**Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile (www.ovochile.cl)**

**Sí deseamos ser mencionados en el informe**

**1) Indique si hay casos de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención de salud reproductiva, en particular el parto en establecimientos. De ser así, especifique qué tipo de casos y describa la respuesta de su país y las buenas prácticas, incluida la protección de los derechos humanos;**

En Chile sí se reportan casos de maltrato y violencia hacia las mujeres durante la atención del parto. Desde hace dos década se cuenta en el país con algunos estudios cualitativos que visibilizan el maltrato en la atención de nacimientos, situación que desde inicios del presente siglo ha sido denunciada por organizaciones de la sociedad civil, entre ellas, RELACAHUPAN Chile (fundada en 2000), el Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (2014) y las diversas organizaciones que conforman la Coordinadora Nacional por los Derechos del Parto y Nacimiento (2016). Desde el año 2012 se comienzan a organizar encuentros en el país utilizando el concepto de “violencia obstétrