitoreo fetal y se dieron cuenta de que los latidos del bebé eran muy bajos. Le dijeron que ingresaría a pabellón, que tomara sus cosas y se fuera caminando. Pidió ayuda, explicó que sus dolores eran muy fuertes pero nadie la ayudó. A mitad de pasillo, se desmayó y comenzó a sangrar.

Debido a lo anterior, optaron por realizar una cesárea de urgencia y sacaron a la pequeña Leonor, de 35 semanas de gestación, sin vida. En el procedimiento, Gabriela perdió su útero y comprometieron parte de su vejiga. En principio, le negaron la posibilidad de despedirse de su hija y solo por insistencia de su pareja pudo hacerlo.

Dos días después, Gabriela, que se encontraba en la UTI, falleció por un shock hipovolémico. La familia no se explica qué ocurrió entre la noche del 1 de mayo y la mañana del 3 de mayo de 2020. Gabriela dejó a un hijo de 5 años, Mateo, a Pablo, su pareja, y una habitación con una cuna que hasta el día de hoy sigue intacta.

Destacó la importancia de que las mujeres decidan sobre sus cuerpos y experiencias de parto, que reciban un trato digno y sean escuchadas durante todo el proceso.

6) Doña María José Cáceres, víctima de violencia obstétrica.

Relató que el 23 de abril de 2021, encontrándose embarazada por primera vez, rompió bolsa en casa y concurrió inmediatamente al Hospital de Curicó.

Después de dos horas de espera la ingresaron a la sala de parto donde estuvo mucho tiempo esperando sola. Expresó la indolencia que sintió por parte de las matronas, quienes no se conmovieron en ningún momento con su inexperiencia, soledad ni dolor. Al contrario, le pidieron que no hiciera “show”. En la madrugada, rogó por anestesia porque ya no aguantaba más y se la pusieron de mala gana.

A las 09.00 de la mañana, la llevaron a la sala de parto donde estuvo mucho rato tratando de parir. Cuando el médico llegó, le dijo que iba a utilizar fórceps, a lo que ella se negó. Sin embargo, lo hizo de todas maneras y ella sintió todo, sin anestesia. Se llevaron a su hijo sin mostrárselo ni darle una explicación. En la tarde, encontrándose en recuperación en una sala compartida con otras pacientes que estaban con sus hijos recién nacidos, le dijeron a sangre fría que su hijo había muerto.

Manifestó que las secuelas de la experiencia traumática son muy profundas y que no quiere volver a ser madre, ya que tiene miedo a vivir una situación similar.

7) Doña Yanira Madariaga, representante de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal.

Manifestó que se encuentra esperanzada porque se está pariendo otro Chile y se debe estar a la altura.

Recordó la experiencia de la madre mapuche, Lorenza Cayuhan, que fue obligada a parir engrillada hace cinco años atrás. Se preguntó si una mujer merece sufrir humillaciones en uno de los momentos más trascendentales de su vida y si ese hijo merece llegar a este mundo en medio de malos tratos y vulneraciones.

A través de la siguiente presentación [VER](#), explicó que la organización que representa está conformada por psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales, y que tiene como objetivo la promoción, prevención, abordaje y acompañamiento temprano de la salud mental perinatal de las mujeres, sus bebés y sus familias, así como también propiciar la formación, actualización y mejora continua y especializada en la etapa que rodea al nacimiento.

Señaló que el parto es una experiencia biosicosocial, sexual y espiritual. La evidencia científica indica que las mujeres necesitan ciertas condiciones psicológicas para el parto, a saber, seguridad, tranquilidad y baja estimulación cortical. El miedo y la inseguridad del entorno lo inhiben y prolongan. En general, si el parto es cuidado, la mujer va a sentir un incremento en su autoestima y mayor poderío, impactando también en su maternidad. La forma en que transcurre afecta

profundamente al periodo perinatal, al vínculo con el bebé, la sexualidad, la pareja, así como también el nacimiento.

Expresó que las experiencias psíquicas del parto tienen muchas implicancias, ya que se trata de un evento psicológicamente muy significativo en la vida, de modo tal que las mujeres siempre recuerdan sus partos con gran detalle y emoción. Por ello, se requiere lograr una experiencia de parto positiva que, según la Organización Mundial de la Salud, es aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer y que, además, implica comprender qué constituye un entorno psicológicamente seguro para dar a luz, lo que requiere, a su vez, escuchar y aprender de las experiencias de parto de las mujeres.

Afirmó que una experiencia positiva de parto va más allá de dar a luz a un bebé sano y requiere validar las emociones de las mujeres. La consideración al aspecto psíquico dentro del parto va a marcar la transición de la maternidad y las trayectorias de vida de los recién nacidos.

Sostuvo que el proyecto de ley establece una serie de derechos de las mujeres y de los recién nacidos. Así, se reconoce, en el caso de las primeras, el derecho a una experiencia positiva de parto, libre de violencia obstétrica; a tener acompañamiento emocional continuo; a ser informada; a manifestar su consentimiento; al contacto piel con piel y al inicio de la lactancia materna inmediatamente, todo lo cual se traduce en el reconocimiento de su derecho a ser protagonistas en este momento tan significativo en sus vidas.

En cuanto a las experiencias negativas de parto, señaló que están imbricadas en el concepto de violencia obstétrica como violencia de género. Los malos tratos individuales que las mujeres sufren son la manifestación particular y específica de los malos tratos estructurales, institucionalizados, que forman parte del orden patriarcal. Su propia institucionalización hace que pasen inadvertidos y circulen como un material obvio respecto del que no hay que dar explicaciones ni justificarse. La violencia obstétrica está bastante invisibilizada y, al igual que otros tipos de violencia de género, en la medida en que se aborde se comenzará a entender la necesidad del cambio de paradigma.

Comentó que estudios nacionales e internacionales dan cuenta de que la mayoría de las respuestas de las mujeres reportaron falta de apoyo, sentimientos de engaño por parte del personal sanitario y diferentes problemas durante el parto y postparto. El miedo, la soledad, el estrés, el trauma y la depresión son una constante en sus discursos. La encuesta de OVO, en el año 2018, evidenció estándares de cuidado deficientes, con una mayor brecha en los hospitales públicos. Por su parte, según la encuesta de la Colectiva V.G.O., del

año 2020, casi el 80% de las mujeres siente haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica. El 44.9% de las participantes fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos despersonalizantes, como "mamita", "gordita", entre otros, o como si fueran incapaces de comprender los procesos por los que estaban atravesando. El 42.8% fue criticada por expresar sus emociones con llantos o gritos de dolor durante el trabajo de parto. El 45.9% manifestó que le realizaron procedimientos sin pedir su consentimiento o sin explicar la razón por la cual eran necesarios. Al 28.6% se le prohibió estar acompañada por alguien de su confianza; al 24.9% se le impidió el contacto inmediato con el recién nacido antes de que se lo llevaran a control neonatológico y el 46.6% se sintió vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.

En cuanto a las implicancias psicoemocionales de la violencia obstétrica, explicó que la mayoría de los estudios asocian la experiencia negativa del parto con la depresión posparto, ansiedad posparto y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La violencia obstétrica, como evento traumático, deja huellas en la experiencia materna, en la autoestima, en la sexualidad, en la pareja y también repercute en la vida de la persona que nace. En nuestro país, no hay garantía de atención en salud mental para reparar este tipo de violencia.

Planteó que por todo lo expuesto, surge la necesidad de un cambio de paradigma, un nuevo modelo de atención del parto que integre la comprensión fisiológica, psicosocial y espiritual, y que se base en una perspectiva salutogénica, de derechos humanos y de promoción de la salud. Tal enfoque propiciaría una experiencia saludable y satisfactoria del parto, no solo para las mujeres, los recién nacidos y sus familias, sino también para los profesionales que les atienden.

El nuevo paradigma implica una serie de ejes relevantes, entre los que destacó: el cambio del enfoque tecnocrático por uno integral; el acceso a educación prenatal con enfoque de género, derechos humanos y salud mental perinatal; una ética de cuidados desde el periodo perinatal que facilite trayectorias de vida saludables, tanto física como mental; la educación, actualización y autocuidado de los profesionales de la salud, y los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias.

Afirmó que una ley de parto respetado servirá para garantizar los derechos de las mujeres y sus hijos a partir de la gestación, desde una mirada preventiva de promoción, para favorecer experiencias positivas de parto e impactar benéficamente en la salud mental de las madres, los bebés y sus familias y, por tanto, de toda la sociedad.

Hizo hincapié en que una atención basada en la evidencia y que cuide los aspectos psicológicos del proceso no excluye el uso de intervenciones

médicas cuando es necesario. Las experiencias psicológicas durante el parto tienen como finalidad no solo facilitarlas, sino también realizar una transición óptima hacia la maternidad, así como garantizar un nacimiento libre de violencia.

8) Doña Natasha Toledo Jara, Directora de la Corporación ParirNOS Chile.

Basada en la siguiente presentación [VER](#), expresó que el proyecto de ley tiene un carácter integral, que abarca diferentes prestaciones ginecobstétricas, incluyendo las del aborto en tres causales.

En el contexto de la violencia que ocurre al momento de la gestación y el parto, comentó que la organización que dirige formuló en sus redes sociales la siguiente pregunta abierta: ¿sientes que viviste violencia obstétrica? Muchas mujeres comenzaron a comentar en una frase su experiencia, entre las que destacaron las siguientes:

- “Sentí soledad, hambre, sed y dolor. El momento que debió ser hermoso fue traumático”.

- “Aún recuerdo el momento en que el ginecólogo me dijo que si no me calmaba me iba a anestesiarse completa”.

- “Te doy una hora para dilatar, si no te meto fórceps”.

- “Aquí tení tu domingo 7, me dijo frente a todos con risa irónica”.

- “¿Por qué quieres esperar un parto vaginal? ¿para seguir un capricho?”.

- “Deja de llorar y abre bien las piernas para que te meta los dedos. Si no me dejas a mí va a venir el doctor y ese sí que los mete fuerte”.

- “Así, bien amarrada por ser primeriza”.

Señaló que lamentablemente ese tipo de frases son frecuentes en el proceso de parto y aunque no constituyen negligencia, ni mala praxis, u omisiones, son violencia ginecobstétrica y la moción las reconoce como tal.

Aseveró que se necesita de manera urgente una ley que ponga a la mujer en el centro de los cuidados y que releve la calidad de la atención más allá de lo biológico. Habitualmente, este tipo de violencia queda oculta tras muy buenos resultados en salud, pero no es dable pensar que una mujer que inicia su maternidad sintiéndose abusada, humillada, descalificada, infantilizada o despojada de la confianza para poder cuidar a su hijo, se encuentre realmente sana.

En cuanto a las cifras, expuso que el 85,1% de las mujeres no puede comer ni beber durante su trabajo de parto; el 90% recibe oxitocina sintética, medicamento para acelerar e intensificar las contracciones uterinas; casi el 80%

da a luz en posición ginecológica acostada y en algunos hospitales y clínicas se usa hasta en el 99% de los partos; en casi el 60%, se rompen artificialmente las membranas (bolsa). Solo el 25% de los hospitales públicos permite acompañamiento continuo en el trabajo de parto y en el parto mismo, porcentaje que aumenta al 87%, en el caso de las clínicas.

Dio a conocer que el parto, parto y postparto no son eventos patológicos, sino hitos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Sin embargo, la norma cultural indica que la gestación y el parto deben siempre ocurrir en un contexto hospitalario y que la mujer debe ser tratada como enferma. Es necesario dejar de considerar el parto como una enfermedad y aprender a acompañar las necesidades básicas de la mujer en ese momento: seguridad, intimidad, tranquilidad y libre movimiento, que son muy simples y no necesitan gran tecnología. Estas condiciones favorecen el flujo hormonal necesario para que el parto avance en forma correcta. Por el contrario, si la mujer siente frío, miedo, soledad, si se siente amenazada o humillada, se gatilla una respuesta al estrés hormonal que dificulta e incluso puede detener un trabajo de parto.

Agregó que los distintos relatos de las mujeres dan cuenta de que el problema no son las intervenciones en sí mismas sino la pérdida de autonomía en el proceso. Es esencial que siempre sientan que tienen el control y que son reales protagonistas en la toma de decisiones. La autonomía implica el derecho a la última palabra cuando se trata de tomar decisiones que afectarán sus cuerpos y salud y se traduce en que nadie puede intervenir en ese territorio íntimo, sin su consentimiento y mucho menos mediante amenaza o coacción. La consagración de la autonomía de la mujer debe ir aparejada de un cambio de mirada, que implique su consideración como sujeta de derechos, adulta y competente, capaz de decidir incluso cuando esté en contradicción con el consejo médico. Si bien este pensamiento puede incomodar a muchas personas, la más interesada en el bienestar del bebé es la madre.

En relación con lo señalado, evidenció que la tasa de cesáreas con bono PAD es del 74.8%, según datos del Ministerio de Salud. Estos indicadores superan con creces la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que fluctúa entre el 10 y el 15%. Una cesárea injustificada eleva los riesgos hasta en cuatro veces para la madre y para el hijo que está por nacer. Las mujeres que pueden optar al bono PAD son aquellas de bajo riesgo obstétrico, por lo que, desde un punto de vista clínico, no hay fundamento para explicar las cifras actuales, lo que reafirma la idea de que las decisiones obstétricas incluyen otras variables, como el factor económico, y no solo el bienestar de la mujer.

Con todo, aclaró que el objetivo no es disminuir las cifras de partos seguros, sino que las mujeres puedan parir libres de violencia obstétrica.

Dio a conocer que en el año 2019, la ONU publicó un histórico informe que alertó sobre la violencia obstétrica sistemática y generalizada a nivel mundial e instó a los responsables de cada país a tomar medidas urgentes. En Nueva Zelanda y Gran Bretaña, por ejemplo, los derechos durante el parto son derechos humanos y han incluido dentro del sistema público de salud, los partos planificados en domicilio atendidos por matronas.

Hizo hincapié en que el sueño de la entidad que representa es que el sistema garantice que las mujeres puedan gestar y parir rodeadas de respeto, dignidad y compañía; que se pueda confiar en los profesionales que atenderán los partos; que cualquier procedimiento que se desee realizar sea informado y autorizado de manera previa por la madre; que se pueda elegir el lugar donde la mujer se sienta más segura para parir, sin que sea un privilegio; que nadie recuerde su parto y el nacimiento de su bebé como una pesadilla; que todas las mujeres, independientemente de su color, etnia, religión, orientación sexual y recursos, puedan tener partos respetados, amorosos y seguros; que los profesionales tengan en cuenta que la mujer es competente y sujeta de derechos, y que puede parir sintiéndose fuerte, libre y poderosa.

9) Doña Neith Aramayo, representante de Mil Relatos Más.

Basándose en la siguiente presentación [VER](#), explicó que la organización que representa nace en noviembre del año 2020 con el objeto de visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a través de una plataforma que aúna cientos de sus relatos, no solo de Chile, sino también de México, Argentina, Colombia y España.

Señaló que, de esta manera, se pudo constatar que muchas de ellas sufrieron violencia ginecobstétrica, traducida en acompañamiento intermitente, falta de información del procedimiento médico, violencia verbal y física, e infantilización. Dicha violencia, que el proyecto de ley busca reconocer, provoca consecuencias directas en el parto y en el vínculo entre madre e hijo. El miedo y la incertidumbre que la mujer siente afecta negativamente su trabajo de parto.

Mencionó que Argentina cuenta con una ley de parto humanizado que promueve y define los derechos de la madre y su bebé durante el proceso de nacimiento, no obstante lo cual siguen presentándose casos de violencia en la materia. Por ello, debe estudiarse bien la manera en que este proyecto de ley se implementará y la forma de garantizar su cumplimiento.

Afirmó que la violencia ginecobstétrica constituye una violación de los derechos humanos. Durante el siglo XX se instaura la idea del parto como un evento médico, con sobremedicación y procedimientos innecesarios, donde se trata el evento natural de la mujer como una patología.

Por lo anterior, relevó la importancia del testimonio, que debe ser separado de la ficha clínica al momento de investigar un caso, ya que en esta última se anotan solo procedimientos médicos o, incluso, hechos que realmente no ocurrieron en los términos en que se registran como, por ejemplo, la constancia de un apego de 15 minutos que en la práctica fue de 3 minutos. A ello se suma la importancia del acompañamiento permanente, que actúa como testigo y da protección y contención a la madre durante el proceso. Las mujeres coinciden en

que el equipo médico se apropia de sus cuerpos y les roba el hito importante del nacimiento del recién nacido. El testimonio, para las mujeres que ocupan un lugar central en este sistema de dominación patriarcal, implica empoderarse de la palabra. La situación traumática que sufren está anclada a un lenguaje y a condiciones materiales. Todos los testimonios de las madres dan alerta y ayudan a otras a evitar el dolor y la propia muerte o la de su bebé. Estas experiencias deben ser validadas y analizadas, no desde la ficha clínica, sino desde el relato de la madre y su acompañante.

En ese sentido, hizo hincapié en lo dispuesto en el artículo 8, letra f) de la moción, según el cual “toda madre tiene derecho a estar acompañada ininterrumpidamente, por la pareja, persona significativa, padre o madre, de su confianza y elección durante el trabajo de parto y parto, quien recibirá información oportuna y completa sobre el estado de salud de la madre y recién nacido.”. En efecto, el relato de la madre se nutre con el de su acompañante, quien ayuda a reconstruir lo vivido. Las mujeres empoderadas que impulsan con fuerza la palabra son impensadas para el orden patriarcal, que no se acostumbra a permitir que decidan sobre sus cuerpos y voces.

Dada la importancia del testimonio de la madre y su acompañante significativo, hizo notar la necesidad de establecer estrategias para materializarlo y garantizarlo en el proyecto de ley.

10) Doña Yasna Cuadros, representante de la ONG Madre Nativa.

Basándose en una presentación [VER](#), explicó que la organización que representa trabaja en la zona norte fronteriza del país, un lugar diverso, multicultural y heterogéneo. Durante un tiempo se ha abocado a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las mujeres y de personas con capacidad de gestar, al parto respetado y a la erradicación de la violencia ginecobstétrica de todo el ciclo vital. Generalmente, trabaja con los temas de autogestión en salud y de la justicia reproductiva para poder promover estos derechos.

Dio a conocer que el objetivo de su testimonio es exponer cómo la violencia ginecobstétrica se agudiza en regiones y en entornos multiculturales. Indiscutiblemente, hoy por hoy, la evidencia científica desaconseja muchas de las intervenciones que se realizan en los procesos ginecobstétricos, desde el punto de vista instrumental, de la atención y los cuidados. Por ello, un enfoque importante es el de la salud como un derecho humano fundamental, entendiéndola no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar, que está ligado a la dignidad y ética del cuidado.

Hizo notar la importancia de poner énfasis en la ruralidad, el centralismo y la interseccionalidad, que atraviesan la realidad sociocultural y agravan profundamente la vivencia de la violencia ginecobstétrica.

Así, comentó que la ruralidad fue un factor determinante en la violencia que vivió Adriana ya que, entre otras cosas, significa no contar con atención de urgencia inmediata por falta de transporte, lo que se usa como medio persuasivo para impedir los procesos naturales, aumentando la sensación de aislamiento y falta de conectividad.

Trajo a colación que en 2020 participaron, junto a otras seis regiones, en el monitoreo social sobre la implementación de la ley sobre despenalización del aborto en tres causales, y las acciones de salud sexual y reproductiva en pandemia. Entre los hallazgos importantes, destacó que las mujeres desconocen sus derechos y no son informadas, debido a que los equipos de salud de los Cefam y las postas rurales no están capacitados al respecto, lo que calificó de grave. Como ejemplo, mencionó que el Programa Chile Crece Contigo aconseja la atención personalizada y consciente del parto. Sin embargo, las usuarias de su región reportan su no cumplimiento, ya que siguen pariendo acostadas, se niegan las entregas de placenta, se impide el acompañamiento continuo, y se comparten salas de parto con abortos y duelos perinatales. La moción garantizaría que dichas recomendaciones se materialicen y, en caso de no cumplimiento, dota de herramientas a las víctimas y a las organizaciones que trabajan en torno a estos derechos para continuar siendo observadores activos en estos procesos.

Desde el punto de vista del centralismo, observó que las mujeres no pueden parir en sus territorios, deben viajar a la ciudad, donde el estilo de vida, clima y aspectos geográficos son muy distintos. Una vez nacidos, los bebés vuelven rápidamente a su territorio debiendo reaclimatarse, incluso con alturas de 3.500 metros sobre el nivel del mar, con todos los inconvenientes que ello conlleva. En las regiones todos los problemas se agudizan, los protocolos y capacitaciones llegan tarde, existe escasez de especialistas, posibilidades limitadas de atenciones y prestaciones inexistentes, como el parto en casa. En Putre, existe solo un Cefam para una extensión de 8.3 kilómetros en el altiplano. Solo cuentan con un hospital para toda la región, que ya veía excedida sus capacidades antes de la emergencia sanitaria mundial y que se ha precarizado en extremo.

En relación con la interseccionalidad, explicó que permite develar las diferentes realidades y la desigualdad, pues la manera como afecta la precarización es distinta. Si bien nos aseguran que somos iguales ante la ley, no es lo mismo ser madre a los 30 años y haber escogido parir que tener un embarazo adolescente y vivir en una comuna rural. Aun cuando la violencia

ginecobstétrica es transversal, la frecuencia e intensidad con que se vive varía según las características de las mujeres, agudizándose si son pobres, indígenas, inmigrantes, negras, adolescentes o primerizas. El territorio es multicultural pero el sistema de salud aún no lo es y no está preparado para recibir esta diversidad cultural.

Por último, enfatizó la importancia del proyecto de ley porque las mujeres merecen ser escuchadas. Por muchos años la violencia ginecobstétrica ha sido negada e invisibilizada y este es el primer paso para proteger a las mujeres de todo tipo de violencia en los diferentes aspectos de su vida. Si en Chile se reconoce legalmente como violencia de género, las mujeres podrán validar el relato y reconocer la experiencia para dar inicio a la reparación de la vivencia.

11) Doña Paulina Sánchez, representante de Parir la Voz.

Manifestó que la Red que representa está compuesta por psicólogas profesionales que trabajan a lo largo de todo el territorio nacional para visibilizar los efectos de la violencia ginecobstétrica. En Parir la Voz consideran que las mujeres son hijas de un tiempo donde sus derechos eran abordados en una agenda valórica, en que se hablaba de su autonomía y sus deseos como parte de discusiones morales, religiosas o de negociaciones políticas, en que precisamente el objeto de la negociación eran sus cuerpos. Nacieron en un tiempo en que el único destino de la mujer era ser madre y la maternidad solo se vivía en el espacio íntimo del hogar, sin educación sexual pero con el ideal judeocristiano bien marcado de asociar el parto con el dolor, impidiendo la idea de maternar placenteramente. La maternidad quedó relegada, entonces, al espacio heroico y sacrificial. Nacieron en un tiempo donde predominaba la cultura patriarcal y se les robaron sus derechos sexuales y reproductivos. No hay nada más funcional para la dominación del cuerpo femenino que el excesivo control e intervencionismo en un momento tan trascendental como el parto y el nacimiento. El modelo biomédico actual es un asunto cultural y político, y no solo una discusión médica y científica, porque se trata de un tipo de relación médico – paciente donde predomina el abuso de poder/saber, que genera consecuencias devastadoras en la salud mental. Este modelo biomédico es, además, altamente jerarquizado, lo que genera, en el momento en que la mujer requiere intervención, la pérdida de su autonomía, de su voz y un trato culpabilizador e infantilizador.

Hizo hincapié en que esta situación debe acabar, pues hay que recuperar los derechos de las mujeres para que tengan experiencias emancipadoras de la maternidad, para que puedan elegir cuándo y cómo quieren ser madres, y para que el territorio del deseo materno sea, también, un escenario político de transformación social.

Explicó que han conocido muchos casos de mujeres que paren solas, abandonadas, sintiéndose violadas, asustadas, anuladas, con frío, dolor, hambre e indignación, con bebés muertos o con devastadoras secuelas físicas y/o psíquicas, y con problemas posteriores en la lactancia o en el establecimiento del vínculo entre madre e hijo. Además, se debe recordar a los bebés, que en este modelo tecnocrático son el resultado de un proceso o producto, mas no se debe caer en lógicas adulto – céntricas olvidando que se trata de la forma en que las personas llegan al mundo.

Precisó que las experiencias referidas pueden denominarse “partos traumáticos”, una forma de violencia contra la mujer, con consecuencias psíquicas absolutamente invisibilizadas, ya que quien los sufre nunca deja de pensar en ese suceso doloroso, de sentir olores o voces, de recordar imágenes, y teme imaginar volver al hospital o a embarazarse nuevamente.

Según la evidencia del trauma perinatal, se identifican factores de riesgo para vivir experiencias traumáticas, entre los que destacó el alto grado de intervención obstétrica durante el trabajo de parto, las cesáreas de urgencia, la inhibición del trabajo de parto, la percepción de amenaza que siente la madre hacia ella o su hijo, la separación entre ambos, la ausencia de un acompañante significativo y la realización de una episiotomía.

Comentó que, según algunos estudios, lo que más genera experiencias traumáticas es el tipo de vínculo que las mujeres establecen con los profesionales que las atienden en el parto, donde no se sienten parte del proceso de toma de decisión. El trauma está principalmente relacionado con la sensación de vinculación fragmentada entre los profesionales y las mujeres. Incluso, se asimila al trauma que se vive en la violencia sexual, porque manifiestan sentirse violadas y usadas como objetos, a lo que se suma el hecho de que las estadísticas están ocultas, lo que obstaculiza su denuncia y reparación.

Puntualizó que se trata, entonces, de un tipo de violencia de género, de todas las violencias que las mujeres sufren en un continuo, desde que nacen hasta que mueren. Su asimilación al trauma sexual tiene sentido habida consideración de que la maternidad es un estadio dentro de la vida psicosexual de las mujeres y forma parte de su desarrollo sexual. Los mismos acontecimientos que inhiben un parto generan el mismo efecto en el acto sexual, pues están involucradas las mismas hormonas y los mismos centros neocorticales. La diferencia radica en que se trata de una “violación” institucionalizada, donde muchas veces se debe volver al mismo establecimiento y recurrir a los mismos profesionales que la ejercieron, por trámites o controles.

Reiteró la importancia de recordar a los bebés, ya que las víctimas de esta violencia deben materner. La psicóloga chilena Elena Gómez acuñó el término “trauma relacional temprano”, que explica cómo el trauma de los cuidadores afecta gravemente el psiquismo de los bebés, el sistema de apego, la comunicación emocional y el sistema de regulación afectiva en una etapa determinante. El trauma de la madre también afecta los mecanismos neurobiológicos del bebé dejando registrados en su memoria implícita los episodios de muerte y la violencia del proceso obstétrico traumático, lo que puede generar efectos en todo el desarrollo de su salud mental futura.

En razón de los efectos traumáticos de la violencia ginecobstétrica que señala la evidencia, manifestó su apoyo al proyecto de ley para reivindicar la autonomía de la mujer como sujeta activa en la relación entre el médico y el paciente, para que pueda sentirse parte del proceso correspondiente al parto/nacimiento, para que comience a experimentar maternidades deseantes, y pueda criar de manera placentera y satisfactoria.

Precisó que en esa línea, en el artículo 6 de la moción en estudio, se establece la utilización del plan de parto, donde se registran todos los deseos de la mujer en torno a la forma en que quiere vivir su parto. Dicho instrumento es fundamental porque favorecerá la vinculación previa entre la mujer y el equipo médico, lo que generará confianza e información, ayudando a prevenir los mencionados factores determinantes de una experiencia traumática perinatal. Asimismo, destacó su foco preventivo y formativo, que permitirá a los profesionales de la salud trabajar en el cambio de paradigma hacia la autonomía de la mujer, los derechos humanos y la perspectiva de género.

Aclaró que los testimonios de violencia ginecobstétrica no son casos aislados, sino un problema de salud pública. Las organizaciones sociales pueden seguir intentando trabajar aisladamente en la reparación del trauma, pero ello no se consigue sin reconocimiento social, lo que representa el mayor problema de la negación de este dolor psíquico en los discursos sociales, políticos y jurídicos. Por lo mismo, no basta la actual ley de derechos y deberes de los pacientes, que ni siquiera alude a este tipo de violencia. Es fundamental para el cambio cultural deseado contar con una ley que nombre y reconozca socialmente la violencia ginecobstétrica.

Hizo hincapié en que el deseo de la Red Parir la Voz se traduce en educación perinatal para decidir, parto placentero para materner y una ley que otorgue reconocimiento social.

12) Doña Gabriela Velozo, representante de Maternas Chile.

A través de una presentación [VER](#), explicó que la asociación gremial que representa nace con la misión de defender el derecho de la mujer de parir dónde, cuándo y con quien ella desee, protegiendo la opción de hacerlo en casa, bajo la asistencia profesional de un equipo capacitado, sin poner en riesgo su salud ni la de su hijo.

En cuanto a las estadísticas del trabajo que realizan, expuso que, desde el año 2010 a la fecha, han asistido 318 partos en casa, de los cuales 3,45% han terminado en cesáreas y 96,5% en partos vaginales, cifra superior a cualquier recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Los traslados a recintos de salud, como plan B, no suman más del 10,6%, siendo uno de los principales motivos la distocia de parto y el cansancio materno. Los perinés indemnes o desgarros vaginales grado 1, que no requieren sutura, se presentan en el 92% de los casos, lo que influye positivamente en la recuperación y calidad de vida de las mujeres. En los partos en casa no se practican episiotomías.

Señaló que el trabajo de Maternas Chile siempre se ha realizado respetando el principio de la autonomía de la mujer, de dignidad de trato, y los deseos de dónde y con quién la mujer quiere parir, con acompañamiento respetuoso y profesional del proceso de gestación y nacimiento. Como actores gremiales de una matronería respetuosa y feminista buscan crecer y ser partes de la red de prestaciones para que las mujeres puedan decidir parir en la intimidad de su hogar de manera segura.

Comentó que realizaron una encuesta en redes sociales preguntando por las razones para parir en casa y que, en menos de 24 horas, recopilaron más de 140 respuestas. El 54% respondió aludiendo al miedo a la violencia obstétrica, el 19% por sensación de empoderamiento femenino, el 17% por deseo de intimidad al parir, el 7% por la confianza en su matrona tratante y el 3% por otros motivos.

Reflexionó sobre lo obrado por las instituciones, los profesionales y el Estado para brindar a las mujeres lo que desean al momento de parir, y sobre las razones por las que ha aumentado significativamente la alternativa de parir en casa. Dentro de las respuestas que recibieron en la encuesta señalada, destacó las siguientes: porque es mi lugar seguro, están mis olores y colores, están los que realmente quiero; porque no quiero permitir malos tratos; por la protección que me da mi familia; porque confiaba en mi cuerpo y en mi wawa; para asegurarme que no me hicieran intervenciones innecesarias y parir a mi ritmo, y por temor a parir sola.

A continuación, compartió el relato de Andrea González, quien vivió una experiencia de parto respetado en casa, e imágenes autorizadas de mujeres pariendo en la intimidad de su hogar, que dan cuenta del trabajo realizado por Maternas Chile. Así, enseñó que la experiencia de parto respetado es una realidad en el país, en un bajo pero creciente porcentaje, y manifestó el deseo de la Asociación que representa en orden a que sigan aumentando, por sus

beneficiosas consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Para ello, se requiere la aprobación del proyecto, que garantiza de manera más efectiva la experiencia gozosa y segura del parto.

Consultada sobre cómo enfrentan una emergencia en el parto, respondió que Maternas Chile se rige por un protocolo de parto en casa, que les permite minimizar los riesgos. Además, el acompañamiento se realiza por dos matronas y siempre se tiene un plan B, es decir, se realiza una coordinación previa con un servicio de urgencia que no puede estar a más de 20 minutos del lugar donde la mujer elige parir. Las matronas cuentan con insumos, medicamentos, equipos de reanimación neonatal y maternos de primera línea, conscientes de que pueden experimentar muchas situaciones y deben estar preparadas para sortearlas de la mejor manera.

13) Doña Carolina Orellana, médico gineco-obstetra especialista en violencia sexual de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG).

Manifestó, en primer lugar, que la Sociedad que representa hace una autocrítica de muchas de las acciones que se han ejercido y que han provocado dolor en las pacientes.

A continuación, formuló las siguientes observaciones al proyecto de ley:

1) El artículo 4, que regula los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, a partir de la letra g), se refiere a aspectos muy técnicos que resultan preocupantes teniendo en cuenta lo dinámico de un parto y la medicina en general, por lo que sugirió mantenerlos bajo la potestad del Ministerio de Salud.

2) En atención a la infraestructura actual de las distintas maternidades y al personal con que cuentan, el plan de parto, resulta, aunque deseable, impracticable.

3) La atención personalizada de una matrona, que se contempla dentro de los derechos de las mujeres en gestación, parto y postparto, según su experiencia, no podría cumplirse a menos que se comprometan más recursos para la contratación de más profesionales. También se requerirá mejorar la infraestructura para que todas las maternidades cuenten con salas integrales de atención de parto humanizado. Las maternidades públicas cuentan con una sala tipo UCI donde están todas las mujeres juntas separadas por cortinas, lo que además es un obstáculo para permitir el acompañamiento de una persona significativa, si se trata de un varón.

4) La capacitación de los prestadores de salud debería conectarse con la acreditación de las instituciones.

5) Las conductas u omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica no debiesen judicializarse porque podrían exponer injustamente a los profesionales de la salud que se dedican a esta área, haciéndolos, incluso, replantearse su especialidad, lo que iría en desmedro de la salud pública.

Consultada particularmente sobre la violencia obstétrica que se ha evidenciado durante la discusión del proyecto de ley, respondió que ningún médico llega a serlo queriendo ejercer violencia contra sus pacientes, aunque la gran carga asistencial diaria que enfrenta el personal de salud propicia que esta se presente.

Explicitó que reconocen que la violencia obstétrica existe, a nivel local y mundial y evidenció la incomodidad que genera en su gremio ser sindicados como violentistas y hablar de las pacientes como víctimas.

14) Don Álvaro Insulza, Presidente de la SOCHOG.

Señaló que la Sociedad que representa está a favor de la idea de legislar sobre la materia. Sugirió revisar la legislación uruguaya del año 2008 a este respecto, que le otorga un reconocimiento legal a los derechos sexuales y reproductivos de la atención ginecobstétrica, sin mencionar el término violencia obstétrica, y deja sus aspectos técnicos al Ministerio de Salud uruguayo, a través de un extraordinario documento de atención humanizada y personalizada del parto.

Manifestó su preocupación por mantener el adecuado equilibrio entre la autonomía y la beneficencia, ya que en la mayor parte de los hospitales de Chile, donde se atiende el 60% de los partos, no hay infraestructura para las salas integrales de atención de parto. Además, se debe considerar en el proceso a las matronas y matrones que se encuentran a cargo de toda la atención primaria.

Comentó que como Sociedad han participado en la redacción de todos los manuales del Ministerio de Salud relacionados con el parto, incluido el Programa Chile Crece Contigo y las guías perinatales, por lo que han dado muestras constantes de preocupación por el parto personalizado y humanizado.

Sobre el índice de cesáreas, señaló que hace más de una década se dio a conocer internacionalmente la altísima tasa de cesáreas en Chile a causa del uso del tiempo de los médicos. Reconoció que hay un abuso de cesáreas en Chile, aunque el porcentaje de 15% que sugiere la Organización Mundial de la Salud, se ha estado discutiendo.

Manifestó que una legislación que reconozca los derechos sexuales y reproductivos, y entre ellos, el derecho a un parto respetado, permitirá reeducar a las personas vinculadas con el proceso del nacimiento, aspecto que resulta fundamental para lograr un verdadero cambio de paradigma.

15) Don Patricio Meza, Presidente (S) del Colegio Médico de Chile.

Expresó que la organización que representa se encuentra conteste con la idea de legislar sobre esta materia, con el objetivo de implementar cambios que modifiquen la realidad de las mujeres que reciben atención ginecobstétrica a lo largo del país. Reconoció que esta especialidad ha tenido muy buenos logros desde el punto de vista sanitario pero, lamentablemente, no se acompañan de la satisfacción usuaria que las mujeres merecen. La situación que se ha expuesto, gracias a este debate, no se puede seguir perpetuando en el tiempo. A su juicio, esta moción permitirá cambiar muchas cosas que harán posible el mejoramiento de la satisfacción usuaria de las mujeres en la atención ginecobstétrica.

16) Doña Valentina Pantoja, Presidenta del Departamento de Género del Colegio Médico de Chile.

Manifestó que la discusión del proyecto de ley generó, a su vez, un debate interno al interior de la organización que representa, que devino en una autocrítica atendida la insatisfacción que han expresado las usuarias del sistema de salud, reconociendo también como causa importante de aquellos los problemas de infraestructura que lo aquejan. Han iniciado, también, conversaciones con otros actores en la materia, en la búsqueda de visiones coincidentes con el gremio para impulsar iniciativas y propuestas tendientes a enriquecer la moción y hacerla más viable.

En ese sentido, coincidió con lo señalado por la doctora Orellana respecto del plan de parto respetado, y sugirió la participación del equipo médico en su elaboración, para que considere los recursos con que cuentan. Respecto del matiz punitivo que presenta el proyecto, manifestó que genera desde ya cierto temor en la comunidad de salud, por lo que estimó que sería conveniente darle un enfoque más preventivo.

Asimismo, recomendó levantar indicadores, como el de satisfacción usuaria en el ámbito ginecobstétrico, para sentar bases objetivas que sirvan a la discusión de este proyecto y, en general, para generar futuras políticas públicas.

En palabras finales, reflexionó en torno a que la moción enfrenta al personal de la salud a sus propios temores, a salir de la zona de confort para reconocer y aceptar que, como agentes de salud, también tienen la potencialidad de ejercer violencia. En esa calidad, reconoció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que debe ser erradicada. Esta discusión abre el debate para que los agentes de salud acepten que hay ciertas acciones médicas que no van en concordancia con la *lex artis* y, en forma paralela, permite revisar la infraestructura y la formación de pregrado del personal asociado al nacimiento, para lograr los cambios sustantivos que el proyecto de ley busca generar.

17) Doña Francisca Crispi, Presidenta del Colegio Médico de Santiago.

Admitió que la violencia ginecobstétrica es un problema que requiere atención, ya sea a través de la legislación como de otras acciones preventivas y de concientización que pueda llevar adelante el Colegio Médico para dotar de autonomía a las mujeres y avanzar hacia una estructura más horizontal en el ámbito de la medicina.

Sin perjuicio de que la moción tiene aspectos mejorables, agradeció la oportunidad que ofrece para que las mujeres puedan tener mejores experiencias de parto y recuperar su autonomía en un sistema de salud que no lo hace posible, no porque los funcionarios de salud no quieran o no lo intenten, sino porque las condiciones no están dadas para aquello. Se trata de un fenómeno multifactorial que requiere ser estudiado en detalle a través del proceso legislativo.

Sobre los indicadores de satisfacción usuaria, acotó que falta una forma sistemática de medir la experiencia de las personas gestantes para mejorar, lo que no significa en ningún caso negar la información que ha sido recopilada y expuesta por las distintas organizaciones sociales vinculadas al tema, sino más bien validarla.

Indicó que es necesario reconocer que la medicina es permeable a las relaciones de género. En su forma tradicional, mantiene relaciones verticales de poder, lo que se evidencia, también, en la posición pasiva de las mujeres en sus partos. Como gremio, están conscientes de esa deuda y dispuestos a colaborar para que se generen los cambios esperados de forma estructural.

18) Doña Loreto Vargas, representante de la Asociación Gremial de Ginecólogas Chile.

Señaló que los motivos para promover esta legislación son múltiples, no solo por los beneficios que puede traer para las gestantes y sus hijos, sino para toda la sociedad, entre los que mencionó:

- La deuda en atención de salud con enfoque de derechos, a la que se debe aspirar. Hoy en día es imposible pensar en el ejercicio de la medicina sin tener en el centro a los pacientes y sus derechos, entre los cuales se cuentan los sexuales y reproductivos.

- El enfoque de género que se le debe dar a la atención de salud, entendiendo que las vulneraciones a derechos en el ámbito del parto han sido históricamente sobre el cuerpo de las mujeres, lo que constituye violencia de género.

- La evidencia científica y las recomendaciones nacionales e internacionales que apoyan el parto respetado.

Indicó que si bien los dos primeros motivos son fundamentales, se requiere poner el foco en el tercero.

Manifestó que el trabajo de parto es un proceso espontáneo o inducido que da lugar al nacimiento de uno o más recién nacidos. Físicamente consiste en contracciones uterinas y en la dilatación del cuello uterino, lo que es posible gracias a múltiples procesos neurológicos y hormonales denominados “la cascada neuro-hormonal”, que para que siga su curso natural requiere contar con un ambiente de seguridad y confort. El estrés puede detener la “cascada”. La duración del trabajo de parto es variable entre una mujer y otra y en él están implicados factores psicológicos, sociales, culturales, sexuales y espirituales que afectan o contribuyen a su desarrollo.

El parto es el momento del nacimiento, que puede ser vaginal o por cesárea, en el que están implicados factores psicológicos y socio culturales que afectan o contribuyen al proceso en todo momento, por lo que el parto debe ser respetado.

A su vez, parto respetado significa que los funcionarios de salud respetan el momento mismo y la fisiología de la gestante en su multidimensionalidad y su autonomía, al que está por nacer y, luego, al recién nacido. No todas las gestantes tendrán las mismas necesidades en su parto. Debe haber un enfoque interseccional con respeto irrestricto a los derechos y la autonomía de toda diversidad sexo genérica, personas con discapacidad, migrantes, y personas pertenecientes a pueblos originarios, sin olvidar que las adolescentes también son sujetas de derechos.

Precisó que, en la práctica, lo anterior se traduce en elevar el trato al máximo respeto, entregar información adecuada y justificada ajustada a la evidencia; valorar y validar el plan de parto, en todo lo que no ponga en riesgo la salud de la madre o del que está por nacer; evitar las intervenciones innecesarias y siempre obtener el consentimiento antes de actuar.

Afirmó que el concepto de parto respetado en ningún caso es sinónimo de parto inseguro, por lo que incentivarlo no implica promover riesgos de salud para las gestantes o sus hijos. Con la atención profesional del parto, Chile mejoró sus indicadores en mortalidad materna y fetal al nivel de países desarrollados, lo que es muy meritorio considerando los recursos con que cuenta. En ese sentido, las modificaciones que el proyecto de ley en discusión propone, los mejorarán aún más.

Se refirió a la evidencia científica internacional, destacando que se ha comprobado que el acompañamiento continuo durante el parto favorece la experiencia, acorta los tiempos de dilatación y aumenta la posibilidad de un parto fisiológico, sin ningún efecto adverso, siendo la medida más costo – efectiva en resultados perinatales. El parto en movimiento acorta el tiempo de la dilatación, disminuye los partos instrumentales, las cesáreas y las episiotomías, sin ningún

efecto adverso. Se encuentra acreditado que las mujeres necesitan tiempo para parir, por lo que no deben ser apuradas ni sobremedicadas.

Dio a conocer que en Chile, la situación es distinta, pues el 81,5% de las mujeres no recibe alimentación durante todo el proceso; el 55% se mantiene con monitoreo continuo, lo que impide su movimiento; el 91% está con oxitocina sintética; el 30% está sin acompañante; casi el 80% sigue pariendo acostada y a el 56% es sometida a la episiotomía de rutina, en circunstancias de que dicho porcentaje no debería ser superior al 20%. La encuesta de OVO correspondiente al período 2014-2017 confirma lo recién señalado, en orden a que las experiencias de parto están lejos de las recomendaciones de la OMS, que define la experiencia positiva de parto como aquella que cumple o supera las expectativas de la mujer.

Aseveró que la Asociación que representa no tiene dudas sobre la importancia del nacimiento y la forma cómo ocurre, pues nacer es uno de los momentos más determinantes del ciclo vital de toda persona. La experiencia de parto determinará en gran medida la salud mental de la madre en el postparto y el desarrollo de sus herramientas para maternar.

Aclaró que en el contexto de una emergencia, la intervención oportuna, basada en evidencia científica y realizada por personal capacitado, también es un derecho de las gestantes e hijos, que debe ser reconocido y respetado. El derecho a un parto respetado no se contrapone al derecho a recibir atención médica de urgencia en los términos expresados. Se relaciona con lo anterior el derecho de toda gestante a recibir información completa y veraz, que considere darle explicaciones sobre las razones por las cuales se recomienda y qué puede pasar si no se realiza. La cesárea, el fórceps y la rotura de membrana no son violencia obstétrica per se, sino cuando se realizan sin justificación o, estando justificadas, se practican sin información ni consentimiento.

Puntualizó que el mal resultado obstétrico, que se refiere a una complicación del periodo perinatal con consecuencias graves en la salud o la muerte de la madre o del hijo, tampoco es sinónimo de violencia ginecobstétrica. Ningún parto está exento de riesgos, aún cuando se cumplan todos los estándares de un parto respetado.

Afirmó que el modelo actual de nacimiento en Chile implica prácticas y uso de los espacios que no favorecen la fisiología del proceso. Las salas no permiten acompañamiento por falta de espacio e intimidad, están demasiado iluminadas, las pacientes permanecen acostadas con monitoreo continuo, sin alimentación y poco espacio para el movimiento.

Destacó la importancia de acompañar la legislación con medidas concretas que permitan su cumplimiento, entre las que mencionó las siguientes, a modo de sugerencia:

- Los hospitales y centros de salud deben tener y acreditar protocolos de atención de nacimiento basados en la normativa que establece la ley, con lo cual podrían optar por la acreditación "hospital amigo del nacimiento".

- Se debe mejorar la infraestructura de atención al nacimiento y aumentar la dotación de personal.

- Se debe reforzar el enfoque preventivo más que punitivo, para lo cual resulta fundamental que se incluya en las mallas curriculares de los centros formadores el enfoque de derechos de género y de parto respetado para todos quienes trabajen en el proceso, así como también capacitaciones obligatorias para el personal, educación y talleres prenatales acordes a la cultura y territorio de la gestante.

Hizo presente que la mayoría de las gestantes desea parir en un entorno seguro, y ello es posible en la mayoría de los casos porque es un evento fisiológico. Los obstetras deben acompañar, informar y respetar el trabajo de parto, interviniendo solo si es necesario recomendando procedimientos médicos que mejoren el pronóstico de salud de las gestantes y sus hijos.

Por otra parte, comentó que en Sudamérica solo Argentina y Venezuela tienen una ley de violencia obstétrica. Refiriéndose al caso uruguayo, opinó que una ley sobre derechos sexuales y reproductivos que no mencione ni reconozca la violencia obstétrica no parece seria y le quita profundidad al tema. Recientemente, la sociedad española negó la existencia de la violencia obstétrica, lo que causó mucha molestia en su pueblo.

Concluyó que lo más importante para lograr el cambio de paradigma en este ámbito es tener la disposición de hacerlo mejor. En esa línea, la Agrupación que representa reconoce la existencia de este tipo de violencia, lo que se encuentra avalado por evidencia científica, y entiende que los médicos están para generar un bien, por lo que hace un mea culpa sobre todo aquello que se puede y se debe mejorar en pos de ese objetivo.

19) Doña Claudia González, representante de la ONG Matria Fecunda.

Señaló que la corporación que representa nace en el año 2016 con foco de acción en los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en los derechos del parto, aborto y educación sexual.

Expuso una mirada descentralizada de los territorios afectados por este tipo de violencia de género. De conformidad con lo señalado en el informe del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) del año 2016, que recabó información del periodo 2013 a 2015, el 40,9% de los nacimientos del sistema público fue por cesárea y el 69% de ellos, tratándose del sistema privado. Del total de cesáreas practicadas en clínicas privadas, el 55,4% ocurrió en regiones y el 68,2%, en hospitales. De acuerdo con las encuestas Casem publicadas en los años 2007 y 2020, las mujeres y familias que viven en las regiones de Chile tienen mayor porcentaje de pobreza por ingresos, pobreza extrema y pobreza multidimensional. Según datos publicados en la página del Instituto Nacional de

Estadísticas (INE), existen mayores brechas de género en las regiones del país, destacando entre algunas variables la violencia de género y el embarazo adolescente. En cuanto a la salud, en regiones existe menor implementación de talleres de educación prenatal por parte de Chile Crece Contigo, menos oferta de salud privada, y menos acceso a maternidades en zonas de alta dispersión geográfica. La primera encuesta de nacimiento en Chile, publicada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), en el año 2018, evidenció que si una mujer tiene menos educación se expone a mayor abuso verbal en la atención de parto; que si tiene el parto en un hospital dicho abuso se incrementa al igual que el abuso físico, y que las mujeres con menos acceso a educación prenatal tienen más riesgo de intervenciones durante el parto.

Afirmó, basada en lo anteriormente expuesto, que no hay equidad en la atención de parto en las regiones de Chile, esto es, vivir en regiones expone a las mujeres a una mayor probabilidad de que les practiquen una cesárea, indistintamente de su sistema previsional. Las variables consistentes en el nivel educacional, el acceso a talleres de educación prenatal y la atención en el sistema público de salud se asocian a mayor prevalencia de abuso verbal, físico e intervencionismo durante el trabajo de parto y el parto. Todas esas características, sumadas a la pobreza por ingresos, la pobreza extrema, la pobreza multidimensional y las brechas de género ubican a quienes les toca parir en regiones a una mayor exposición de las diferentes manifestaciones de la violencia ginecobstétrica. Las mujeres que viven en zonas con alta dispersión geográfica tienen menos oportunidad de acceso a los servicios de salud que actualmente están habilitados para atender partos. En resumen, la suma de vulnerabilidades sociales en regiones, en interacción con el determinante social sistema de salud, incrementa la inequidad en la atención del parto.

A continuación, se refirió a los efectos de la violencia ginecobstétrica en los profesionales de atención del parto. Los estudios demuestran que las mujeres, con frecuencia, resultan traumatizadas por sus experiencias de parto, como consecuencia de las acciones u omisiones de matronas, enfermeras y médicos. La práctica de intervenciones de rutina, sin consentimiento, la consecuente pérdida de autonomía de la mujer sobre su cuerpo, la sensación de estar siendo ultrajada o violada, deviene en una experiencia negativa del parto que puede llegar incluso al trauma. Esta forma de trabajo deshumanizada no solo trae consecuencias para la salud mental de la mujer, sino también para los profesionales del parto.

Acotó que un estudio de Beck & Gable del año 2012 evidenció que presenciar lo que las enfermeras definían como “partos abusivos” amplificaba su riesgo a sufrir un trauma secundario. Se sentían tremendamente culpables y decían que habían fallado a sus pacientes al no defenderlas o cuestionar lo que les estaban haciendo.

Entre las razones que pueden llevar a los profesionales de la salud a ejercer violencia ginecobstétrica destacó: un trauma no resuelto por exposición a violencia obstétrica; la falta de habilidades técnicas para abordar aspectos emocionales y sexuales del parto y el síndrome de burnout, presente en muchos profesionales de atención del parto. Ello redundó en una espiral de medicalización creciente como única estrategia defensiva. El parto se percibe como un suceso peligroso, por lo que se patologiza, sin que los profesionales que lo atienden sean conscientes de cómo la cascada de intervenciones innecesarias y la desconexión emocional con el proceso desencadena la iatrogenia, dando lugar a más intervenciones, más dolor y más riesgo. Entonces, el parto se medicaliza y deshumaniza, lo que deviene en una mala experiencia para la mujer, el bebé y el equipo médico.

Hizo hincapié en que el modelo hegemónico no solo impacta en la experiencia de la mujer, sino también en la del equipo de salud. Si el parto se entiende como un proceso interdependiente entre procesos endocrinos, fisiológicos, psicológicos y emocionales, la atención debe estar basada en el cuidado. Dicho modelo es un obstáculo para que los equipos de salud ejerzan un acompañamiento del parto basado en los cuidados, redundando en una mala experiencia de parto. Por ello, se hace necesaria la moción, en tanto propone un cambio de paradigma desde un enfoque preventivo, con perspectiva de género, multicultural y territorial.

Resaltó que han pasado trece años desde la implementación de los protocolos de la atención del parto a los que se ha hecho referencia y que el marco normativo propuesto permitirá, también, que no quede a discreción de las instituciones la implementación de aquellos manuales de atención, recomendados tanto por el Ministerio de Salud como por la OMS.

20) Doña Anita Román Morra, Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile.

Aclaró que el Colegio que representa se encuentra a favor de la idea de legislar sobre un proyecto integral de parto respetado, que considere dentro de sus objetivos la erradicación de la violencia ginecobstétrica, con un enfoque preventivo y que, en su momento, fueron invitados a la mesa de trabajo de parto respetado, donde manifestaron que no estaban disponibles para apoyar un proyecto de ley que solo tipificara la violencia obstétrica, sin considerar los otros tipos de violencia que sufren las mujeres en el ámbito de la salud. Tras leer el producto legislativo final que se discute, la entidad que representa está satisfecha por el resultado, ya que brinda a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres la importancia y reconocimiento que se merecen.

Basándose en una presentación [VER](#), hizo presente que la preocupación por el tema del parto respetado no es nueva, pues ya en el año 1834 el doctor Lorenzo Sació, manifestó que para tener un país sano, había que preocuparse primeramente de que las madres no se murieran en el parto. En sus palabras, «la mortalidad materna e infantil es uno de los hechos demográficos sobre los cuales se puede influir en forma seria, porque depende en gran medida de los cuidados que reciba la madre y el niño antes, durante y después del parto».

Relató que el Colegio de Matronas y Matrones de Chile está compuesto por un directorio nacional y 20 consejos regionales, y que ambos constituyen el Consejo Nacional, que es la máxima entidad. En Chile existen alrededor de 14.000 matronas distribuidas en la atención primaria, secundaria, terciara, y gestión, en ambos sectores, de las cuales 8.000 están colegiadas. Hay 69 hospitales de mediana y alta complejidad, pero solo los nuevos tienen salas integrales de parto. Por su parte, han revisado los programas de formación de las 27 escuelas de obstetricia que existen en el país y en todas ellas se han incorporado, en los últimos cinco años, las temáticas de parto respetado y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Comentó que el Colegio que representa fue el primero en organizar un Congreso Internacional de Matronas y Matrones sobre Parto Humanizado en el año 2011, para avanzar en el cambio de paradigma sobre la importancia de la forma de nacer. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014, desarrolló recomendaciones sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Hizo hincapié en aquella según la cual “toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención”.

Afirmó que el Colegio está completamente de acuerdo en que las formas históricas patriarcales antiguas de maltrato deben erradicarse y sancionarse en la ley de derechos y deberes del paciente, lo que debe ir aparejado de una serie de elementos transversales. En esa línea, mencionó que el Código Penal, en su artículo 313. a. prescribe que aquel que, careciendo de título profesional competente o de la autorización legalmente exigible para el ejercicio profesional, ejerciere actos propios de la respectiva profesión de médico-cirujano, dentista, químico-farmacéutico, bioquímico u otra de características análogas, relativas a la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano, aunque sea a título gratuito, será penado con presidio menor en grado medio y multa de seis a veinte unidades tributaria mensuales.

Por su parte, en el artículo 490 se establece que el que por imprudencia temeraria ejecutare un hecho que, si mediara malicia, constituiría un crimen o un

simple delito contra las personas será penado con reclusión o relegación menores en sus grados mínimos a medios, cuando el hecho importare crimen; y, con reclusión o relegación menores en sus grados mínimos o multa de once a veinte unidades tributarias mensuales, cuando importare simple delito. El artículo 491 dispone que el médico cirujano, farmacéutico, o matrona que causare mal a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión, incurrirá respectivamente en las penas del artículo anterior.

Procedió a referirse a las sugerencias que sus bases le hicieron llegar. Entre ellas, destacó las siguientes:

1.- Exigir al Ministerio de Salud que efectúe cambios en la estructura de los hospitales porque desde su construcción solo dispusieron espacio para camillas en prepartos. No hay salas para pérdidas reproductivas y, además, decidieron disminuir camas, supuestamente para incorporar la hospitalización domiciliaria.

2.- Poner a disposición de toda mujer la consejería preconcepcional para que tenga la oportunidad de saber sus riesgos según su genograma y genética y disponga del pleno derecho a decidir por descendencia y también que se disponga de oferta para asistir.

3.- Abordar el tema de las episiotomías informadas y necesarias, para evitar desgarros graves y estallidos vaginales.

4.- Instalar Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) en todos los hospitales y matrona uno a uno, y que las comunas con menor población, con hospitales comunitarios, dispongan de atención del parto por matrona, de modo que las mujeres no tengan que irse a otra comuna a las 36 semanas alejadas de su familia y hogar, que constituye una forma de violencia estatal.

5.- Reconocer al feto como sujeto de derecho de atención de salud. Actualmente no tienen categoría legal, lo que obstaculiza programar acciones médicas cuando se encuentran enfermos.

6.- Considerar a los recién nacidos como pacientes y egresados como tales estadísticamente en las maternidades, reconociendo que necesitan recursos humanos, materiales y financieros.

7.- Garantizar anestesistas y médicos ginecólogos en cada maternidad del país, sobre todo en las zonas más alejadas, para evitar traslados de las gestantes.

8.- Garantizar el cumplimiento de las actividades de las atenciones en gestación, parto y postparto, como por ejemplo, la realización de ecografías durante el segundo y el tercer trimestre.

Sobre la entrega de la placenta, mencionó que se reguló en el año 2017 a través de una modificación al decreto supremo N°6, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre manejo de residuos en establecimientos de atención de salud.

Señaló que entre los desafíos del periodo 2020-2030 se encuentran: disminuir las tasas de cesárea; regresar al paradigma original del proceso del trabajo de parto; respetar los tiempos del proceso de parto; prevenir todo evento adverso; actualizar permanentemente los lineamientos internacionales y nacionales (lineamientos del banco mundial); exigir equidad e igualdad en el respeto de los derechos maternos; reconocer los espacios indígenas; romper la compartimentación de la red y trabajar la referencia y contrareferencia efectiva; actualizar la Guía del Parto Humanizado y transformarla en norma, y aumentar las SAIP; Casas de Parto.

Finalmente, celebró la idea de avanzar en el nacimiento de un parto respetado transversal a todas las mujeres, que les permita vivir la experiencia de un parto en casa.

21) Doña Mónica Zalaquett Said, Ministra de la Mujer y la Equidad de Género.

Manifestó que los relatos y las experiencias que se han conocido durante el debate evidencian y visibilizan la vulnerabilidad en la que se encuentran las madres y sus familias durante el embarazo, parto y postparto, que constituyen una de las etapas más maravillosas de la vida de las mujeres que deciden ser madres. Es por ello que se les debe garantizar que puedan vivirla con plena tranquilidad y especial cuidado.

Comentó que tuvo la oportunidad de reunirse con Adriana, gracias a las gestiones de la diputada Mix, escuchar personalmente su historia y conocer las razones que motivan este proyecto de ley.

Sostuvo que para el Ministerio el trato humanizado a las madres gestantes durante el parto es prioritario, por lo que ha abordado esta necesidad en la tramitación del proyecto de ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (violencia integral), boletín N° 11077-07. Además, ha desarrollado un trabajo coordinado con el equipo del Ministerio de Salud, que tiene el conocimiento técnico en la materia.

A continuación, compartió una parte del estudio de la Organización Mundial de la Salud, del año 2015, denominado “Medidas para la prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”. Se trata de un documento sumamente relevante, ya que entrega un acercamiento integral y una mirada experta sobre la materia. Este texto señala las conductas que constituyen vulneraciones en la atención del parto, las que, por ejemplo, corresponden a: maltrato físico, maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, falta de confidencialidad, incumplimiento de la obtención del consentimiento informado, negligencia hacia las mujeres durante el parto, entre otras.

Indicó que, según la OMS, es más probable que estas conductas sean sufridas por mujeres adolescentes, solteras, de bajo nivel socioeconómico, pertenecientes a minorías étnicas, migrantes o portadoras de VIH, es decir, las situaciones de discriminación, especialmente a los grupos más vulnerables determinan, en muchos casos, la existencia de malos tratos durante el parto.

Teniendo en cuenta lo anterior, se refirió a las medidas que se recomiendan para evitar que ocurran estas situaciones y expuso las acciones que han desarrollado con ese objetivo:

1. Un mayor respaldo de los gobiernos en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto. Esto constituye uno de los puntos centrales, ya que para generar políticas públicas es necesario, en primer lugar, definir cuál es la problemática que debe ser resuelta. Asimismo, es deseable contar con estadísticas oficiales que permitan cuantificar el problema y sus eventuales soluciones.

2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de salud. Entre las medidas que se pueden adoptar se encuentra la de contar con un acompañante elegido por la paciente, lo que ha sido regulado y reforzado por el Ministerio de Salud, dictando orientaciones para el manejo del embarazo durante la pandemia del COVID-19.

3. El consentimiento informado. Si bien desde el año 2012 Chile cuenta con la ley que regula los derechos y deberes de los pacientes, que establece que toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, el desafío es que sus disposiciones se cumplan efectivamente. Cabe destacar que en el caso de vulneración de derechos por negligencia médica, la ley establece un mecanismo de reclamación, lo que ha sido recomendado por la OMS.

El ya mencionado proyecto de ley de violencia integral establece que el Ministerio de Salud adoptará las medidas necesarias para asegurar la atención humanizada y respetuosa del embarazo, parto y postparto, y de los abortos espontáneos o provocados, como también será el organismo encargado de velar por que los funcionarios de la salud no ejerzan ninguna clase de violencia ni discriminación contra las mujeres.

4. Visibilizar el derecho de la mujer a recibir una atención de salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto. El proyecto de ley de violencia integral es fundamental, ya que reconoce en un solo cuerpo normativo todas las violencias de género en contra de las mujeres, lo que cumple un importante rol en la visibilización de las mismas, así como también en la respuesta que deben entregar los órganos del Estado, especialmente el Ministerio de Salud.

4. Generar datos con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y respaldo profesional. Se señala que los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato entregado y que es fundamental que los profesionales de la salud cuenten con respaldo y capacitación para asegurar el buen trato. En línea con lo anterior, el proyecto de ley de violencia integral establece como medidas de prevención la existencia de programas de capacitación o formación, además de la implementación de protocolos de actuación para la investigación y sanción de la violencia contra la mujer.

Dio a conocer que el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género ha estado trabajando fuertemente en la realización de capacitaciones y talleres de sensibilización en género y violencia contra las mujeres a diversas instituciones del Estado, entre ellas, a Carabineros de Chile, la Corporación de Asistencia Judicial y a distintos ministerios. En este contexto, hay un ciclo de talleres para el abordaje de la violencia contra las mujeres dirigido a funcionarios de la Atención Primaria de Salud, impartido por el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género el cual comenzó en el mes de marzo de 2021 y finalizará en febrero del año 2022, con la idea de que pueda continuar de manera sostenida en el tiempo.

En la misma línea, en conjunto con Chile Crece Contigo, están planificando una serie de talleres de sensibilización sobre violencia de género dirigido a matronas y matrones, y a todo el personal que atiende a mujeres gestantes.

5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas. Sobre el punto, hizo presente que en el proceso de atención del parto confluyen distintos actores relevantes, como médicos, matronas, mujeres, el

padre y la familia, por lo que se debe lograr conciliar las distintas posturas en la materia. Consideró pertinente señalar que la matronería es un rubro con alta presencia de mujeres, razón por la cual el Ministerio está en un diálogo constante con todos los intervinientes, de modo de alcanzar los acuerdos que permitan generar un cambio para que los derechos de las mujeres sean efectivamente respetados.

Reiteró que el Gobierno tiene un fuerte compromiso con la protección de la maternidad y que está consciente de que se trata de un periodo de especial vulnerabilidad para la madre, quien debe ser resguardada y escuchada. Por ello, el Ministerio que representa ha impulsado que el trato humanizado del parto sea incorporado en la tramitación del mencionado proyecto de ley de violencia integral, el cual se encuentra radicado en la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia del Senado y contiene disposiciones específicas en materia de atención del embarazo, parto y postparto, las cuales deberán ser desarrolladas por el Ministerio de Salud.

Por último, enfatizó que nada justifica la violencia contra las mujeres, por lo que es necesario regular todo tipo de vulneraciones a las que se pueden ver enfrentadas, incluyendo aquellas que potencialmente pueden generarse en un momento tan especial de su vida, como es el embarazo, parto y postparto³.

Sobre el particular, la diputada **Mix** aportó como antecedente que el proyecto de ley de violencia integral es un marco regulatorio de todos los tipos de violencia contra la mujer, pero no profundiza en la violencia ginecobstétrica como lo hace la moción. Sin embargo, una parte de las organizaciones que trabajaron en esta última han sido convocadas a la tramitación de dicho proyecto para incorporarla, de manera tal que ambas iniciativas legales puedan estar en sintonía y complementarse.

22) Don Gonzalo Leiva Rojas, Director del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile).

Hizo presente su calidad de padre, matrón, profesor en escuelas de obstetricia por catorce años, coordinador de diplomados relativos al tema y co-coordinador de Fondos Nacionales de Investigación dedicados a estudiar el nacimiento en Chile⁴.

³ El Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, en respuesta a un oficio de la Comisión, se refirió a denuncias efectuadas por víctimas de violencia ginecobstétrica en el siguiente oficio [VER](#)

⁴ Se desempeñó, también, como Jefe de Salas de Atención Integral del Parto en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida.

Señaló que el sistema público es perfectible. La ley Adriana, así como ley Dominga y la ley Mila son leyes que dan cuenta de lo que falta y es, precisamente, ponerse en el lugar de la otra persona, pensar en los cuidados desde sus ojos, sus expectativas, deseos y preferencias. OVO Chile cree, con profunda convicción, que se puede cambiar la realidad, como lo demuestran los hospitales Dra. Eloísa Díaz de La Florida, pionero en parto respetado junto a otros hospitales como los de Villarrica, Limache y Paillaco, aun en ausencia de ley.

Comentó que la Fundación está a favor de la idea de legislar sobre la materia, pues está consciente de la importancia de la forma de nacer.

Manifestó que Chile presenta índices de mortalidad materna e infantil comparables a los países desarrollados aunque, en contraste, tiene uno de los indicadores de intervenciones obstétricas innecesarias más altos del mundo, entendiendo por tales aquellas que no se justifican por razones estrictamente médicas. Dicho exceso de intervencionismo no es explicado por las condiciones fisiopatológicas de la población, es decir, no se debe a que la mujer chilena necesite esas intervenciones, ya que el 70 u 80% de las gestaciones son fisiológicas. Además, se incumplen estándares de cuidado respecto de los cuales hay consenso, por ejemplo, el 70% de las mujeres, en ambos sistemas de salud, tiene sus partos en posición de litotomía y el 70% tiene menos de 30 minutos de contacto inmediato piel con piel tras el parto.

Reconoció que los equipos de salud muchas veces han justificado en las condiciones estructurales en las que se trabaja los problemas que evidencia y reconoce la moción y, aunque ésta no se haga cargo de esas dimensiones estructurales porque no compromete recursos, empuja un cambio cultural en la sociedad y en las instituciones de salud en torno a los cuidados maternos.

Sobre este aspecto, manifestó que hay quienes condicionan el respeto de los derechos del nacimiento al compromiso de más recursos, pero, lo cierto es que no se requiere financiamiento adicional para entregar información adecuada sobre los riesgos de las distintas intervenciones obstétricas. Según la primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile, que respondieron más de 11.000 mujeres en nuestro país, el 70% de las usuarias en el sistema público y el 50% de las que acceden al sistema privado refieren falta de información sobre estos temas, los riesgos y los beneficios. Tampoco se requieren recursos adicionales para dejar de usar tanta oxitocina y monitorización electrónica, o para reducir las episiotomías, pues más bien, por el contrario, podría significar un ahorro de recursos.

Hizo presente que hace casi una década, en el año 2006, investigadores de la Organización Mundial de la Salud, específicamente, del grupo de investigación de salud materno perinatal, señalaron en una publicación de la

revista Lancet que por cada aumento del 1% en la tasa de cesáreas, habría un incremento en los gastos del orden de los US \$9,5 millones. Si se considera el aumento de cesáreas en el 10% durante la última década, Chile ha aumentado su gasto en salud por concepto de nacimiento en US\$95 millones.

Precisó que Fonasa, por su parte, gasta más de \$46.949.625.120 en los 60.000 nacimientos anuales que financia a través de la modalidad PAD y que le habrían costado solo una quinta parte si los nacimientos hubiesen ocurrido en los hospitales de la red pública de salud. Esas gigantescas sumas de dinero que gastó Fonasa en el tránsito de estas mujeres del sistema público al privado, subvencionando, además, un alto número de cesáreas – casi el doble que en el sistema público – se podrían haber utilizado para mejorar otras áreas del cuidado materno y del recién nacido, para financiar Salas de Atención Integral del Parto, (SAIP), para aumentar el número de profesionales en las maternidades públicas del país y, así, alcanzar la tan anhelada relación de una matrona por cada mujer en trabajo de parto. Hoy los esfuerzos están puestos en que en los hospitales públicos haya una matrona por cada dos mujeres en trabajo de parto, lo que no se cumple en todas las instituciones.

Insistió en que no se trata solo de un tema de recursos, porque si así fuera, el sistema privado tendría todo resuelto y no es así. En las regiones cuesta encontrar clínicas con menos del 70% de cesáreas, y el otro 30% de partos vaginales, estuvo exento de los estándares en contacto inmediato piel con piel, en libertad de movimiento durante el trabajo de parto y el parto, en alimentación e hidratación durante el trabajo de parto, a pesar de tener los recursos, y contar con una matrona y un médico por mujer en trabajo de parto.

Por todo lo señalado, reiteró la importancia de legislar, a pesar de que la moción no comprometa recursos, precisamente porque apunta a cambiar el paradigma de atención. Los problemas que el debate ha revelado están tremendamente normalizados. Las culturas de prácticas médicas, entre otros factores, tienen una alta injerencia en la forma en que se construye y reproduce el modelo de atención.

Indicó que el problema de la excesiva intervención médica en el proceso de nacimiento es complejo y en él interactúan diversas dimensiones y niveles: el sistema de salud en un sentido normativo, en su dimensión simbólica y en la forma en que impacta en los imaginarios del nacimiento en la población, en la formación de los profesionales de la salud, y en la socialización hacia la población, entre muchos aspectos, que representan grandes desafíos. Como se ha planteado en diversas publicaciones, las recomendaciones para avanzar al modelo que promueven la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia,

(FIGO), la Organización Mundial de la Salud, el Centro de Medicina Integrativa (ICM) y AIP, tienen que incluir a múltiples actores sociales.

Señaló que la aprobación del proyecto y el reconocimiento de la violencia obstétrica ocurrirá más temprano que tarde, lo que se refleja en que el proyecto de ley de violencia integral ya la reconoce. Chile vive hace algunos años vientos de cambio en torno al nacimiento, a lo que se suman otros signos, como las demandas levantadas, los cambios que se han producido a nivel local, principalmente en lo público, sin desconocer el trabajo enorme que realizan los equipos de médicos y matronas que acompañan partos en casa en el mundo privado que, a pesar de todas las críticas, curiosamente son los “outsiders”. El cambio cultural no se produce con la ley, sino que se acompaña de ella.

Reflexionó en torno a que más que un tema de recursos, quienes trabajan dentro del sistema saben que el cambio que se propone implica algo que complica a muchos, como es el hecho de ceder poder en la sala de parto, en el entendido de que las decisiones le competen a la mujer, pues se trata de su cuerpo, y con ellas no está poniendo en riesgo su vida. Los sanitarios deben, sin excluirse, desapropiarse de un proceso reproductivo que no les pertenece, y devolver autonomía y autodeterminación a la mujer que es acompañada por el equipo de salud, porque la violencia obstétrica es precisamente la apropiación de los procesos de la mujer producida históricamente.

Acoto que los niveles de intervención del nacimiento en Chile no tienen justificaciones médicas ni biológicas, como tampoco los tienen los relatos de maltratos, la falta de respeto y la violencia obstétrica que relatan mujeres e investigadoras. Estas temáticas no han sido abordadas de manera integral escuchando a todas las voces que deberían ser oídas. Como Fundación están a favor de la idea de legislar, porque se trata de un proyecto integral, no punitivo, con un enfoque preventivo y de promoción en salud. Chile necesita la ley Adriana que, aunque no resolverá las brechas por sí sola, ayudará en ese sentido porque apunta en la dirección correcta. Aseguró que vale la pena legislar en esta materia por cuanto, indudablemente influirá en la experiencia del nacimiento y de los cuidados de nuestras hermanas, hijas, y sobrinas. Para parir un nuevo Chile, se debe comenzar por cambiar la forma de nacer, y no es casualidad que se aborde este tema en el momento constituyente que atraviesa el país.

Para dotar al proyecto de mayor utilidad y funcionalidad, sugirió incorporar algunas de las recomendaciones contenidas en el informe elaborado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos en el año 2016, en el que se reconoció por primera vez en Chile la violencia obstétrica, a propósito del caso de Lorenza Cayuhan, mujer mapuche obligada a dar a luz engrillada. Ese documento recomendó que las instituciones de salud traten en forma separada las denuncias

de violencia obstétrica dentro de los reclamos que reciben. Los hospitales tienen la obligación de diseñar mensualmente un registro estadístico para informar a nivel central lo que ocurre, en el cual se podrían identificar aquellas solicitudes ciudadanas que dicen relación con este tipo de violencia.

Agregó, a modo de antecedente relevante, que los hospitales públicos, a diferencia de las clínicas, están obligados a informar lo que ocurre dentro de las salas de parto, a través del mencionado registro estadístico. Sin embargo, toda la evidencia que se ha recopilado del sistema privado proviene de los testimonios de las mujeres y los funcionarios que se desempeñan en él, por lo que resulta fundamental que ambos sistemas estén regidos por las mismas reglas de información.

En lo que respecta a la fiscalización, mencionó que, desde el año 2013, rige una norma técnica del Ministerio de Salud que define ciertos estándares de estructura, por ejemplo, la cantidad de matronas que debe haber por mujer en trabajo de parto, estableciendo una por dos, lo que se cumple en muy pocos hospitales públicos. A su juicio, la aprobación del proyecto propiciará su fiscalización y cumplimiento.

En relación con las cesáreas, acotó que en el año 2000, un grupo de investigadoras inglesas vino a Chile para estudiar la situación de nuestro país porque les parecía extraña la alta tasa de cesáreas, que es muy superior a la del resto del mundo y que, en esa época solo ascendía al 25%. Desde el año 2013, es más frecuente en Chile nacer por cesárea. Algunos países desarrollados, como Noruega, presentan los índices más bajos del mundo en mortalidad materna y también de cesáreas, por lo que la relación que se ha hecho entre el aumento de este tipo de parto en Chile y los bajos índices de mortalidad materna y perinatal no tiene asidero. Los mejores países en desarrollo humano tienen tasas de cesáreas que bordean el 15% y el 20%. Las conveniencias del parto vaginal para la salud futura de la mujer son múltiples. Las mujeres con cesárea previa son catalogadas automáticamente por el sistema como de alto riesgo en sus posteriores partos, a pesar de que fue el mismo sistema el que le dijo que daba lo mismo la forma de nacer. Por ello, el pañuelo que simboliza esta causa reza “la forma de nacer sí importa”. La tarea que tienen todos los involucrados en esta materia es dotar de un nuevo discurso a la sociedad respecto de cuáles son los derechos en torno al nacimiento.

En lo que respecta al ámbito formativo, indicó que las universidades deben dotar a sus futuros profesionales de habilidades blandas y enfatizó las bondades del proyecto en tanto reivindica a todas las madres de Chile, hace justicia a los ancestros y se encarga del futuro de nuestras hijas.

23) Doña Jennifer Sanhueza Leiva, representante de la Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado (AMIPAR).

Manifestó que la Asociación que representa reúne a matronas y matrones de Chile que ejercen la profesión de manera autónoma e independiente desde el sistema privado de salud. Los une la necesidad de hacer un cambio en los modelos de atención del parto, basado en lograr una experiencia positiva del proceso de nacimiento, la participación activa de la mujer en la toma de decisiones y la libertad para decidir acerca de sus propios procesos reproductivos. Se trata de una agrupación que trabaja en el rescate del ejercicio autónomo e independiente de la matronería, a la luz de una mirada postmoderna de la profesión, promoviendo el respeto, el empoderamiento femenino, la libertad y el derecho a decidir.

En atención a los altos índices de cesáreas por causas no médicas en Chile, los actos normalizados de violencia en la atención obstétrica o hechos de discriminación hacia modelos no medicalizados de atención de parto, consideró imprescindible que exista una ley que sustente y promueva el parto respetado. Ni la evidencia científica ni las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, ni el sentido común de entregar una atención humanizada del parto han servido para cumplir el objetivo que la moción busca.

Acotó que en una sociedad en la que se han alcanzado altos estándares de calidad, que se cuantifican en bajas tasas de morbilidad materno perinatal, las necesidades de la población requieren estándares cualitativos en base a la calidad de la experiencia emocional y afectiva. Una atención centrada únicamente en tasas de morbilidad perinatal cosifica a la mujer y deja al recién nacido como un producto o número. Se debe apuntar hacia la integralidad del ser humano y a un acompañamiento del proceso con perspectiva de género.

Refirió que la tasa de las cesáreas aumentó con el uso del bono PAD, paquete de atención personalizada que Fonasa ofrece a las mujeres para que puedan acceder a un equipo médico en el sistema de salud privado. En los últimos quince años existe una mayor participación de las clínicas privadas en los partos y, al mismo tiempo, un aumento de las tasas de cesáreas. Se aprecia una relación causal entre nacimientos en clínicas privadas y cesáreas. Por su parte, la Sociedad Chilena de Pediatría ha alertado sobre las implicancias en salud de las cesáreas en los recién nacidos, que presentan mayores índices de problemas respiratorios, alergias y obesidad. Además, se han realizado estudios que dan cuenta de que la mujer chilena, al contrario de lo que se ha querido hacer creer, busca y prefiere un proceso de parto fisiológico.

Indicó que se debe mirar el cuidado como un logro colectivo, que es distinto a traspasar la responsabilidad de elección a las usuarias. Desde una perspectiva del cuidado, hay que replantearse lo que significa y hacia dónde se quiere llegar. Las cifras actuales no reflejan prácticas de buenos cuidados, en que se pongan en consideración los beneficios versus los potenciales riesgos de cada intervención. Además, la situación estadística se agrava considerando que aún no hay información de cómo se ha vivido la experiencia de parto durante la pandemia. Hay mujeres que tuvieron que vivir el proceso absolutamente solas y otras a quienes se les indicó cesárea para acortar el tiempo de parto y permanencia en la institución de salud.

A continuación, se refirió a la asistencia institucional del nacimiento en Chile efectuando una comparación entre la salud pública y la privada. En el sistema de salud pública, el control gestacional y la asistencia del parto fisiológico es realizado por matronas, en cambio, en el sistema privado de salud es realizado por médicos y la conducción del parto está a cargo de las matronas. En el sistema privado, el médico asiste al expulsivo, en el sistema público asiste la matrona, quien avisará al médico solo en caso de intervenciones de urgencia. Las decisiones de interrupción de embarazo en el sector público se realizan de conformidad con los protocolos del Ministerio de Salud, mientras que en el sector privado, en cambio, son normadas por el Ministerio, pero su regulación queda al criterio individual de cada institución.

Indicó que si bien se habla de ciertos privilegios de parir en clínicas privadas, no parecen reales ante las actuales tasas de cesáreas. La matrona, que es la profesional idónea para la asistencia del parto fisiológico, tiene prohibido e, incluso, es amonestada, si asiste el parto, ya que en el sistema privado solo los médicos pueden hacerlo. Invitó a reflexionar sobre las razones por las cuales un profesional altamente capacitado en el sector público se torna incompetente en el sector privado y termina siendo únicamente una especie de asistente del médico obstetra.

En lo que respecta a la infraestructura, que se ha mencionado como uno de los grandes obstáculos a la viabilidad del proyecto de ley, señaló que si bien están conscientes de que existe una gran brecha social para generar las condiciones ideales para un parto respetado, el consentimiento, la información, el acompañamiento continuo, el movimiento, la hidratación y la alimentación no requieren de ninguna infraestructura. Las instituciones privadas, que tienen las mejores condiciones en cuanto a infraestructura, son las que tienen más altas tasas de cesáreas y las intervenciones se agendan de conformidad a los horarios libres entre consultas médicas, festivos y carga laboral. En algunas de ellas, que dan acceso al PAD, la matrona que atiende el trabajo de parto es la de turno y el médico solo llega al parto, por lo que la personalización resulta falsa y, en otras,

niegan acceso a las Salas de Atención Integrales de Parto (SAIP), argumentando que solo las que tienen Isapre pueden optar a ellas, lo que constituye una discriminación.

Sin perjuicio de las diferencias mencionadas, afirmó que la violencia obstétrica es transversal. La mujer es juzgada por sus decisiones y por hacer valer sus derechos. Los equipos médicos que promueven partos de mínima intervención se ven expuestos a malos tratos, acoso laboral y sanciones institucionales sin justificación. Asimismo, los estudiantes del área de la salud se ven expuestos a inconsistencias entre lo que se les enseña y lo que ven en sus prácticas.

Expresó que una ley de parto respetado es la base fundamental para generar un cambio de paradigma en el nacimiento, centralizando la asistencia del parto en los derechos de la mujer; para respaldar las prácticas de la atención del parto en base a la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva del nacimiento; para erradicar la violencia gineco obstétrica, reconociéndola como un tipo de violencia de género, y para visibilizar la violencia hacia los profesionales de la salud que promueven el parto respetado y personalizado.

Aseveró que hacer sentir a la mujer que para tener un hijo sano debe pagar el precio de sufrir maltrato durante el parto es violento, ya que no se trata solo de tener un hijo sano, sino que la experiencia de parto sea también sana. En esa línea, la entidad que representa tiene la convicción de que se debe avanzar hacia modelos de atención centrados en los derechos de las mujeres y del nacimiento, con la libertad para la mujer de elegir dónde, cómo y con quién parir.

Precisó que lo anterior requiere replicar modelos de países desarrollados, donde se reconoce la autonomía de la matrona para la atención idónea de un parto fisiológicamente personalizado, con coberturas de salud para la asistencia de matronería independiente. Se necesita abrir espacios a casas de nacimiento, con acceso equitativo, sin distinción social, financiadas por el gobierno y con continuidad con la institución de salud, y avanzar hacia concepciones de trabajo multidisciplinarios, transversales, sin jerarquías, con reconocimiento a las competencias profesionales de cada integrante en beneficio del cuidado, respeto y autonomía de la mujer.

Consultada sobre las distintas competencias de los profesionales de la salud involucrados en el trabajo de parto y nacimiento, aclaró que se trata de un trabajo en equipo. Tratándose de una mujer sana, las matronas y matrones tienen las competencias para acompañarla en el trabajo de parto, asistir el nacimiento y cuidar su postparto. Por su parte, las patologías e intervenciones médicas son de competencia de los médicos obstetras. La idea que se ha dado a la población es

errada, en el sentido de que si se paga por salud privada, el parto será asistido por un médico, dando a entender que eso es mejor. La información, en general, está muy desvirtuada en cuanto a la atención real del parto. AMIPAR conoce la realidad del sistema privado de salud porque trabaja en él y ve, constantemente, a mujeres que optan por este último buscando algo mejor y se encuentran con un médico que programa su cesárea.

Reiteró la necesidad de que el Estado garantice coberturas de salud para la asistencia de matronería independiente y la apertura de casas de nacimiento de acceso universal e hizo hincapié en que la moción es la base para generar todos los cambios se necesitan.

25) Doña Giorgia Cartes, Directora Nacional de Matronería del Ministerio de Salud.

Mencionó, como antecedente previo, que trabajó 16 años en la maternidad más grande del país, en el Hospital San José.

En representación del Ministerio de Salud, expresó que se reconoce la necesidad de legislar sobre la materia y que la moción va en la misma línea de trabajo del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, lo que se refleja en el proyecto de ley sobre violencia integral.

Señaló que el problema de la violencia, aunque se ha enmarcado en la parte obstétrica, es mayor y existe de manera transversal en el ámbito de la salud. La violencia que reconoce esta iniciativa causa un mayor impacto, pues se vincula al proceso más importante para una mujer: el buen nacer. Varios estudios dan cuenta, además, de todo lo que el Estado podría ahorrarse mejorando la calidad de la atención orientada a ese buen nacer. De todas maneras, el Ministerio quiere dar un enfoque positivo a la problemática expuesta, en la misma forma en que la Organización Mundial de la Salud establece el buen trato materno y neonatal.

Sostuvo que el Ministerio ha trabajado varias temáticas en la búsqueda de mejorar la calidad de atención de las mujeres. Prontamente, saldrá a la luz la norma técnica sobre cesáreas, complementando la de monitoreo y vigilancia de indicaciones de cesáreas, conscientes de que el porcentaje de las mismas en Chile está por sobre de lo que recomienda la evidencia. Actualmente, se está trabajando en la orientación técnica de la atención del parto integral y, anteriormente, se trabajó en la actualización de la guía de parto, donde se establecieron muchos aspectos que la moción contempla. En relación con los proyectos hospitalarios, todos los nuevos establecimientos vienen con Salas de Atención Integral de Parto (SAIP), aunque reconocen, como Ministerio, una brecha importante, tanto en infraestructura como en el recurso humano, para poder lograr una atención de parto de calidad y, así, llegar al objetivo final: el buen nacer.

Comentó que, en su rol como Directora Nacional de Matronería, y habida consideración de la necesidad de cambio de los modelos de atención, puso en marcha una capacitación para matronas y matrones sobre parto respetado, en coordinación con el Departamento de Capacitación del Ministerio.

En palabras finales, expresó que, si bien hay muchos aspectos que requieren voluntad de todos los actores de salud involucrados, el Ministerio tiene la convicción de que el cambio que se persigue se va a lograr, porque nadie desconoce que las mujeres requieren las mejores condiciones en el proceso de nacimiento, lo que hace necesario seguir sensibilizando, educando y cerrando brechas.

25) Doña Valeria Diaz Camus, abogada del Gabinete del Ministerio de Salud.

Acotó que, desde el Ministerio que representa, valoran enormemente la discusión significativa que se ha dado respecto de este proyecto, en especial, los testimonios de los gestores sociales víctimas de la violencia que se devela.

Como Ministerio han ido avanzando en analizar las temáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, dando prioridad a distintos proyectos vinculados entre sí, que refieren la necesidad de acompañamiento digno y trato respetuoso.

27) Doña María José Morales Aguilar, Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento (CNDN).

Manifestó que la organización que representa fue creada en el año 2016, con el objetivo de articular a las organizaciones de la sociedad civil y personas naturales, por la promoción de los derechos de la mujer en gestación, nacimiento, puerperio y crianza en Chile, potenciando como principales protagonistas a la mujer, persona gestante, hijo o hija, su pareja y familia. Está conformada por 29 agrupaciones y más de 9 participantes naturales, con presencia en todo el territorio nacional.

Señaló que la moción, que busca establecer los derechos de la mujer en la atención ginecológica y obstétrica, los derechos en el nacimiento y regular la violencia gineco obstétrica, es fruto de la articulación ciudadana y parlamentaria.

Basándose en una presentación [VER](#), se hizo cargo de algunas dudas y cuestionamientos que han surgido durante su discusión en general. Así, en primer término, sostuvo que un proyecto de ley de esta naturaleza resulta fundamental porque es indiscutible que, desde la perspectiva de la salud de la mujer, nuestro país, como muchos otros, presenta falencias en materia de atención integral al parto y el nacimiento, lo que quedó evidenciado en el informe

de la Organización de las Naciones Unidas del año 2019. En este último, la relatora es enfática al señalar que se ha demostrado que hay formas de violencia sistemática y generalizada que no han sido abordadas desde la perspectiva de los derechos humanos, por lo que se deben sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en esta materia, elaboren leyes, estrategias y políticas nacionales sobre salud reproductiva, establezcan mecanismos de denuncias para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos en la atención de salud y garanticen la rendición de cuentas por estas vulneraciones.

Indicó que se debe avanzar hacia una legislación en esta materia, ya que la normativa no se cumple. La moción tiene como misión principal la prevención basada en la educación y en la información, y apunta a un cambio de paradigma, tanto en la forma de nacer como en la manera en que se aborda el aborto, espontáneo o provocado. La importancia de reconocer esta violencia permite evidenciar el impacto que tiene en las mujeres, como ocurrió con el acoso laboral y el acoso callejero, los que antes de ser nombrados como tales eran absolutamente normalizados. El proyecto busca brindar una atención médica integral cuyo foco trascienda los aspectos fisiológicos del proceso reproductivo, incluyendo los sociológicos, psicoemocionales, culturales y espirituales.

Dio a conocer que la violencia ginecobstétrica puede definirse como todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, así como la omisión o negación injustificada durante la atención de la gestación, parto, postparto, aborto espontáneo en las causales establecidas y en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer y persona que requiera de esta última.

Precisó que no se puede patologizar un proceso natural y fisiológico, y que la medicación innecesaria y excesiva, así como la cosificación de los cuerpos de las mujeres, genera efectos adversos como la pérdida de su autonomía, miedo y afectaciones emocionales que pueden permanecer por años. Muchas mujeres relatan que han perdido el deseo de volver a ser madres para no revivir la experiencia de trauma o buscan parir en casa o en otros lugares fuera del sistema de salud.

Afirmó que el proyecto de ley busca erradicar esta violencia sobre la base de tres ideas centrales: abordarla de manera integral en la atención sexual y reproductiva de las mujeres; incluir a todas ellas, especialmente a las más vulnerables; y reconocerlas como sujetas de derechos y soberanas en relación a su cuerpo. Para lograr esos objetivos se debe, entre otros aspectos, diferenciar claramente los conceptos de negligencia médica, mala praxis, mal resultado perinatal y violencia obstétrica. La negligencia médica y la mala praxis son prácticas que se encuentran reguladas por la normativa vigente. El mal resultado perinatal es una posibilidad siempre presente en cualquier parto y nacimiento

independientemente del lugar y la atención recibida. Es necesario, entonces, hablar de violencia obstétrica, porque puede ser tan sutil a los ojos de quien la ejerce, pero a la vez ser una situación traumática para quien la vive. Muchas veces la negligencia médica y la mala praxis van acompañadas de este tipo de violencia porque, a veces, el mal resultado perinatal es producto de ella sin que llegue a configurarse negligencia o mala práctica.

Aseguró que su erradicación es posible con los actuales recursos e infraestructura del sector público. Si se revisan los derechos garantizados por este proyecto, en su gran mayoría, no requieren inyección directa de recursos, pues se refieren a mejorar el trato, a la entrega de información, a reconocer la autonomía de la mujer y a la voluntad de asumir este desafío.

Por otra parte, sobre el aspecto punitivo que se ha destacado por algunos expositores, refirió que el proyecto, principalmente, busca reconocer el impacto que generan ciertas prácticas en el cuerpo y la psiquis de las mujeres y no necesariamente está enfocado a la atribución de algún tipo de intención por parte de quienes la ejercen, replicando el sistema sancionatorio general que ya existe y mejorando algunos aspectos. En efecto, no establece un sistema nuevo de sanciones, sino que mantiene la responsabilidad sanitaria que ya existe y la responsabilidad administrativa por infracción a la ley de derechos y deberes de los pacientes. En materia penal innova simplemente incorporando una agravante, esto es, ni siquiera crea un nuevo tipo penal.

Planteó que se ha dicho que con la promulgación de este proyecto aumentarán las complicaciones y malos resultados perinatales, lo que no se condice con la contundente evidencia científica en la materia, que avala los cambios propuestos ni con las recomendaciones de organismos internacionales expertos, que apuntan hacia un modelo menos intervencionista. Aclaró, entonces, que el parto respetado no es sinónimo de parto irresponsable y que la moción no avala conductas peligrosas ni irresponsables por parte de ninguno de los actores involucrados, muy por el contrario, reconoce a las mujeres como sujetas de derecho, quienes con toda la información actualizada y veraz que reciban, podrán tomar la mejor decisión en conjunto con el equipo de salud.

Aseveró que el cambio de paradigma que se busca se logrará con una mirada preventiva, de promoción y reparación, garantizando que las mujeres víctimas de esta violencia sean reconocidas. Otro factor fundamental se encuentra en los procesos de capacitación continua a los profesionales y técnicos de salud, fortaleciendo su formación inicial con enfoque de género, derechos humanos, salud mental perinatal y el cuidado de los equipos de salud. Además, se debe democratizar el acceso a la información y evidencia de las mujeres a través de la educación prenatal.

Concluyó que, en consecuencia, se necesita una legislación que garantice la implementación de las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el modelo de atención del parto, nacimiento y aborto, que es el objetivo de la moción.

- VOTACIÓN GENERAL

Sometida a votación la idea de legislar sobre el proyecto de ley, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, con 10 votos a favor y ningún voto en contra ni abstención. Votaron a favor las diputadas Maya Fernández, Marcela Hernando, Erika Olivera, Maite Orsini (Presidenta), Ximena Ossandón, Joanna Pérez y Camila Rojas, Patricia Rubio, Marisela Santibáñez y Virginia Troncoso.

Cabe hacer notar que las integrantes de la Comisión fundamentaron sus votos, del modo en que se reseña a continuación:

La diputada **Fernández** agradeció a la diputada Mix por invitarla a suscribir la moción y se comprometió a seguir impulsándola en toda su tramitación. Valoró, especialmente, los testimonios de las madres y padres víctimas de violencia obstétrica, consciente de lo difícil que debe haber sido para ellos volver a relatar lo vivido.

La diputada **Olivera** agradeció a todas las organizaciones de la sociedad civil que formaron parte de la discusión general del proyecto de ley y enriquecieron el debate del mismo. Asimismo, agradeció a la diputada Mix por la fuerza que ha tenido para impulsarlo, y a la Presidenta de la Comisión, por ponerlo en tabla. Comprometió su apoyo al proyecto y, en general, a todas las iniciativas que promuevan y garanticen el respeto por los derechos y la dignidad de las mujeres y de los niños y niñas desde antes de su nacimiento.

La diputada **Ossandón** manifestó que la moción va en la línea correcta, sobre todo considerando que el parto es una experiencia compartida por muchas mujeres, que debiese ser maravillosa.

La diputada **Joanna Pérez** expresó que esta iniciativa viene a saldar una deuda con las mujeres que han vivido el proceso de gestación y parto, y con los recién nacidos. Manifestó que si bien aprueba la idea de legislar, las exposiciones de los distintos actores involucrados durante el debate en general han dado luces de cómo mejorarlo en la discusión particular.

La diputada **Rojas** se sumó a lo señalado por quienes la precedieron en el uso de la palabra. Manifestó que el nutrido debate general del proyecto zanjó la necesidad de que exista una ley como la que se propone, develando una violencia invisibilizada por décadas, que han vivido muchas mujeres, y que requiere acciones preventivas pero también sanciones. Hizo hincapié en que, como dice el lema de esta causa, la manera de nacer sí importa.

La diputada **Rubio** reflexionó en torno a que, después del enriquecedor debate, no cabe duda de que la violencia obstétrica existe, de que constituye violencia de género, lo que permite a muchas mujeres que habían naturalizado la violencia experimentada en sus procesos de gestación y parto reconocer que la sufrieron y reivindicar esa experiencia.

La diputada **Santibáñez**, en la misma línea, agradeció que se haya puesto en tabla la moción porque ha permitido visibilizar otro tipo de violencia de género naturalizada, que, al ser reconocida, permite establecer mecanismos para prevenirla y sancionarla, lo que hace justicia a nuestras madres y abuelas, a las que ya no están y a las que vendrán.

La diputada **Troncoso** fundó su voto a favor en la dignidad de las mujeres y por las que vendrán.

La diputada **Orsini** (Presidenta) reiteró los agradecimientos a la diputada Mix por los años de lucha que ha dado para erradicar este tipo de violencia en contra de las mujeres. Agradeció, también, a las organizaciones que formaron parte de la discusión general, por sus años de lucha, en especial, a aquellas mujeres valientes que se han enfrentado a las organizaciones de base más antiguas por esta causa y han levantado sus propias organizaciones disidentes, así como también a las víctimas de violencia obstétrica que, con mucho cariño, dieron a conocer a la Comisión su testimonio y experiencia, asumiendo lo doloroso del proceso de revictimización. Enfatizó que la manera de nacer sí importa y que es imperativo erradicar todo tipo de violencia contra la mujer.

- DISCUSIÓN PARTICULAR

La diputada **Mix**, acogiendo distintas sugerencias que le hicieron llegar organizaciones de la sociedad civil, propuso una serie de modificaciones al texto de la moción, que fueron analizadas en el seno de la Comisión y respecto de las cuales se logró aunar criterios. El trabajo realizado en forma conjunta por las diputadas, con la colaboración de entidades que participaron en la discusión general, se tradujo en una indicación sustitutiva al proyecto de ley, cuyo texto fue analizado y consensuado en las sesiones destinadas a la discusión particular.

La indicación sustitutiva fue suscrita por las diputadas Maite Orsini (Presidenta), Nora Cuevas, Maya Fernández, Marcela Hernando, Erika Olivera, Ximena Ossandón, Joanna Pérez, Claudia Mix, Marisela Santibáñez, Virginia Troncoso y Patricia Rubio.

Para una mejor comprensión de las modificaciones introducidas al texto de la moción en virtud de dicha indicación, se analizará cada artículo en forma separada.

Título I Disposiciones generales

Artículo 1

Establece el objeto y ámbito de aplicación de la ley, en los siguientes términos:

*“Artículo 1º: Objeto y ámbito de aplicación. Esta ley tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, **del recién nacido y la pareja**, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud **ginecológica y sexual**.”*

*Los derechos y deberes contemplados en esta ley, serán aplicables a los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención gineco-obstétrica. Estas disposiciones serán aplicables a todo personal de salud que **realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida a mujeres**, respecto de todas las atenciones que describe el inciso primero de este artículo. Estas disposiciones también son aplicables en todos aquellos organismos del Estado que tengan bajo su custodia y/o tutela niñas y mujeres.*

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud.”

La diputada **Mix** propuso introducir las siguientes modificaciones en el artículo 1:

- 1.- En el inciso primero:

a) Sustituir la frase “del recién nacido y la pareja,” por “**o persona gestante, del recién nacido o nacida, padre o acompañante significativo,**”.

b) Reemplazar las palabras “ginecológica y sexual” por “**sexual y reproductiva**”.

2.- En el inciso segundo, sustituir la frase “realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida a mujeres”, por la siguiente: “**cumpla una función administrativa, asistencial y/o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**”.

Manifestó que de este modo, se pretende precisar y actualizar el lenguaje de la moción, y en ese sentido se propone agregar, a continuación de la palabra “mujer” la frase “o persona gestante” no solo en esta norma, sino en el resto del articulado. En la misma línea, propuso reemplazar la frase “ginecológica y sexual” por “sexual y reproductiva”. Respecto del tercer cambio, relevó la importancia de que el personal de salud cumpla, también, una función educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La diputada **Orsini** (Presidenta) consideró jurídica y conceptualmente más apropiado reemplazar la palabra “mujer” por “persona gestante”, ya que la mujer es una persona gestante.

La diputada **Mix** destacó la importancia de mantener ambos términos, como una reivindicación simbólica de las luchas que han dado las mujeres y las personas con capacidad de gestar para ser reconocidas como sujetos de derechos⁵.

La diputada **Olivera** hizo notar que el proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para hacer aplicables las normas sobre despenalización del aborto a toda persona con capacidad de gestar, boletín N° 14.074-34, mantuvo ambos términos.

La diputada **Orsini** (Presidenta) argumentó que resulta aún más reivindicativo, simbólico e inclusivo utilizar la expresión “persona gestante”, sin distinción, para referirse a todas las personas con capacidad de gestar.

La diputada **Ossandón**, respecto de la propuesta de reemplazar en todo el articulado las palabras “ginecológica y sexual” por “sexual y

⁵ En la sesión celebrada el 6 de septiembre de 2021, se dio cuenta de una carta de un grupo de organizaciones y profesionales, por medio de la cual dan a conocer que si se reemplaza la palabra “mujer” por “persona gestante o con capacidad de gestar”, se eliminaría la protección que otorgan las leyes y los tratados internacionales [VER](#)

reproductiva”, sugirió utilizar los tres conceptos, ya que el aspecto ginecológico resulta fundamental para las mujeres y no todas ellas tienen capacidad de gestar.

Durante el debate, hubo consenso en acoger las modificaciones propuestas por la diputada Mix, con las siguientes precisiones:

1. Utilizar la expresión “persona recién nacida” en vez de “recién nacido o recién nacida”, ya que se encuentra definida expresamente en el artículo 9.

2. Incorporar, a continuación de la palabra “mujer”, la frase “u otra persona gestante”, ya que de este modo se mantiene el lenguaje utilizado en la Ley Dominga, donde la expresión “u otra” parece ser más inclusiva.

3. Reemplazar el término “acompañante significativo” por “persona significativa para la mujer u otra persona gestante”, con lo cual se mantiene el lenguaje utilizado en las leyes Dominga (boletín N° 14159-11) y Mila (boletín N° 13812-11).

4. Incluir, dentro de los ámbitos de aplicación de la ley, la muerte gestacional o perinatal.

5. Uniformar la referencia a hospitales y centros de salud, bajo la expresión “establecimiento de salud”, siguiendo los términos de la ley Mila.

Cabe hacer presente que la Comisión determinó que estas cinco adecuaciones en el artículo 1 debían aplicarse a todo el articulado del proyecto, para lograr uniformidad en este último.

Igualmente, hubo consenso para definir qué se entiende por persona significativa, pues de ese modo se podría evitar repetir algunas menciones en el articulado. En efecto, se hizo presente que en algunas partes del texto del proyecto se utiliza la expresión “padre o acompañante significativo”, en otras, “pareja, doula, padre o acompañante significativo” y en otras, “padre, madre – haciendo referencia a la comaternidad – o acompañante significativo”, lo que complejiza su lectura y, eventualmente, su interpretación.

Si bien se discutió sobre la posibilidad de considerar al padre del que está por nacer dentro de tal definición, primó el criterio de darle un tratamiento distinto, habida consideración de que hay normas que se refieren expresamente a sus derechos. A fin de relevar su rol, se optó por mencionarlo de manera expresa, por lo que decidieron unificar la expresión “padre o persona significativa” en todo el articulado.

En razón de lo anterior, se acordó incorporar el siguiente inciso segundo:

“Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer u otra persona gestante señale como su acompañante.”

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 1, es del siguiente tenor:

“Artículo 1.- Objeto y ámbito de aplicación. Esta ley tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa para la mujer u otra persona gestante, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud sexual y reproductiva.

Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer u otra persona gestante señale como su acompañante.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán aplicables a los establecimientos de salud públicos o privados u otros espacios donde se preste atención ginecobstétrica.

Estas disposiciones serán aplicables al personal de salud que cumpla una función administrativa, asistencial y/o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, respecto de todas las atenciones señaladas en el inciso primero de este artículo. Estas normas también son aplicables en todos aquellos organismos del Estado que tengan niñas y mujeres bajo su custodia y/o tutela.

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.”

Artículo 2

Establece los principios aplicables a esta ley, en los siguientes términos:

“Artículo 2º. Principios aplicables a esta ley.

a) *Principio de la dignidad en el trato: Ninguna mujer podrá ser objeto de cualquier maltrato, o agresión psicológica, física o sexual, que suceda durante la atención de la gestación, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a las **atenciones ginecológicas y sexuales**. Los prestadores de salud deberán entregar un trato digno a la mujer durante todo el periodo de su atención de salud.*

b) *Principio de la autonomía de la mujer: Ninguna mujer podrá ser sometida a una prestación de salud no consentida durante la atención de la gestación, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, ni en las **atenciones ginecológicas y sexuales**. Esto es sin perjuicio de las excepciones reguladas en la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud.*

c) *Principio de la privacidad y confidencialidad: Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, deberán realizarse en un ambiente que proteja la privacidad de la mujer. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica y nadie podrá tener acceso a ésta sino en virtud de autorización expresa de la paciente.*

d) *Principio de la **multiculturalidad**: Los prestadores de salud que realicen las atenciones de salud en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, deberán propender al respeto de la **multiculturalidad** en todas sus formas.”.*

La diputada **Mix** propuso introducir las siguientes modificaciones en el artículo 2:

1.- Añadir, en la letra a), después del término “cualquier” la palabra “**manipulación**,”.

2.- Reemplazar, en las letras a) y b), la frase “ginecológicas y sexuales” por la siguiente: “sexuales y reproductivas”.

3.- Reemplazar, en la letra d), la palabra “multiculturalidad” por “**interculturalidad**”, en las dos partes en que aparece.

4.- Agregar las siguientes letras e) y f):

“e) **Principio de interpretación desde los derechos humanos. Las disposiciones de la presente ley se interpretarán en conformidad a lo establecido en los tratados internacionales de derechos humanos firmados**

y ratificados por Chile, así como a los pronunciamientos de los órganos de tratados y que se encuentren vigentes.

f) “Principio de la transparencia. Todo el personal de salud señalado en el inciso segundo del artículo 1°, deberá contar con un registro de procedimientos realizados en cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, uso de oxitócica sintética, y tasa de lactancia materna exclusiva al alta, entre otros. Asimismo, todos los establecimientos de salud, deberán tener esta información a libre disposición del público, en medios visibles, facilitando su acceso a las y los usuarios de la salud.”.

5.- Incorporar las adecuaciones terminológicas antes explicadas, con motivo del análisis del artículo 1.

En relación con la primera sugerencia, la diputada **Hernando** hizo presente la complejidad de incorporar la manipulación como actuar contrario al principio de la dignidad en el trato, puesto que la palabra “manipular”, en sentido estricto, significa “manejar con las manos”, por lo que cada vez que se da vuelta a un paciente o se le intuba se le está manipulando.

La abogada **Carla Bravo, Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO)**, explicó que el término que se propone hace referencia a una manipulación en la voluntad de la mujer, en su consentimiento, mas no en su cuerpo.

Hubo consenso en orden a invertir las acciones que señala la norma como contrarias a la dignidad de trato, para dejar “manipulación” antes de “o agresión psicológica”, a fin de que se entienda que no se está refiriendo a la manipulación física de la paciente.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 2, es del siguiente tenor:

“Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley. Esta ley se rige por los siguientes principios:

a) Dignidad en el trato.

Ninguna mujer u otra persona gestante podrá ser objeto de maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual, que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a las

atenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los prestadores de salud deberán dar un trato digno a la mujer u otra persona gestante durante todo el periodo de su atención de salud.

b) Autonomía.

Ninguna mujer u otra persona gestante podrá ser sometida a una prestación de salud no consentida durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, ni en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin perjuicio de las excepciones establecidas en la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

c) Privacidad y confidencialidad.

Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán realizarse en un ambiente que proteja la privacidad de la mujer u otra persona gestante. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, a la que nadie podrá tener acceso, sino en virtud de la autorización expresa de la paciente.

d) Interculturalidad.

Los prestadores de salud que realicen las atenciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán propender al respeto de la interculturalidad en todas sus formas.

e) Interpretación desde los derechos humanos.

Las disposiciones de esta ley se interpretarán en conformidad a lo establecido en los tratados internacionales de derechos humanos firmados y ratificados por Chile, así como en los pronunciamientos de los órganos de tratados que se encuentren vigentes.

f) Transparencia.

Los establecimientos de salud señalados en el inciso tercero del artículo 1 deberán contar con un registro de procedimientos realizados en cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, así como también sobre el uso de oxitocina sintética y la tasa de lactancia

materna exclusiva al alta, entre otros aspectos. Asimismo, deberán tener esta información a libre disposición del público, en medios visibles, y facilitar su acceso a los usuarios de la salud.”

Título II Violencia ginecobstétrica

Artículo 3

Define el concepto de violencia obstétrica, en los siguientes términos:

“Artículo 3: Definición de violencia gineco-obstétrica. Se entenderá por violencia gineco- obstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Las sanciones a estos hechos se regirán por lo dispuesto en el título V de la presente ley.”

Hubo consenso en la Comisión en orden a acoger la propuesta de la diputada **Mix** en lo que respecta a incorporar la discriminación dentro de la definición de violencia ginecobstétrica porque, a pesar de la dimensión transversal de esta violencia, se ha podido identificar que quienes más la sufren son las personas migrantes, de estratos socioeconómicos más bajos, más vulnerables, identificando un sesgo discriminatorio en su ejercicio.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 3, es del siguiente tenor:

“Artículo 3.- Definición de violencia ginecobstétrica. Se entenderá por violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer u otra persona gestante.

Las sanciones a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica se regirán por lo dispuesto en el Título V.”

Artículo 4

Se refiere a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, en los términos que se indican a continuación:

“Artículo 4: Hechos constitutivos de violencia gineco-obstétrica. Se considerarán como actos de violencia gineco-obstétrica, entre otros, los siguientes hechos:

a) Abandono, burlas, abusos, insultos, amenazas, malos tratos, coacción, violencia física o psicológica ejercida contra la mujer en torno a su atención de salud obstétrica o ginecológica.

b) Insensibilidad al dolor o enfermedades por parte de los sistemas médicos en dichos contextos.

*c) Omisión o **retardo** en la atención oportuna ante una emergencia gineco-obstétrica.*

*d) Manipulación u ocultamiento de la información cuando es solicitada por la mujer o **sus cercanos en torno a su salud**.*

e) Utilización del caso clínico de una mujer en actividades de docencia e investigación, salvo cuando ésta sea consentida por ella.

f) Abuso o negación de medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que ésta aumente los riesgos maternos y perinatales, los que deberán ser debidamente informados.

g) Obligar a la mujer a parir en una posición que limite su movimiento, ser amarrada u otros, sin justificación ni consentimiento de la misma. Esto será igualmente aplicable a todas las mujeres privadas de libertad.

*h) Aceleración de un parto **de bajo riesgo**, métodos agresivos como maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer.*

i) La realización de prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen ningún sustento específico para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

j) Interrupción del embarazo o esterilización forzada no consentida por la mujer y realizadas sin justificación médica.

k) Barreras de acceso a la anticoncepción, esterilización quirúrgica voluntaria y entrega de anticoncepción de emergencia en razón de su edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos/as u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer.

l) El retardo injustificado o la omisión en la atención de salud que tenga como consecuencia la muerte gestacional y perinatal.

m) El retardo injustificado o la omisión de atención en el ámbito de la interrupción voluntaria del embarazo regulada en la ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

n) El no respeto a las tradiciones culturales que la mujer profese.

o) El incumplimiento de los derechos establecidos en el título III de la presente normativa.

p) El no respeto del consentimiento y la autonomía de una niña o adolescente que se encuentre en preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva.

q) El no respeto del consentimiento y la autonomía de una mujer (j) con discapacidad en el ámbito del preparto, parto, postparto, aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva.”.

La diputada **Mix** sugirió introducir las siguientes modificaciones en el artículo 4:

1.- En la letra a), incorporar, luego del término “coacción”, las palabras “exclusión, desinformación”.

2.- Sustituir el texto de la letra b) por el siguiente:

“b) Insensibilidad, indiferencia, ignorancia deliberada, subvaloración y/o acallamiento al dolor o enfermedades por parte del personal de salud en dicho contexto.”

3.- Sustituir en la letra c), la palabra “retardo” por **“retraso o negación injustificada”**.

4.- Sustituir en la letra d), la frase “sus cercanos en torno a su salud” por **“una persona solicitante con el consentimiento y autorización de la mujer o persona gestante”**.

5.- Sustituir en la letra h), las palabras “de bajo riesgo” por **“fisiológico”**.

6.- Agregar una letra r) del siguiente tenor:

“r) Interferir en el establecimiento del vínculo con el recién nacido en el postparto, o no recibir información del estado de salud del mismo, cualquiera sea la causa o condición de la persona gestante, aún cuando exista sospecha respecto a condiciones sobre consumo de alcohol y/o drogas de la gestante.”

En relación con la modificación N° 2, las diputadas **Santibáñez y Hernando** hicieron presente las dificultades que podrían generarse si se incorpora, como hecho constitutivo de violencia obstétrica, la indiferencia, por el carácter subjetivo de la misma, ya que otras conductas, como la timidez, y algunos trastornos, como el espectro autista, o la discapacidad auditiva, podrían ser interpretadas como indiferencia, sin que lo sean.

Tras un breve debate, se consensuó en sustituir la expresión “indiferencia” por “ignorancia deliberada”.

En relación con la incorporación de la letra r), la diputada **Ossandón**, solicitó precisar su alcance, ya que también podría resultar negligente hacer caso omiso de una sospecha, si las condiciones psicológicas o mentales en que se encuentra la madre no dan garantías de protección al recién nacido.

La señora **Carla Bravo, abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO)**, explicó que el hecho de violencia que la nueva letra r) describe busca proteger a mujeres que son separadas de sus recién nacidos, interfiriendo en su vinculación, injustificadamente o basándose en una mera sospecha de encontrarse la madre en condiciones mentales deficientes por consumo de alcohol o drogas.

Las integrantes de la Comisión, conscientes de la ocurrencia del hecho recién descrito, coincidieron en que resulta contraproducente al objetivo que el literal busca, ponerlo en términos tan explícitos, lo que podría complejizar su aplicación práctica. Por ello, concordaron en expresarlo de la siguiente forma:

“r) Interferir en el establecimiento del vínculo con el recién nacido en el postparto, o no recibir información del estado de salud del mismo, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puérpera. “

Asimismo, acordaron acoger una sugerencia de la Secretaría en orden a agrupar en un solo literal las letras p) y q), en atención a que ambas regulan el “no respetar el consentimiento y la autonomía” en distintas hipótesis

(“niña y adolescente”, “mujer u otra persona con discapacidad” y “mujer u otra persona gestante”).

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 4, es del siguiente tenor:

“Artículo 4.-. Hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica. Se considerarán como actos de violencia ginecobstétrica, entre otros, los siguientes hechos:

a) Abandono, burlas, abusos, insultos, amenazas, malos tratos, coacción, exclusión, desinformación, violencia física o psicológica ejercida contra la mujer u otra persona gestante en torno a su atención de salud sexual y reproductiva.

b) Insensibilidad, ignorar deliberadamente, subvalorar y/o acallar el dolor o las enfermedades, por parte del personal de salud en dicho contexto.

c) Omisión, retraso o negación injustificada en la atención oportuna ante una emergencia ginecobstétrica.

d) Manipulación u ocultamiento de la información solicitada por la mujer u otra persona gestante o por un tercero, con su consentimiento y autorización.

e) Utilización del caso clínico de una mujer u otra persona gestante en actividades de docencia e investigación, sin su consentimiento.

f) Abuso o negación de medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.

g) Obligar a la mujer u otra persona gestante a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación ni consentimiento de la misma, especialmente tratándose de quien se encuentre privada de libertad.

h) Aceleración de un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía, entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer u otra persona gestante.

i) Prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen ningún sustento específico para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

j) Interrupción del embarazo o esterilización forzada no consentida por la mujer u otra persona gestante, realizadas sin justificación médica.

k) Barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

l) Retardo injustificado u omisión en la atención de salud, que tenga como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

m) Retardo injustificado u omisión de atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley.

n) Falta de respeto a las tradiciones culturales que la mujer u otra persona gestante profese.

ñ) Vulneración de los derechos establecidos en el Título III.

o) No respetar el consentimiento y la autonomía de una niña, adolescente, mujer u otra persona gestante, en especial tratándose de una persona en situación de discapacidad, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o del aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva.

p) Interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puérpera.”.

Título III De los derechos del nacimiento

Artículo 5

Se refiere a la aplicación del Título, en los siguientes términos:

“Artículo 5°: De la aplicación de este título. El presente título tiene como objeto resguardar los derechos de la gestante, en el pre parto, parto y post-parto, como también los derechos del recién nacido y del padre, madre u otra persona significativa para la mujer, a fin de asegurar un trato

individualizado, personalizado y digno, que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, protegiendo su integridad física y psíquica.”

La diputada **Mix** sugirió incorporar la expresión “y garantizar”, a continuación de la palabra resguardar, lo que contó con el respaldo de las integrantes de la Comisión.

Asimismo, se complementó la norma, en el sentido de incorporar los ámbitos de aplicación y la mención de los sujetos de los derechos que se indican, en concordancia con el artículo 1.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 5, es del siguiente tenor:

“Artículo 5.- De la aplicación de las normas de este Título. Las normas de este Título tienen como objeto resguardar y garantizar los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, protegiendo la integridad física y psíquica.”

Artículo 6

Define y regula el plan de parto, en los siguientes términos:

*“Artículo 6: Sobre el plan de parto. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual, las mujeres establecen sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso del parto, postparto, nacimiento y la lactancia de **su hijo o hija**. En este documento se dejará constancia de las preferencias de la mujer. Sin perjuicio de lo anterior, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presente la **madre** y el **hijo/a** al momento del nacimiento y la voluntad verbal expresa de la mujer en el momento que está recibiendo la atención obstétrica.*

*Será obligación de las instituciones y centros de salud acoger el plan de parto presentado por la **mujer**. El equipo médico deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo a lo largo de la gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo a las preferencias e individualidades de la mujer.*

En el caso de que la mujer no pueda expresarse claramente y/o no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de seña y un traductor para la coordinación de este plan de parto.

La presentación del plan de parto se registrará por lo establecido en el artículo 11 de la presente normativa.”

La diputada **Mix** propuso, como modificación general aplicable a todo el articulado, reemplazar las palabras “hija o hijo” por “persona recién nacida”, lo que fue acogido.

Explicó que esta norma establece uno de los elementos esenciales del proyecto, a saber, el plan de parto, documento que cada persona gestante podrá elaborar conforme a sus deseos y que deberá ser respetado en el lugar donde elija parir, sin perjuicio de su supeditación a las condiciones de salud que la madre o el recién nacido presenten al momento del parto.

La señora **Carla Bravo, abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO)**, acotó que en el artículo se regula el cumplimiento efectivo de este plan, disponiéndose, entre otros aspectos, que los centros de salud pública o privado deberán poner a disposición de las personas gestantes un modelo sugerido del mismo antes de las 32 semanas de gestación. Se establece, además, que los equipos de salud deberán respetarlo, de conformidad con sus capacidades técnicas e infraestructura. En consecuencia, tanto las emergencias que puedan surgir durante el parto como las capacidades técnicas de los equipos de salud, siguen siendo limitaciones al plan de parto que la persona gestante elabore. Este se encuentra vinculado a los talleres prenatales, regulados a continuación, ya que en ellos la persona gestante tomará conocimiento de cómo elaborarlo.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 6, es del siguiente tenor:

“Artículo 6.-. Sobre el plan de parto. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer u otra persona gestante establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y la lactancia de la persona recién nacida. En este documento se dejará constancia de las preferencias de la mujer u otra persona gestante. Sin perjuicio de lo anterior, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presenten aquella y la persona recién nacida al momento del nacimiento, y la voluntad verbal expresa de la mujer u otra persona gestante en el momento en que recibe la atención obstétrica.

Será obligación de los establecimientos de salud acoger el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer u otra persona gestante. En el caso de que no pueda expresarse claramente y/o no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas y un traductor para la coordinación del plan de parto.

La presentación del plan de parto se regirá por lo establecido en el artículo 11 de esta ley.”.

Artículo 7

Establece el derecho a participar en talleres prenatales, de la siguiente forma:

“Artículo 7. Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer gestante tendrá derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, beneficios de la lactancia y así como toda otra información relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento. Estos talleres deberán incluir un enfoque de género y de derechos.

Estos talleres podrán ser dictados por instituciones públicas o privadas de salud, así como también por parte de prestadores individuales. Será deber de los prestadores de salud la creación y promoción de estos talleres.”.

La diputada **Mix** sugirió incorporar las siguientes modificaciones en el artículo 7, que fueron acogidas favorablemente por las integrantes de la Comisión:

1. Reemplazar en el inciso primero, la expresión “mujer gestante” por “mujer u otra persona gestante”.

2. Incorporar los siguientes incisos segundo y tercero nuevos, pasando el segundo a ser cuarto:

“El Estado a través de sus órganos deberá facilitar el acceso por libre elección a talleres y tomarán en consideración las características psicosociales del territorio.

El contenido de la educación prenatal debe considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades del bebé, post parto, placenta y educación sobre vínculos sanos y crianza temprana.”.

3.- Agregar, en el inciso segundo, que ha pasado a ser cuarto, luego del punto aparte, el siguiente texto: **“Asimismo deberán incluir aspectos teóricos y prácticos a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer o persona gestante y/o acompañante significativo con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos. La educación prenatal facilitará la elaboración del Plan de Parto.”**

4.- Agregar un inciso final del siguiente tenor:

“En todo caso estos talleres deberán ser impartidos por personal idóneo.”

Como resultado de la labor encomendada a la Secretaría en orden a uniformar y ordenar las materias reguladas, se refundió el contenido de los incisos tercero, cuarto y quinto en dos incisos (tercero y cuarto) para una mejor comprensión del texto.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 7, es del siguiente tenor:

“Artículo 7.- Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer u otra persona gestante tendrán derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, y proporcionar información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, los beneficios de la lactancia, así como también cualquier otro antecedente relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento.

El Estado, a través de sus órganos, deberá facilitar el acceso por libre elección a los talleres, en consideración a las características psicosociales del territorio.

La educación prenatal deberá considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades de la persona recién nacida, postparto, placenta e información sobre vínculos sanos y crianza temprana. Asimismo, facilitará la elaboración del plan de parto.

Los talleres podrán ser dictados por establecimientos de salud públicos o privados, así como también por prestadores individuales y deberán ser impartidos por personal idóneo. Asimismo, deberán incluir un enfoque de género y de derechos, y aspectos teóricos y prácticos, a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer u otra persona gestante y persona significativa, con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos.”.

Artículo 8

Establece los derechos de las mujeres en relación con la gestación, parto, post parto y aborto en las causales establecidas por la ley, en los siguientes términos:

Enunciado

“Artículo 8. De los derechos de las mujeres en relación con la gestación, pre parto, parto, post parto y aborto en las causales establecidas por la ley. En relación con la gestación, pre parto, parto, post parto y aborto en las causales establecidas por la ley, las mujeres tienen los siguientes derechos:

Como resultado de la labor encomendada a la Secretaría en orden a uniformar y ordenar las materias reguladas, se simplificó el encabezado de la norma, en el entendido de que el artículo 5 ya ha establecido el ámbito de aplicación de las disposiciones de este Título.

Letra a)

a) A recibir una atención continua y personalizada por una matrona. El Estado deberá garantizar que el estándar en el cuidado de la mujer sea de una matrona o matrn por mujer en trabajo de parto.

Hubo consenso en mantener la redacción propuesta en la moción.

Letra b)

b) A recibir información actualizada, semestralmente, por parte de la institución de salud los índices y tasas de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, uso de oxitocina sintética, episiotomía y tasa de lactancia materna exclusiva al alta;

La diputada **Mix** sugirió reemplazar la letra b) por la siguiente:

“b) A recibir información, semestral y actualizada, por parte de la institución de salud de la estadística asociada a tasas de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, uso de oxitocina sintética, deambulación y movimiento durante el trabajo de parto, posición en el parto (litotomía o vertical), maniobra de Kristeller, rotura artificial de membranas (RAM), episiotomía, APGAR, tipo de desgarró, OASIS, tiempo de contacto piel con piel con el recién nacido, momento de inicio de la lactancia y tasa de lactancia materna exclusiva al alta.”

La diputada **Hernando** hizo presente las dificultades prácticas del derecho que el literal b) busca consagrar. Por una parte, las mujeres no podrán comparar adecuadamente entre las distintas instituciones de salud todo el detalle de la información que se exige entregarles, teniendo en cuenta, además, que los datos por sí solos no necesariamente son útiles y, por otra, estimó difícil que las instituciones de salud estén preparadas para registrar estadísticamente todos los índices que contiene el literal en análisis.

Sugirió establecer el derecho a recibir información cualitativa sobre estos factores, esto es, descriptiva mas no cuantitativa, cumpliéndose de igual forma el objetivo que la consagración de este derecho busca.

La señora **Carla Bravo, abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO)**, relacionó el derecho en análisis con la elaboración del plan de parto, ya que todos los índices que se contemplan son importantes para que la persona gestante pueda ejercer adecuadamente su derecho a la autonomía y de manera informada. Actualmente, no hay manera de acceder a esta relevante información, no hay datos de cómo se están atendiendo los partos en las entidades de salud, especialmente en el sector privado, ya que no tienen deber de informar. Una mujer desinformada no sabrá qué hacer con esa información pero, si se establece el derecho de acceder a estos índices, se abre la posibilidad de procesarlos correcta y públicamente para que, eventualmente, las mujeres sí se familiaricen con ellos y puedan ayudarles a tomar mejores decisiones.

La diputada **Hernando**, entendiendo el espíritu de la modificación propuesta, sugirió reemplazar la frase “A recibir información, semestral y

actualizada,” por “A acceder a información actualizada”, para facilitar su interpretación y aplicación práctica, lo que fue acogido por las demás integrantes de la Comisión.

En razón de los argumentos expuestos, se consideró necesario reevaluar el detalle de la información estadística que el literal b) exige a las instituciones de salud medir y proporcionar a las mujeres, por lo que se propuso la siguiente redacción:

“b) “A tener acceso a prácticas e indicadores actualizados de las distintas instituciones de salud en relación a intervenciones y resultados de parto resultados de partos, como son tasa de partos vaginales, de partos instrumentales, de cesáreas, de conducción del trabajo de parto con oxitocina sintética, rotura artificial de membranas, libre movimiento durante el trabajo de parto, acompañamiento en el trabajo de parto, posición al momento del parto, presencia y tipo de desgarros del canal del parto, APGAR del recién nacido a los 5 minutos, tiempo de contacto piel con piel, momento de inicio de la lactancia y tasa de lactancia materna exclusiva a alta”.

La doctora **Marcia Venegas Naranjo, representante de la Agrupación de Ginecólogas de Chile**, explicó que en el sistema público ya existe un registro de los partos, denominado REM 24, que se entrega a nivel central y que incluye casi todos los indicadores incorporados en la norma en análisis, por lo que no sería algo nuevo, desde el punto de vista de su elaboración. Además, existe en Chile un Sistema Nacional de Información Perinatal, creado por el Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud, al que pueden acceder todas las personas que trabajan en el sistema de salud, público o privado, para registrar, entre otras materias, los comprobantes de parto. Dicho sistema hoy está subutilizado, pero permitiría mantener toda esa información actualizada a nivel central.

De este modo, la propuesta de redacción logró salvar las aprensiones manifestadas por la diputada Hernando en relación con el detalle de los indicadores.

Letra c)

“c) A ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente;”

La diputada **Mix** sugirió eliminar este literal, para incorporar su contenido en el literal d), lo que fue acogido por la Comisión.

Letra d), que ha pasado a ser c)

“d) A ser informada sobre el estado, evolución de su parto y estado de salud del que está por nacer. La gestante deberá ser considerada como sujeta activa y protagonista en la toma de decisiones y en cualquier intervención que se realice durante todo el proceso de preparto y parto.”

La diputada **Mix** sugirió incorporar, a continuación de la palabra “parto”, la expresión “y postparto”, lo que fue acogido por la Comisión.

Aun cuando la diputada **Ossandón** compartió el espíritu de la norma, mostró preocupación por su aplicación práctica, ya que no considera las decisiones de carácter inmediato que debe tomar el equipo médico en caso de urgencias o complicaciones para salvar la vida de la madre o del recién nacido.

La señora **Carla Bravo, abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica**, explicó que en caso de emergencias que impidan al paciente prestar su consentimiento o darse a entender rige de manera supletoria la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en virtud de la cual se faculta al personal de salud para actuar.

La doctora **Marcia Venegas Naranjo**, hizo presente que el derecho a ser informado sobre el estado de salud ya se encuentra contemplado en la citada ley y que el literal en análisis simplemente lo explicita. Dado que las decisiones ante las urgencias obstétricas que se presentan deben tomarse en segundos y son de carácter vital, sugirió agregar el derecho a ser informada anticipadamente sobre las mismas y sus manejos, que son bastante puntuales.

La diputada **Mix** enfatizó que el literal se limita a reafirmar el derecho a ser informado sobre la evolución del estado de salud y procedimientos ya contemplado en la ley, por lo que no parece necesario detallarlo más. Argumentó que el derecho a información no implica ser parte de la decisión, por lo que no se afectan los tiempos de reacción del equipo médico.

Las integrantes de la Comisión coincidieron en la necesidad de incorporar el derecho a recibir información anticipada sobre las eventuales complicaciones que se puedan presentar en el trabajo de parto y en el parto mismo, por lo que se concordó en incorporar, a continuación del punto y seguido, el siguiente texto:

“A ser informada anticipadamente sobre las posibles urgencias obstétricas y sus manejos.”.

Letras d) y e), nuevas

La diputada **Mix** propuso incorporar los siguientes literales d) y e), nuevos:

“d) A que sean atendidas todas las necesidades psicológicas y emocionales de la mujer y persona gestante que facilitan el trabajo de preparto y parto, tales como intimidad, seguridad, contención y soporte emocional, entre otros;

e) A recibir información referente a la Norma General Técnica de Placenta – NGTP, y a solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.”.

A fin de evitar redundancias en el texto final, la diputada **Orsini** (Presidenta) propuso mantener la referencia a la Norma General Técnica de Placenta y eliminar su sigla, lo que fue acogido por las demás parlamentarias.

Letra e), que ha pasado a ser f)

“e) A ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial;”

Hubo consenso en la redacción del literal, por lo que no sufrió modificaciones.

Letra f), que ha pasado a ser g)

“f) A estar acompañada ininterrumpidamente, por la pareja, persona significativa, padre o madre, de su confianza y elección durante el trabajo de parto y parto, quien recibirá información oportuna y completa sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido;”

La diputada **Mix** sugirió incorporar las siguientes modificaciones:

- Agregar a continuación de “madre,”, la frase “doula, si la mujer o persona gestante contase con una”.
- Incorporar, al final del texto la frase “previa autorización de la misma”.

La diputada **Mix** explicó que se incorpora a la doula dentro de las personas que pueden acompañar a la madre o persona gestante. Además, se establece que el acceso a información por parte de los acompañantes sobre su estado de salud o del recién nacido debe ser autorizado previamente.

En concordancia con lo obrado en el artículo 1, y como resultado de la labor encomendada a la Secretaría en orden a uniformar y ordenar las materias reguladas, las menciones que esta letra hacía a “la pareja, persona significativa, padre o madre” son reemplazadas por “el padre del que está por nacer, persona significativa, doula”.

Letra g), que ha pasado a ser h)

*“g) A la atención del parto **vaginal**, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos. Adicionalmente, se deberán evitar las intervenciones de rutina y suministro de medicación que no estén justificados, en razón del estado de salud de la mujer y la evolución del trabajo de parto. Si las condiciones de salud se lo permiten, la mujer debe gozar de libertad de movimiento, libre posición en el parto, **y podrá consumir alimentos y líquidos**. No se podrá obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, salvo que ella lo solicite;*

La diputada **Mix** sugirió introducir las siguientes modificaciones:

- Sustituir la palabra “vaginal” por “**fisiológico**”, por ser el término más apropiado para definir el parto natural.

- Reemplazar la frase “, y podrá consumir alimentos y líquidos” por lo siguiente: “**A su vez, se le deberá ofrecer a la gestante alimentos y líquidos a libre elección en el preparto, parto y postparto.**”

Con posterioridad, a fin de establecer el derecho expresamente, propuso sustituir este último texto por el siguiente: “**No se le podrá prohibir a la mujer o persona gestante recibir alimentación o hidratación durante el preparto, parto y postparto.**”.

Consultada sobre las razones que justifican en la actualidad la prohibición de consumir líquidos o alimentos antes de un parto, la doctora **Marcia Venegas Naranjo** manifestó que la literatura y evidencia científica modernas son claras en señalar que el gasto energético de una mujer en trabajo de parto es comparable a correr una maratón, por lo que hay consenso en orden a que debe consumir líquidos y/o alimentos durante el proceso. A mayor abundamiento, la Organización Mundial de la Salud, en sus recomendaciones del año 2018, fue clara y categórica en afirmar que no se debe restringir el consumo de alimentos y líquidos en pacientes de trabajo de parto fisiológico. Esta prohibición se ha mantenido por el riesgo de que este último devenga en una cesárea, que idealmente debe ser practicada en ayuno para evitar vómitos por el efecto anestésico. No obstante, esta consideración no parece ser una justificación suficiente teniendo en cuenta, además, los actuales avances de las técnicas de anestesia.

La abogada **Carla Bravo**, consultada sobre las razones que se tuvieron en consideración para expresar el derecho en términos negativos, explicó que las denuncias que han recibido dicen relación, precisamente, con el hecho de que a las mujeres se les prohíbe alimentarse e hidratarse durante el trabajo de parto, por lo que se prefirió señalarlo de manera expresa. En todo caso, quedan a salvo las restricciones alimentarias que el equipo de salud considere necesarias para resguardar la salud de la madre. La intención de la norma es eliminar la actual exigencia de ayuno.

Manifestó que se consideró establecerlo como un deber activo del servicio de salud, pero podía resultar más problemático que sancionar su prohibición.

Las integrantes de la Comisión debatieron brevemente sobre la forma de perfeccionar la redacción de la norma para establecer adecuadamente este derecho. Coincidieron en las dificultades que podrían surgir si lo expresaran como un deber de las instituciones de salud, ya que se podría entender como una exigencia para la paciente. Igualmente, estuvieron de acuerdo en la importancia de reconocer de manera expresa que se trata de un derecho de la mujer o persona gestante, poniendo fin a la prohibición actual, y en que podría, muy excepcionalmente, restringirse, más no prohibirse, si el equipo médico así lo justifica por razones de salud de la madre o ante el riesgo de que el parto fisiológico termine en cesárea.

En razón de lo anterior, concordaron la siguiente redacción: **“La mujer o persona gestante recibirá alimentación o hidratación durante el parto, parto y postparto cuando lo solicite.”.**

Letra h), que ha pasado a ser i)

“h) A que se evite la práctica de parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto vaginal, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

La diputada **Mix** sugirió reemplazarla por la siguiente:

“i) A que se evite la práctica de parto por vía de cesárea, obteniendo el consentimiento informado de la mujer o gestante, teniendo la certeza y claridad de los argumentos que respalden los beneficios y posibles riesgos de la indicación de la cesárea, contando además con el respaldo de la evidencia que justifique la práctica de dicha intervención.”

Hubo consenso en orden a acoger la propuesta, sin perjuicio de algunas modificaciones de carácter formal, a fin de perfeccionar la redacción de la norma.

Letra i), que ha pasado a ser j)

*i) A no ser separada de su **hijo/a** tras el parto, independiente de la vía del parto, en **las primeras 2 horas** de vida salvo que corra riesgo vital alguno de ellos;*

La diputada **Mix** sugirió establecer que el derecho de la madre a no ser separada de la persona recién nacida corresponde a la primera hora de vida, criterios que fueron acogidos por la Comisión.

Letra j)

“j) A solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.”

La diputada **Mix** sugirió eliminar esta letra, por encontrarse mejor establecido su contenido en el nuevo literal e), propuesta que fue acogida por la Comisión.

Letra k)

“k) A una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia obstétrica;”

Hubo consenso en orden a mantener el texto de la moción, sin modificaciones.

Letra l)

*“l) A no ser hospitalizada junto a mujeres gestantes o puérperas en el caso de **pérdida** gestacional o perinatal.”*

La diputada **Mix** sugirió introducir las siguientes modificaciones:

- Sustituir “mujeres gestantes” por “otras mujeres u otras personas gestantes”.

- Reemplazar la palabra “pérdida” por “muerte”.

Ambas observaciones fueron acogidas por las demás integrantes de la Comisión.

Letra m)

*“m) A recibir el embrión o feto en casos de abortos y **pérdidas reproductivas**, a solicitud de la mujer.”*

La diputada **Mix** sugirió sustituir la expresión “pérdidas reproductivas”, por “**muerte gestacional o perinatal**”.

La diputada **Ossandón** destacó la importancia y la necesidad de hacer extensivo este derecho al padre, especialmente, en caso de que la madre se encuentre impedida de hacerlo.

Las integrantes de la Comisión acogieron la sugerencia de redacción y coincidieron en incorporar una norma similar en el artículo 10, que regula los derechos del padre, pareja y/o acompañante significativo.

Letra n)

“n) A recibir acompañamiento psicológico continuo en caso de pérdidas reproductivas.”

La diputada **Mix** propuso reemplazarla por la siguiente:

“n) A recibir atención psiquiátrica y/o psicológica continua, según las necesidades de salud de la persona, en caso de abortos, muertes gestacionales y perinatales;”

Hubo consenso en orden a acoger la propuesta de la diputada Mix.

Letra o), que pasa a ser ñ)

*“o) En el caso de **mujeres** privadas de libertad, a no ser objeto de ninguna limitación física durante el parto, parto, postparto, aborto en las causales establecidas por la ley. Asimismo, tampoco podrá ser obligada a parir con personal de Gendarmería presente.”*

La diputada **Mix** sugirió agregar las hipótesis de muerte gestacional o perinatal, lo que fue acogido por la Comisión.

Asimismo, señaló que este literal tiene como propósito reivindicar lo vivido por Lorenza Cayuhan, mujer mapuche que fue obligada a dar a luz engrillada.

Como resultado de la labor encomendada a la Secretaría en orden a uniformar y ordenar las materias reguladas, se optó por no mencionar expresamente el ámbito de aplicación, por encontrarse suficientemente delimitado en el artículo 5.

Letra o), nueva

La diputada **Mix** sugiero incorporar el siguiente texto:

“o) En el caso de vulneración en cualquiera de los derechos establecidos en el artículo 8, la mujer o persona gestante podrá acceder igualmente un acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico especializado en la reparación, junto con un seguimiento integral”.

La diputada **Ossandón** observó que el literal, aunque no lo explicita, requiere del pronunciamiento previo de un tercero que declare vulnerado alguno de los derechos que establece el artículo 8° en análisis, para que recién la mujer o persona gestante tenga derecho a acompañamiento psicológico y seguimiento integral. En ese sentido, el contenido del literal pareciera estar fuera de lugar, puesto que regula una etapa posterior. En efecto, la norma en comento establece los derechos de la madre o persona gestante durante el proceso de parto, parto y postparto y, el nuevo literal regula un proceso posterior, en el evento que algunos de estos derechos resulten vulnerados, lo que debe ser acreditado.

La señora **Paulina Sánchez Aliaga, Directora de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal**, explicó que la idea del literal es que la propia institución, basándose en el testimonio de la mujer y previo a su egreso, pueda brindarle ayuda profesional especializada en el evento de que se haya sentido vulnerada en alguno de sus derechos. En estricto rigor, más que constatar los hechos, se busca acoger el daño sufrido y facilitar instancias de contención y reparación.

La diputada **Orsini** (Presidenta) hizo notar que el literal, en los términos planteados, presenta un problema de constitucionalidad, ya que garantiza el acceso a prestaciones que generan gasto fiscal o una nueva administración del mismo.

A partir de la idea de que el espíritu del nuevo literal es facilitar mecanismos de reparación al interior de los establecimientos de salud, se

concordó en la necesidad de morigerar los términos de la norma para evitar una interpretación errónea de la misma y eventuales problemas de constitucionalidad. En esa línea, decidieron reemplazar las palabras “vulneración de” por “**sentirse vulnerada en**” y “podrá acceder” por “**podrá solicitar**”.

Como resultado de la labor encomendada a la Secretaría en orden a uniformar y ordenar las materias reguladas, se efectuaron modificaciones de carácter formal, a fin de mejorar la redacción de la norma.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 8, es del siguiente tenor:

“Artículo 8.- De los derechos de la mujer u otra persona gestante. La mujer u otra persona gestante tiene los siguientes derechos:

a) A recibir una atención continua y personalizada por una matrona o matró. El Estado deberá garantizar que el estándar sea de una matrona o matró por mujer u otra persona gestante en el trabajo de parto.

b) A tener acceso a prácticas e indicadores actualizados de los distintos establecimientos de salud en relación con intervenciones y resultados de los partos, como la tasa de partos vaginales, de partos instrumentales, de cesáreas, de conducción del trabajo de parto con oxitocina sintética, de rotura artificial de membranas, de libre movimiento y acompañamiento durante el trabajo de parto, la posición al momento del parto, la presencia y tipo de desgarros del canal del parto, Apgar de la persona recién nacida a los cinco minutos, el tiempo de contacto piel con piel, el momento de inicio de la lactancia y la tasa de lactancia materna exclusiva al alta.

c) A ser informada sobre el estado y evolución de su parto, de la condición de salud del que está por nacer y, en forma anticipada, sobre las posibles urgencias obstétricas y sus manejos. Deberá ser considerada como sujeto activo en la toma de decisiones y en cualquier intervención que se realice durante todo el proceso de preparto, parto y postparto.

d) A que sean atendidas todas sus necesidades psicológicas y emocionales que facilitan el trabajo de preparto y parto, tales como la intimidad, la seguridad, la contención y el soporte emocional, entre otras.

e) *A recibir información referente a la Norma General Técnica de Placenta, a solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.*

f) *A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial.*

g) *A estar acompañada ininterrumpidamente por el padre del que está por nacer, persona significativa, doula, si contase con una de su confianza y elección durante el trabajo de parto y parto, quienes recibirán información oportuna y completa sobre su estado de salud y el de la persona recién nacida, con su autorización previa.*

h) *A la atención del parto fisiológico, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos. Adicionalmente, se deberán evitar las intervenciones de rutina y suministro de medicación que no estén justificados, en razón del estado de salud de la mujer u otra persona gestante y la evolución del trabajo de parto. Si las condiciones de salud se lo permiten, debe gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto. Además, recibirá alimentación o hidratación durante el parto, parto y postparto, cuando lo solicite. No se le podrá obligar a parir en posición supina y con las piernas levantadas, salvo que ella lo solicite.*

i) *A que el parto por vía de cesárea se realice únicamente tras haber obtenido su consentimiento informado, con la certeza y claridad de los argumentos que respalden los beneficios y posibles riesgos de la indicación de la cesárea, contando, además, con la evidencia que justifique la práctica de dicha intervención.*

j) *A no ser separada de la persona recién nacida, independientemente de la vía del parto, en la primera hora de vida, salvo que corra riesgo vital alguna de ellas.*

k) *A una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia obstétrica.*

l) *A no ser hospitalizada junto a otras mujeres u otras personas gestantes, o puérperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal.*

m) A recibir, cuando así lo soliciten, el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal, y de abortos en las causales establecidas por la ley.

n) A recibir atención psiquiátrica y/o psicológica continua, según sus necesidades de salud, en caso de muerte gestacional o perinatal y abortos en las causales establecidas por la ley.

ñ) A gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto, si las condiciones de salud se lo permiten, y a no sufrir ninguna limitación física, incluso cuando se hallare privada de libertad, caso en el cual, además, no podrá ser obligada a parir en presencia de personal de Gendarmería.

o) A solicitar un acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico especializado en la reparación, junto con un seguimiento integral, en el caso de estimar que se han vulnerado cualquiera de los derechos establecidos en este artículo.”:

Artículo 9

Establece los derechos de las personas recién nacidas, en los siguientes términos:

Encabezado

“Artículo 9. De los derechos de las personas recién nacidas. Las personas recién nacidas tienen los siguientes derechos:”

La diputada **Mix** sugirió reemplazar el enunciado, por el siguiente:

“Toda persona tiene derecho a nacer en un ambiente cálido y respetuoso de la dignidad humana, donde todos los presentes reconozcan la importancia que tiene la forma de nacer para la vida y la sociedad, además de los siguientes derechos:”

Hubo consenso en orden a acoger la propuesta.

Letras a) y b)

a) A ser tratadas en forma respetuosa y digna;

b) Si su condición de salud lo permite no deberán ser sometidas a exámenes o intervenciones inmediatamente tras el parto, interrumpiendo el contacto piel a piel inicial con su madre;

Hubo consenso en orden a mantener la redacción original en ambos literales, sin perjuicio de introducirles modificaciones de carácter formal en consonancia con las adecuaciones consensuadas.

Letra c)

c) A no ser sometidas a intervenciones innecesarias y que carezcan de la debida justificación médica, tales como la aspiración de secreciones, uso de chupetes que puedan afectar la lactancia inicial y fórmulas químicas que sean sustitutas de la leche materna;

La diputada **Mix** sugirió reemplazarla por la siguiente:

“c) A no ser sometidas a intervenciones de manera rutinaria y/o sin justificación médica, a intervenciones tales como la aspiración nasogátrica, el corte precoz del cordón (antes del minuto de vida), la separación de la madre o persona gestante así como también de intervenciones que puedan afectar el establecimiento de la lactancia materna como el uso de fórmulas lácteas y chupete;”

La doctora **Marcia Venegas Naranjo** explicó que se busca evitar las intervenciones innecesarias o sin justificación médica, que no son iguales a las intervenciones de rutina, por lo que recomendó eliminar la expresión “y/o”. También, aclaró que podría prescindirse del contenido del paréntesis, ya que la evidencia científica ha establecido lo que debe entenderse por corte precoz u óptimo del cordón.

Las integrantes de la Comisión estuvieron contestes en introducir dichas recomendaciones al texto.

Letra d)

*“d) Al pinzamiento y **corte tardío** del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz) o hasta que éste deje de latir en todos los nacimientos, salvo que el recién nacido sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación.”*

La diputada **Mix** sugirió introducir las siguientes modificaciones:

- Reemplazar la expresión “corte tardío” por “**corte óptimo**”, entendiéndose por tal aquel que se realiza aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz.
- Sustituir la expresión “sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación” por “**requiera ser trasladado de manera urgente por condición de salud inestable**”.

Las integrantes de la Comisión, teniendo en consideración lo ya expresado por la doctora Marcia Venegas, decidieron eliminar el contenido del paréntesis.

Letra e)

*“e) Al contacto inmediato piel con piel con su madre **por un periodo mínimo de 2 horas**, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten”.*

La diputada **Mix** propuso reemplazarla por la siguiente:

“e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona gestante, al menos 1 hora para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independiente de la vía de parto, para promover la adaptación del recién nacido/a a la vida extrauterina;”.

Hubo consenso en orden a acoger la propuesta, que en síntesis, precisa el objetivo de realizar el contacto inmediato, vinculado con la promoción de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Letra f)

“f) A que se favorezca la lactancia materna precoz, promoviendo los derechos antes consignados;”

La diputada **Mix** sugirió reemplazarla por la siguiente, en el entendido de que el derecho al favorecimiento de la lactancia materna fue consignado en la letra e):

“f) A tener compañía constante de su madre o persona gestante, aun cuando el recién nacido o nacida requiera de hospitalización, y/o sea sometido o sometida a procedimientos de rutina, promoviendo con ello los derechos antes mencionados;”.

La diputada **Olivera** hizo presente que no corresponde hablar de persona gestante, ya que se está regulando una etapa posterior al parto, por lo que sería más apropiado hablar de puérpera.

La doctora **Claudia Santiago, representante de la Agrupación de Ginecólogas de Chile**, acotó que el concepto fisiológico que implica la palabra puérpera es universal e independiente del género de la persona que haya gestado y, en consecuencia, abarca a la mujer y a la persona gestante.

Hubo consenso en orden a ampliar el espectro de personas que menciona la norma y que están en condiciones de brindar esa compañía constante a que tiene derecho el recién nacido, por lo que se optó por reemplazar la expresión “su madre o persona gestante” por “alguno de sus progenitores o personas significativas”.

Letra g)

“g) A ser alimentados con leche materna en los servicios de hospitalización neonatal cuando las condiciones de salud de madre e hijo/a lo permitan, facilitando las condiciones óptimas para la educación a la madre en la extracción y conservación de la leche materna. Asimismo, la capacitación del personal de salud en la administración y manejo de la misma.”

Durante el debate, se hizo presente, nuevamente, la idea de que debía incluirse a la persona gestante. Sin embargo, se reiteró que se trata de una etapa posterior, por lo que no sería apropiado usar esa expresión, sino una más general, como “puérpera”.

Letra h)

“h) A los cuidados especiales e individuales que requiera el recién nacido prematuro.”

Hubo consenso en orden a precisar que el derecho consiste en recibir tales cuidados.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 9, es del siguiente tenor:

“Artículo 9.- De los derechos de la persona recién nacida. Toda persona tiene derecho a nacer en un ambiente cálido y respetuoso de la dignidad humana, donde se reconozca la importancia que tiene la forma de nacer para la vida y la sociedad, además de los siguientes derechos:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A no ser sometida, si su condición de salud lo permite, a exámenes o intervenciones inmediatamente tras el parto, interrumpiendo el contacto piel con piel inicial con la madre o persona que lo gestó.

c) A no ser sometida a intervenciones de manera rutinaria sin justificación médica, tales como la aspiración nasogátrica, el corte precoz del cordón, la separación de la madre o persona que lo gestó, así como también a intervenciones que puedan afectar el establecimiento de la lactancia materna, como el uso de fórmulas lácteas y chupete.

d) Al pinzamiento y corte óptimo del cordón umbilical o hasta que este deje de latir, independientemente de la vía de parto, salvo que requiera ser trasladada de manera urgente por condición de salud inestable.

e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que lo gestó, al menos una hora, para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independientemente de la vía de parto, para promover su adaptación a la vida extrauterina.

f) A tener compañía constante de alguno de sus progenitores o personas significativas aun cuando requiera de hospitalización, y/o sea sometida a procedimientos de rutina, promoviendo con ello los derechos antes mencionados.

g) A ser alimentada con leche materna en los servicios de hospitalización neonatal cuando sus condiciones de salud y las de la madre o persona que lo gestó lo permitan, facilitando las condiciones óptimas para la capacitación de esta última en la extracción y conservación de la leche materna, y del personal de salud en la administración y manejo de la misma.

h) A recibir los cuidados especiales e individuales que requiera, en caso de ser prematura.”

Artículo 10

Establece los derechos del padre, madre del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer, en los siguientes términos:

*“Artículo 10.- De los derechos del padre, **madre** del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer. El padre, madre del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer posee los siguientes derechos:*

En el marco de las adecuaciones terminológicas acordadas, hubo consenso en orden a eliminar la referencia a la “madre del recién nacido”, puesto que sus derechos se encuentran regulados en el artículo 8. Además, se elimina la referencia a la pareja, en el entendido de que, según lo expresado en el artículo 1, se habla únicamente de “padre o persona significativa”.

Letra a)

“a) Ser informado del curso de trabajo de parto;

La diputada **Mix** sugirió agregar al final la frase **“cuando la mujer u otra persona gestante, hayan expresado su consentimiento y autorización, si se encuentra en condiciones de hacerlo;”**.

Hubo consenso en orden a acoger la propuesta.

Letra b)

“b) Estar presentes durante todo el proceso de nacimiento, desde el ingreso al hospital o clínica hasta el postparto inmediato, si la mujer lo permite;”

Hubo consenso en orden a mantener el texto de la moción, sin modificaciones.

Letra c)

c) Realizar contacto piel a piel con el recién nacido en caso de que la situación clínica de la madre sea inestable;

La diputada **Mix** sugirió reemplazarla por la siguiente:

“c) Realizar contacto piel a piel con el recién nacido o nacida, según lo dispuesto en la letra e) del artículo 9, siempre y cuando las condiciones de salud maternas o de la persona gestante y del recién nacido o nacida lo permitan, si estas no existen, será su acompañante significativo y/o padre quien realice dicha función;”

Las integrantes de la Comisión concordaron en eliminar la frase “, si estas no existen, será su acompañante significativo y/o padre quien realice dicha función”, ya que precisamente se están regulando los derechos del padre o persona significativa. Asimismo, en razón de que la norma se refiere a la etapa posterior al parto, se optó por hacer referencia a la puérpera y no a la persona gestante.

Letras d) y e)

d) Acompañar al recién nacido en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología;

e) Ser tratado de forma respetuosa y digna.

Hubo consenso en orden a mantener el texto de la moción correspondiente a ambos literales, sin otras modificaciones que las adecuaciones consensuadas.

Letras f) y g), nuevas

La diputada **Ossandón** reiteró su petición de incorporar dentro de este listado de derechos la posibilidad de que el padre, pareja o persona significativa pueda solicitar el embrión o feto, en casos de abortos y muerte gestacional o perinatal, y de solicitar la placenta.

Las integrantes de la Comisión coincidieron en incorporar ambos derechos, siempre en subsidio de la madre o puérpera, cuando esta no pueda o se encuentre impedida de hacerlo, con la siguiente redacción:

“f) A solicitar y disponer de la placenta cuando la puérpera estuviere impedida de hacerlo, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

g) A recibir el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y abortos por las causales establecidas en la ley, cuando la mujer u otra persona gestante estuviere impedida de hacerlo.”

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 10, es del siguiente tenor:

“Artículo 10.- De los derechos del padre o persona significativa. El padre o persona significativa tiene los siguientes derechos:

a) A ser informado del curso del trabajo de parto cuando la mujer u otra persona gestante haya expresado su consentimiento y autorización, si se encuentra en condiciones de hacerlo.

b) A estar presente durante todo el proceso de nacimiento, desde el ingreso al establecimiento de salud público o privado hasta el postparto inmediato, si la mujer u otra persona gestante lo permite.

c) A realizar contacto piel con piel con la persona recién nacida, según lo dispuesto en la letra e) del artículo 9, siempre y cuando las condiciones de salud de esta última y de la puérpera lo permitan.

d) A acompañar a la persona recién nacida en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología.

e) A ser tratado de forma respetuosa y digna.

f) A solicitar y disponer de la placenta cuando la puérpera estuviere impedida de hacerlo, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

g) A recibir el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y abortos por las causales establecidas en la ley, cuando la mujer u otra persona gestante estuviere impedida de hacerlo.”

Título IV

De la prevención y educación

Artículo 11

Regula el plan de parto y lo referente a las instituciones de salud, del siguiente modo:

*“Artículo 11. Del plan de parto y las instituciones de salud. Los centros de salud pública o privado deberán disponer de un modelo sugerido de plan de parto, no obstante, las mujeres podrán presentar su propio documento o carta en el cual manifieste sus voluntades. **Este modelo sugerido deberá tener un enfoque multicultural.***

Dicho documento deberá estar a disposición de todas las mujeres gestantes, antes de las 32 semanas de gestación.

El plan de parto deberá ser presentado a la matrona y/o médico al momento del ingreso en el Hospital Público. En el caso de una clínica o centro de salud, este plan deberá ser también recepcionado por la institución en la oficina de partes previamente. El prestador de salud deberá garantizar los derechos regulados por esta ley.

Los prestadores de salud deberán de conformidad a sus capacidades técnicas, poner a disposición de las mujeres gestantes todos los elementos que sean necesarios para dar cumplimiento al plan de parto. Asimismo, los centros de salud deberán promover el establecimiento de un parto con enfoque multicultural. “

La diputada **Mix** sugirió incorporar las siguientes modificaciones:

- Reemplazar, en el inciso primero, la oración final, por la siguiente: **“Este modelo deberá basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una experiencia positiva del nacimiento con un enfoque intercultural, debiendo promoverse por los centros de salud el establecimiento de un parto con este enfoque.”.**

-Reemplazar el inciso final por el siguiente:

“Los equipos de salud deberán de conformidad con sus capacidades técnicas y la infraestructura del centro de salud respectivo, poner a disposición de la mujer o persona gestante, todos los elementos que sean necesarios y se encuentren disponibles, para dar bienestar y cumplimiento, al trabajo de parto y parto, de acuerdo con las preferencias y

deseos expresados en el Plan de Parto y que no afecten la intimidad o bienestar de otras mujeres o personas gestantes en el caso de los partos compartidos.”.

En relación con el plan de parto y su importancia, la doctora **Claudia Santiago** manifestó que es un documento que se construye en conjunto con el equipo médico que controla el embarazo, entre las 28 y 32 semanas de gestación, que contiene las aspiraciones de la paciente respecto de lo que espera de su parto para hacerlas coincidir, en lo posible, con lo que el establecimiento de salud asignado a su domicilio puede ofrecer.

Precisó que se pretende que el equipo de salud funcione “en bloque”, atendiendo las necesidades de la persona gestante, brindándole las mejores oportunidades dentro de lo que la infraestructura de los servicios públicos permite, poniéndola a ella y al que está por nacer al centro de la atención.

La diputada **Orsini** (Presidenta), teniendo en cuenta la explicación, observó que la actual redacción no clarifica el modelo que finalmente se va a utilizar y no hace referencia al procedimiento para conciliar ambas posturas: las expectativas de la mujer con las capacidades técnicas del establecimiento de salud.

La diputada **Olivera** acotó que el plan de parto que la mujer proponga debiese igualmente sujetarse a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, ya que hay aspectos médicos relevantes, como el uso de anestesia, que no pueden quedar a su libre determinación.

La diputada **Mix** manifestó que la redacción que se propone busca reconocer y proteger el derecho de la mujer a decidir el lugar donde quiere parir y en qué condiciones quiere hacerlo. Si no llega a acuerdo con el establecimiento puede ir a otro lugar.

La diputada **Ossandón** acotó que no todas las mujeres pueden decidir el lugar donde parir.

La diputada **Rojas** coincidió en que falta precisar en la norma el momento en que el establecimiento se debe pronunciar sobre qué expectativas se encuentra en condiciones de cumplir.

La diputada **Mix** hizo notar que la elaboración del plan de parto se encuentra regulada en el artículo 6, ya analizado, de modo que esta norma solo regula su presentación. Indicó que la institución de salud no está obligada a seguir al pie de la letra el plan de parto.

Finalmente, hubo consenso en acoger las modificaciones propuestas, sin perjuicio de otras que se incorporaron con el fin de mejorar la redacción de la norma.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 11, es del siguiente tenor:

“Artículo 11.- Del plan de parto y las instituciones de salud. Los establecimientos de salud públicos o privados deberán disponer de un modelo sugerido de plan de parto. No obstante, la mujer u otra persona gestante podrá presentar su propio documento o carta en el cual manifieste su voluntad. Este modelo deberá basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del nacimiento, con un enfoque intercultural, que deberá ser promovido por los establecimientos de salud.

Dicho documento deberá estar a disposición de la mujer u otra persona gestante antes de las treinta y dos semanas de gestación.

El plan de parto deberá ser presentado a la matrona o matrócn y/o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público. En el caso de un establecimiento de salud privado, este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

Los equipos de salud deberán, de conformidad con sus capacidades técnicas y la infraestructura del establecimiento de salud respectivo, poner a disposición de la mujer u otra persona gestante todos los elementos que sean necesarios y se encuentren disponibles para dar bienestar y cumplimiento al trabajo de parto y al parto, de acuerdo con las preferencias y deseos expresados en el plan de parto, que no afecten la intimidad o bienestar de otras mujeres u otras personas gestantes en el caso de los prepartos compartidos.

Los prestadores de salud deberán garantizar los derechos regulados por esta ley.”.

Artículo 12

Regula el fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa, del modo que se señala a continuación:

“Artículo 12. Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa. Las Universidades, Centros de Formación Técnica e Institutos Profesionales deberán incorporar a sus mallas curriculares de las carreras del ámbito de la salud una o más asignaturas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos, la atención de salud con enfoque de género y derechos humanos, el conocimiento en prevención sobre violencia de género, salud mental perinatal y cuidados maternos respetuosos.”

La diputada **Mix** sugirió reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 12°. Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa. Las Universidades, Centros de Formación Técnica e Institutos Profesionales deberán incorporar y adaptar en sus mallas curriculares de educación, la información sobre la atención de salud y los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género e interculturalidad, así como en los derechos humanos, las prácticas basadas en el buen trato y la empatía, los tipos de discriminación y la salud mental perinatal, la salud primal y el acompañamiento integral en la salud, fomentando entre la comunidad educativa estas prácticas, con énfasis en el autocuidado del personal de salud.”.

La diputada **Ossandón** manifestó que en la discusión del proyecto de ley que establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal, boletín N° 14.159-11, también conocido como “Ley Dominga”, se planteó la idea de modificar las mallas curriculares pero se consideró que los parlamentarios no tenían las facultades para hacerlo.

La diputada **Rojas** refrendó lo señalado por la diputada Ossandón, y acotó que efectivamente mandar a las instituciones públicas de esa manera genera un problema porque significa recursos y, en el caso de las privadas, por la libertad de enseñanza.

Finalmente, hubo consenso en orden a redactar la norma en términos facultativos, reemplazando la palabra “deberán” por “podrán”.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 12, es del siguiente tenor:

“Artículo 12.- Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa. Las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales podrán incorporar y adaptar en sus mallas curriculares la información sobre la atención de salud y los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género e interculturalidad, así como sobre los derechos humanos, las prácticas basadas en el buen trato y la empatía, los tipos de discriminación, la salud mental perinatal, la salud primal y el acompañamiento integral, fomentando entre la comunidad educativa estas prácticas, con énfasis en el autocuidado del personal de salud.”

Artículo 13

Se refiere a la capacitación de los prestadores de salud, en los siguientes términos:

“Artículo 13. De la capacitación de los prestadores de salud. Los prestadores de salud que realicen atenciones de salud en el ámbito de gestación, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual, deberán capacitar a los equipos de salud que desarrollen sus labores en estas áreas.”

La diputada **Mix** propuso reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 13°. De la capacitación del equipo de salud. Tanto los establecimientos de salud, como sus equipos, deberán fomentar e incorporar constantemente capacitaciones sobre las prácticas basadas en la evidencia que ofrece un cuidado óptimo en el ámbito de gestación, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, para lograr una experiencia positiva.”

Hubo acuerdo en orden a acoger la propuesta, sin perjuicio de introducir algunas adecuaciones consensuadas.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 13, es del siguiente tenor:

“Artículo 13.- De la capacitación del equipo de salud. Los establecimientos de salud y sus equipos deberán fomentar e incorporar constantemente capacitaciones sobre las prácticas basadas en la evidencia que ofrece un cuidado óptimo en el ámbito de gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, para lograr una experiencia positiva.”

Título V

De la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación

Artículo 14

Regula la responsabilidad sanitaria, en los siguientes términos:

“Artículo 14. De la Responsabilidad sanitaria. Los prestadores de salud, públicos o privados, serán responsables de los daños que causen a la mujer () en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también las atenciones en torno a su salud ginecológica y sexual.

La responsabilidad se hará exigible de acuerdo a lo establecido en los artículos 38 y siguientes de la ley 19.966 que establece un régimen de garantías en Salud.”

La diputada **Mix** señaló que en esta norma solo es necesario efectuar las adecuaciones terminológicas acordadas.

La diputada **Ossandón** recordó su solicitud en orden a no eliminar la palabra “ginecológica” y mantener los tres términos, es decir, salud ginecológica, sexual y reproductiva, para que exista una coherencia con el tipo de violencia que esta ley sanciona – violencia ginecobstétrica – y con el nombre del proyecto de ley, que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia ginecobstétrica.

La señora **Carla Bravo, abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica**, aclaró que la salud sexual incluye el ámbito ginecológico, por lo que mantener los tres conceptos sería redundante.

La doctora **Claudia Santiago** acotó que esta ley protege un subgrupo de derechos humanos, que son los sexuales y reproductivos, y su denominación debe ir en armonía con esa nomenclatura. Especificó que el tipo de violencia que se sanciona se denomina violencia ginecobstétrica.

En atención a lo expuesto, se acordó sustituir en el inciso primero, la expresión “ginecológica y sexual” por “sexual y reproductiva”, y proponer a la Sala que se adecue el nombre del proyecto de ley, de modo que sea del siguiente tenor: **“Establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud sexual y reproductiva, y sanciona la violencia ginecobstétrica”**.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 14, es del siguiente tenor:

“

Artículo 14.- De la responsabilidad sanitaria. Los prestadores de salud públicos o privados serán responsables de los daños que causen a la mujer u otra persona gestante, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en las atenciones en torno a su salud sexual y reproductiva.

La responsabilidad se hará exigible de acuerdo con lo establecido en los artículos 38 y siguientes de la ley N°19.966, que establece un régimen de garantías en salud.”

Artículo 15

Regula la responsabilidad administrativa, en los siguientes términos:

“Artículo 15.- De la responsabilidad administrativa. La infracción a los derechos establecidos en esta ley podrá ser reclamada de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud. Los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste

atención gineco-obstétricos deberán contar con una carta sobre los derechos que regula la presente ley y el procedimiento de reclamación en caso de su infracción.

El prestador de salud deberá garantizar un acompañamiento multidisciplinario a la persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos en esta ley.”

La diputada **Mix** sugirió reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 15°. De la responsabilidad administrativa. Se establecerá un procedimiento administrativo especial ante la Superintendencia de Salud para llevar adelante los reclamos de violencia gineco-obstétrica. En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplados en esta ley o la ocurrencia de actos que constituyan violencia gineco obstétrica, se deberá sancionar al recinto de salud con una multa de 30 a 60 UTM según la gravedad del caso. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que puedan existir.

La Superintendencia de Salud deberá llevar registro de los organismos públicos y privados que han sido objeto de reclamo y sanción. Para ello, las instituciones de salud deberán incluir en el Registro Estadístico Mensual N°19, REM N° 19, que clasifica e informa las solicitudes ciudadanas que refieren las instituciones de salud, la categoría de violencia gineco-obstétrica, lo que permitirá tener un registro de fácil acceso de reclamos en torno a las infracciones.

El prestador de salud deberá garantizar el debido resguardo a cualquier persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos en esta ley.”

La diputada **Ossandón** previno que la obligación de crear registros mediante mociones ha generado cuestionamientos de constitucionalidad, tanto porque podría involucrar recursos como por el establecimiento de nuevas facultades a organismos públicos.

La diputada **Orsini** (Presidenta) observó que se trata de un registro ya existente y que la norma solo busca agregar, dentro de las solicitudes ciudadanas,

la categoría de violencia obstétrica, a fin de visibilizar y cuantificar su existencia, lo que dejaría a salvo su constitucionalidad.

Las integrantes de la Comisión coincidieron en la importancia de comenzar a registrar los casos de violencia ginecobstétrica para facilitar su prevención, sanción y reparación.

Con la intención de despejar dudas sobre su constitucionalidad, concordaron eliminar en el inciso segundo la frase “La Superintendencia de Salud deberá llevar registro de los organismos públicos y privados que han sido objeto de reclamo y sanción. Para ello,”.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 15, es del siguiente tenor:

“Artículo 15.- De la responsabilidad administrativa. Se establecerá un procedimiento administrativo especial ante la Superintendencia de Salud para conocer y resolver los reclamos de violencia ginecobstétrica. En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplados en esta ley o la ocurrencia de actos que constituyan violencia ginecobstétrica, se deberá sancionar al establecimiento de salud con una multa de 30 a 60 UTM, según la gravedad del caso. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que puedan existir.

Los establecimientos de salud deberán incluir la categoría de violencia ginecobstétrica en el Resumen Estadístico Mensual N°19, REM N° 19, que clasifica e informa las solicitudes ciudadanas que aquellos refieren, para tener acceso a los reclamos en torno a las infracciones.

El prestador de salud deberá garantizar el debido resguardo a cualquier persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos en esta ley.”

Título VI

Modificaciones a otros cuerpos legales.

Artículo 16

Incorpora en el artículo 12 del Código Penal una nueva circunstancia agravante de responsabilidad criminal, en los siguientes términos:

“Artículo 16.- Para incorporar en el artículo 12 del Código Penal un nuevo numeral 22 del siguiente tenor:

“22º. Cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica.”.

Hubo consenso en orden a mantener el texto de la moción, sin modificaciones.

En consecuencia, el texto de la indicación sustitutiva correspondiente al artículo 16, es del siguiente tenor:

“Artículo 16.-Incorpórase en el artículo 12 del Código Penal, un numeral 22, nuevo, del siguiente tenor:

“22.º Cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica.”.

Artículo 17

Modifica el artículo 37 de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud.

La mencionada norma establece el derecho de toda persona a reclamar ante el prestador institucional el cumplimiento de los derechos que dicha ley le confiere.

La modificación propuesta pretende incorporar un nuevo inciso cuarto, pasando el actual a ser quinto, del siguiente tenor:

“En el caso que el reclamo sea respecto a la infracción de derechos relacionados con las atenciones de salud en el ámbito de gestación, parto, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a sus derecho sexuales y reproductivos y su salud ginecológica y sexual, será de un año contados desde la infracción.”.

La abogada **Carla Bravo** hizo presente que en el artículo 15, que se refiere a la responsabilidad administrativa, se dispone el establecimiento de un procedimiento administrativo especial ante la Superintendencia de Salud para formular los reclamos de violencia ginecobstétrica, por lo que la modificación propuesta a la ley N° 20.584 en virtud de esta norma pierde sentido.

En razón de lo anterior, hubo consenso en orden a eliminar este artículo.

- VOTACIÓN PARTICULAR

Sometida a votación particular la **indicación sustitutiva, fue aprobada** por unanimidad (11-0-0). Votaron a favor las diputadas Maite Orsini (Presidenta), Nora Cuevas, Maya Fernández, Marcela Hernando, Erika Olivera, Ximena Ossandón, Joanna Pérez, Claudia Mix, Marisela Santibáñez, Virginia Troncoso y Patricia Rubio.

Algunas de ellas fundamentaron su voto de la forma que se indica a continuación:

La diputada **Joanna Pérez** destacó el trabajo que se ha dado en torno al proyecto, tanto de las asesoras de la diputada Mix como de las integrantes de la Comisión, destinándose varias sesiones para su discusión general y para alcanzar consensos en la discusión particular, lo que justifica el voto de confianza que en esta instancia se ha realizado a la Secretaría de la Comisión, a fin de que introduzca las modificaciones necesarias para lograr un texto armónico y coherente, sin perjuicio de la oportunidad que se abre durante la tramitación en la Sala para revisar el proyecto de ley y presentar indicaciones si fuesen necesarias.

La diputada **Mix** resaltó el compromiso y arduo trabajo de quienes la asesoraron en la elaboración y perfeccionamiento del proyecto de ley, lo que asegura la seriedad y transversalidad del resultado final.

Asimismo, con notoria emoción, agradeció a las diputadas integrantes de la Comisión por hacerlo suyo, por la dedicación con la que se desarrolló su tramitación y por haberse dado el tiempo, incluso, de conectarlo con otros proyectos afines, que virtuosamente se han discutido en el Congreso en forma paralela.

La diputada **Santibáñez**, en la misma línea, agradeció la presentación de esta iniciativa legal y la ardua discusión general y particular a que dio lugar, en especial, a la Presidenta de la Comisión por reconocer su importancia y darle los tiempos necesarios que la complejidad del tema requería.

La diputada **Orsini** (Presidenta) agradeció a la Secretaría de la Comisión por el trabajo de acompañamiento realizado durante la discusión del proyecto de ley, a la diputada Mix por haber dado una lucha con tanto ahínco para impulsarlo y a las diputadas integrantes por la forma comprometida, respetuosa y colectiva de trabajar.

VI. ARTICULOS E INDICACIONES RECHAZADAS.

No hubo. El articulado del proyecto fue objeto de una indicación sustitutiva, que fue aprobada por la Comisión.

Se designó informante a la diputada **Claudia Mix Jiménez**.

VII.- TEXTO DEL PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISIÓN:

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente la diputada informante, esta Comisión recomienda aprobar el siguiente:

PROYECTO DE LEY

“Título I

Disposiciones generales

Artículo 1.- Objeto y ámbito de aplicación. Esta ley tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa para la mujer u otra persona gestante, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud sexual y reproductiva.

Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer u otra persona gestante señale como su acompañante.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán aplicables a los establecimientos de salud públicos o privados u otros espacios donde se preste atención ginecobstétrica.

Estas disposiciones serán aplicables al personal de salud que cumpla una función administrativa, asistencial y/o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, respecto de todas las atenciones señaladas en el inciso primero de este artículo. Estas normas también son aplicables en todos aquellos organismos del Estado que tengan niñas y mujeres bajo su custodia y/o tutela.

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley. Esta ley se rige por los siguientes principios:

a) Dignidad en el trato. Ninguna mujer u otra persona gestante podrá ser objeto de maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual, que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a las atenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los prestadores de salud deberán dar un trato digno a la mujer u otra persona gestante durante todo el periodo de su atención de salud.

b) Autonomía. Ninguna mujer u otra persona gestante podrá ser sometida a una prestación de salud no consentida durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, ni en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin perjuicio de las excepciones establecidas en la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

c) Privacidad y confidencialidad. Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán realizarse en un ambiente que proteja la privacidad de la mujer u otra persona gestante. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, a la que nadie podrá tener acceso, sino en virtud de la autorización expresa de la paciente.

d) Interculturalidad. Los prestadores de salud que realicen las atenciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley deberán propender al respeto de la interculturalidad en todas sus formas.

e) Interpretación desde los derechos humanos. Las disposiciones de esta ley se interpretarán en conformidad a lo establecido en los tratados internacionales de derechos humanos firmados y ratificados por Chile, así como en los pronunciamientos de los órganos de tratados que se encuentren vigentes.

f) Transparencia. Los establecimientos de salud señalados en el inciso tercero del artículo 1 deberán contar con un registro de procedimientos realizados en cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, así como también sobre el uso de oxitocina sintética y la tasa de lactancia materna exclusiva al alta, entre otros aspectos. Asimismo, deberán tener

esta información a libre disposición del público, en medios visibles, y facilitar su acceso a los usuarios de la salud.

Título II Violencia ginecobstétrica

Artículo 3.- Definición de violencia ginecobstétrica. Se entenderá por violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer u otra persona gestante.

Las sanciones a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica se regirán por lo dispuesto en el Título V.

Artículo 4.-. Hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica. Se considerarán como actos de violencia ginecobstétrica, entre otros, los siguientes hechos:

a) Abandono, burlas, abusos, insultos, amenazas, malos tratos, coacción, exclusión, desinformación, violencia física o psicológica ejercida contra la mujer u otra persona gestante en torno a su atención de salud sexual y reproductiva.

b) Insensibilidad, ignorar deliberadamente, subvalorar y/o acallar el dolor o las enfermedades, por parte del personal de salud en dicho contexto.

c) Omisión, retraso o negación injustificada en la atención oportuna ante una emergencia ginecobstétrica.

d) Manipulación u ocultamiento de la información solicitada por la mujer u otra persona gestante o por un tercero, con su consentimiento y autorización.

e) Utilización del caso clínico de una mujer u otra persona gestante en actividades de docencia e investigación, sin su consentimiento.

f) Abuso o negación de medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.

g) Obligar a la mujer u otra persona gestante a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación ni consentimiento de la misma, especialmente tratándose de quien se encuentre privada de libertad.

h) Aceleración de un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía, entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer u otra persona gestante.

i) Prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen ningún sustento específico para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

j) Interrupción del embarazo o esterilización forzada no consentida por la mujer u otra persona gestante, realizadas sin justificación médica.

k) Barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

l) Retardo injustificado u omisión en la atención de salud, que tenga como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

m) Retardo injustificado u omisión de atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley.

n) Falta de respeto a las tradiciones culturales que la mujer u otra persona gestante profese.

ñ) Vulneración de los derechos establecidos en el Título III.

o) No respetar el consentimiento y la autonomía de una niña, adolescente, mujer u otra persona gestante, en especial tratándose de una persona en situación de discapacidad, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto o del aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva.

p) Interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puerpera.

Título III De los derechos del nacimiento

Artículo 5.- De la aplicación de las normas de este Título. Las normas de este Título tienen como objeto resguardar y garantizar los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, protegiendo la integridad física y psíquica.

Artículo 6.-. Sobre el plan de parto. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer u otra persona gestante establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y la lactancia de la persona recién nacida. En este documento se dejará constancia de las preferencias de la mujer u otra persona gestante. Sin perjuicio de lo anterior, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presenten aquella y la persona recién nacida al momento del nacimiento, y la voluntad verbal expresa de la mujer u otra persona gestante en el momento en que recibe la atención obstétrica.

Será obligación de los establecimientos de salud acoger el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer u otra persona gestante. En el caso de que no pueda expresarse claramente y/o no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas y un traductor para la coordinación del plan de parto.

La presentación del plan de parto se regirá por lo establecido en el artículo 11 de esta ley.

Artículo 7.- Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer u otra persona gestante tendrán derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, y proporcionar información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, los beneficios de la lactancia, así como también cualquier otro antecedente relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento.

El Estado, a través de sus órganos, deberá facilitar el acceso por libre elección a los talleres, en consideración a las características psicosociales del territorio.

La educación prenatal deberá considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades de la persona recién nacida, postparto, placenta e información sobre vínculos sanos y crianza temprana. Asimismo, facilitará la elaboración del plan de parto.

Los talleres podrán ser dictados por establecimientos de salud públicos o privados, así como también por prestadores individuales y deberán ser impartidos por personal idóneo. Asimismo, deberán incluir un enfoque de género y de derechos, y aspectos teóricos y prácticos, a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer u otra persona gestante y persona significativa, con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos.

Artículo 8.- De los derechos de la mujer u otra persona gestante. La mujer u otra persona gestante tiene los siguientes derechos:

a) A recibir una atención continua y personalizada por una matrona o matrn. El Estado deberá garantizar que el estándar sea de una matrona o matrn por mujer u otra persona gestante en el trabajo de parto.

b) A tener acceso a prácticas e indicadores actualizados de los distintos establecimientos de salud en relación con intervenciones y resultados de los partos, como la tasa de partos vaginales, de partos instrumentales, de cesáreas, de conducción del trabajo de parto con oxitocina sintética, de rotura artificial de membranas, de libre movimiento y acompañamiento durante el trabajo de parto, la posición al momento del parto, la presencia y tipo de desgarros del canal del parto, Apgar de la persona recién nacida a los cinco minutos, el tiempo de contacto piel con piel, el momento de inicio de la lactancia y la tasa de lactancia materna exclusiva al alta.

c) A ser informada sobre el estado y evolución de su parto, de la condición de salud del que está por nacer y, en forma anticipada, sobre las posibles urgencias obstétricas y sus manejos. Deberá ser considerada como sujeto activo en la toma de decisiones y en cualquier intervención que se realice durante todo el proceso de preparto, parto y postparto.

d) A que sean atendidas todas sus necesidades psicológicas y emocionales que facilitan el trabajo de parto y parto, tales como la intimidad, la seguridad, la contención y el soporte emocional, entre otras.

e) A recibir información referente a la Norma General Técnica de Placenta, a solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

f) A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial.

g) A estar acompañada ininterrumpidamente por el padre del que está por nacer, persona significativa, doula, si contase con una de su confianza y elección durante el trabajo de parto y parto, quienes recibirán información oportuna y completa sobre su estado de salud y el de la persona recién nacida, con su autorización previa.

h) A la atención del parto fisiológico, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos. Adicionalmente, se deberán evitar las intervenciones de rutina y suministro de medicación que no estén justificados, en razón del estado de salud de la mujer u otra persona gestante y la evolución del trabajo de parto. Si las condiciones de salud se lo permiten, debe gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto. Además, recibirá alimentación o hidratación durante el parto, parto y postparto, cuando lo solicite. No se le podrá obligar a parir en posición supina y con las piernas levantadas, salvo que ella lo solicite.

i) A que el parto por vía de cesárea se realice únicamente tras haber obtenido su consentimiento informado, con la certeza y claridad de los argumentos que respalden los beneficios y posibles riesgos de la indicación de la cesárea, contando, además, con la evidencia que justifique la práctica de dicha intervención.

j) A no ser separada de la persona recién nacida, independientemente de la vía del parto, en la primera hora de vida, salvo que corra riesgo vital alguna de ellas.

k) A una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia obstétrica.

l) A no ser hospitalizada junto a otras mujeres u otras personas gestantes, o púerperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal.

m) A recibir, cuando así lo soliciten, el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal, y de abortos en las causales establecidas por la ley.

n) A recibir atención psiquiátrica y/o psicológica continua, según sus necesidades de salud, en caso de muerte gestacional o perinatal y abortos en las causales establecidas por la ley.

ñ) A gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto, si las condiciones de salud se lo permiten, y a no sufrir ninguna limitación física, incluso cuando se hallare privada de libertad, caso en el cual, además, no podrá ser obligada a parir en presencia de personal de Gendarmería.

o) A solicitar un acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico especializado en la reparación, junto con un seguimiento integral, en el caso de estimar que se han vulnerado cualquiera de los derechos establecidos en este artículo.

Artículo 9.- De los derechos de la persona recién nacida. Toda persona tiene derecho a nacer en un ambiente cálido y respetuoso de la dignidad humana, donde se reconozca la importancia que tiene la forma de nacer para la vida y la sociedad, además de los siguientes derechos:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A no ser sometida, si su condición de salud lo permite, a exámenes o intervenciones inmediatamente tras el parto, interrumpiendo el contacto piel con piel inicial con la madre o persona que lo gestó.

c) A no ser sometida a intervenciones de manera rutinaria sin justificación médica, tales como la aspiración nasogátrica, el corte precoz del cordón, la separación de la madre o persona que lo gestó, así como también a intervenciones que puedan afectar el establecimiento de la lactancia materna, como el uso de fórmulas lácteas y chupete.

d) Al pinzamiento y corte óptimo del cordón umbilical o hasta que este deje de latir, independientemente de la vía de parto, salvo que requiera ser trasladada de manera urgente por condición de salud inestable.

e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que lo gestó, al menos una hora, para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independientemente de la vía de parto, para promover su adaptación a la vida extrauterina.

f) A tener compañía constante de alguno de sus progenitores o personas significativas aun cuando requiera de hospitalización, y/o sea sometida a procedimientos de rutina, promoviendo con ello los derechos antes mencionados.

g) A ser alimentada con leche materna en los servicios de hospitalización neonatal cuando sus condiciones de salud y las de la madre o persona que lo gestó lo permitan, facilitando las condiciones óptimas para la capacitación de esta última en la extracción y conservación de la leche materna, y del personal de salud en la administración y manejo de la misma.

h) A recibir los cuidados especiales e individuales que requiera, en caso de ser prematura.

Artículo 10.- De los derechos del padre o persona significativa. El padre o persona significativa tiene los siguientes derechos:

a) A ser informado del curso del trabajo de parto cuando la mujer u otra persona gestante haya expresado su consentimiento y autorización, si se encuentra en condiciones de hacerlo.

b) A estar presente durante todo el proceso de nacimiento, desde el ingreso al establecimiento de salud público o privado hasta el postparto inmediato, si la mujer u otra persona gestante lo permite.

c) A realizar contacto piel con piel con la persona recién nacida, según lo dispuesto en la letra e) del artículo 9, siempre y cuando las condiciones de salud de esta última y de la puérpera lo permitan.

d) A acompañar a la persona recién nacida en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología.

e) A ser tratado de forma respetuosa y digna.

f) A solicitar y disponer de la placenta cuando la puérpera estuviere impedida de hacerlo, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

g) A recibir el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y abortos por las causales establecidas en la ley, cuando la mujer u otra persona gestante estuviere impedida de hacerlo.

Título IV De la prevención y educación

Artículo 11.- Del plan de parto y las instituciones de salud. Los establecimientos de salud públicos o privados deberán disponer de un modelo sugerido de plan de parto. No obstante, la mujer u otra persona gestante podrá presentar su propio documento o carta en el cual manifieste su voluntad. Este modelo deberá basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del nacimiento, con un enfoque intercultural, que deberá ser promovido por los establecimientos de salud.

Dicho documento deberá estar a disposición de la mujer u otra persona gestante antes de las treinta y dos semanas de gestación.

El plan de parto deberá ser presentado a la matrona o matrócn y/o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público. En el caso de un establecimiento de salud privado, este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

Los equipos de salud deberán, de conformidad con sus capacidades técnicas y la infraestructura del establecimiento de salud respectivo, poner a disposición de la mujer u otra persona gestante todos los elementos que sean necesarios y se encuentren disponibles para dar bienestar y cumplimiento al trabajo de parto y al parto, de acuerdo con las preferencias y deseos expresados en el plan de parto, que no afecten la intimidad o bienestar de otras mujeres u otras personas gestantes en el caso de los prepartos compartidos.

Los prestadores de salud deberán garantizar los derechos regulados por esta ley.

Artículo 12.- Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa. Las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales podrán incorporar y adaptar en sus mallas curriculares la información sobre la atención de salud y los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género e interculturalidad, así como sobre los derechos humanos, las prácticas basadas en el buen trato y la empatía, los tipos de discriminación, la salud mental perinatal, la salud primal y el acompañamiento integral, fomentando entre la comunidad educativa estas prácticas, con énfasis en el autocuidado del personal de salud.

Artículo 13.- De la capacitación del equipo de salud. Los establecimientos de salud y sus equipos deberán fomentar e incorporar constantemente capacitaciones sobre las prácticas basadas en la evidencia que

ofrece un cuidado óptimo en el ámbito de gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, para lograr una experiencia positiva.

Título V

De la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación

Artículo 14.- De la responsabilidad sanitaria. Los prestadores de salud públicos o privados serán responsables de los daños que causen a la mujer u otra persona gestante, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en las atenciones en torno a su salud sexual y reproductiva.

La responsabilidad se hará exigible de acuerdo con lo establecido en los artículos 38 y siguientes de la ley N°19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

Artículo 15.- De la responsabilidad administrativa. Se establecerá un procedimiento administrativo especial ante la Superintendencia de Salud para conocer y resolver los reclamos de violencia ginecobstétrica. En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplados en esta ley o la ocurrencia de actos que constituyan violencia ginecobstétrica, se deberá sancionar al establecimiento de salud con una multa de 30 a 60 UTM, según la gravedad del caso. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que puedan existir.

Los establecimientos de salud deberán incluir la categoría de violencia ginecobstétrica en el Resumen Estadístico Mensual N°19, REM N° 19, que clasifica e informa las solicitudes ciudadanas que aquellos refieren, para tener acceso a los reclamos en torno a las infracciones.

El prestador de salud deberá garantizar el debido resguardo a cualquier persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos en esta ley.

Título VI

Modificación a otros cuerpos legales

Artículo 16.-Incorpórase en el artículo 12 del Código Penal, un numeral 22, nuevo, del siguiente tenor:

“22.º Cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica.”.

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes, en las sesiones de fechas 2 y 14 de junio; 5, 19 y 26 de julio; 9, 16 y 18 de agosto; 1, 6, 8 y 23 de septiembre de 2021⁶, con la asistencia de las diputadas Nora Cuevas Contreras, Maya Fernández Allende, Marcela Hernando Pérez, María José Hoffmann Opazo, Aracely Leuquén Uribe, Erika Olivera De La Fuente, Maite Orsini Pascal (Presidenta), Ximena Ossandón Irarrázabal, Joanna Pérez Olea, Camila Rojas Valderrama, Patricia Rubio Escobar, Marisela Santibáñez Novoa, y Virginia Troncoso Hellman.

Asimismo, concurrió la diputada Karol Cariola Oliva como integrante de la Comisión en fechas en que tenía tal calidad.

Además, asistieron las diputadas Karin Luck Urban, Claudia Mix Jiménez y Francesca Muñoz González, en reemplazo de las diputadas Aracely Leuquén Uribe, Camila Rojas Valderrama, y Erika Olivera De La Fuente, respectivamente.

Finalmente, concurrieron a algunas sesiones las diputadas Natalia Castillo Muñoz, Daniela Cicardini Milla, Camila Vallejo Dowling y Gael Yeomans Araya, y los diputados Eduardo Durán Salinas y Francisco Eguiguren Correa.

Sala de la Comisión, a 23 de septiembre de 2021.

XIMENA INOSTROZA DRAGICEVIC
Abogada Secretaria de la Comisión

⁶ Se deja constancia de que durante las sesiones que celebró la Comisión hasta el 26 de julio, actuó, en calidad de Abogado Secretario de la Comisión, don Carlos Cámara Oyarzo.

INDICE

I.- IDEA MATRIZ O FUNDAMENTAL DEL PROYECTO.	1
II.- CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS.	1
III.- ANTECEDENTES.	2
IV.- FUNDAMENTOS.	3
V.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.	4
- DISCUSIÓN GENERAL.	4
1) La abogada y Directora del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile), doña Carla Bravo.	7
2) Doña Adriana Palacios, víctima de violencia obstétrica.	8
3) Don Luis Véliz, víctima de violencia obstétrica, en su calidad de padre de Rafaela Veliz y cónyuge de Laura Sepúlveda.	9
4) La Directora Ejecutiva de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile (Asomat), doña Katiuska Rojas.	11
5) Doña Valentina Morales, familiar de víctima de violencia obstétrica.	16
6) Doña María José Cáceres, víctima de violencia obstétrica.	16
7) Doña Yanira Madariaga, representante de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal.	17
8) Doña Natasha Toledo Jara, Directora de la Corporación ParirNOS Chile.	20
9) Doña Neith Aramayo, representante de Mil Relatos Más.	22
10) Doña Yasna Cuadros, representante de la ONG Madre Nativa.	23
11) Doña Paulina Sánchez, representante de Parir la Voz.	25
12) Doña Gabriela Velozo, representante de Maternas Chile.	28
13) Doña Carolina Orellana, médico gineco-obstetra especialista en violencia sexual de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG).	29
14) Don Álvaro Insulza, Presidente de la SOCHOG.	30
15) Don Patricio Meza, Presidente (S) del Colegio Médico de Chile.	31
16) Doña Valentina Pantoja, Presidenta del Departamento de Género del Colegio Médico de Chile.	31
17) Doña Francisca Crispi, Presidenta del Colegio Médico de Santiago.	32
18) Doña Loreto Vargas, representante de la Asociación Gremial de Ginecólogas Chile.	32
19) Doña Claudia González, representante de la ONG Matria Fecunda.	35
20) Doña Anita Román Morra, Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile.	37
21) Doña Mónica Zalaquett Said, Ministra de la Mujer y la Equidad de Género.	40
22) Don Gonzalo Leiva Rojas, Director del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile).	43
23) Doña Jennifer Sanhueza Leiva, representante de la Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado (AMIPAR).	48
25) Doña Giorgia Cartes, Directora Nacional de Matronería del Ministerio de Salud.	51
25) Doña Valeria Diaz Camus, abogada del Gabinete del Ministerio de Salud.	52
27) Doña María José Morales Aguilar, Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento (CNDN).	52
- VOTACIÓN GENERAL.	55
- DISCUSIÓN PARTICULAR.	56
- VOTACIÓN PARTICULAR.	105

VI. ARTICULOS E INDICACIONES RECHAZADAS.....	106
VII.- TEXTO DEL PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA COMISIÓN:	106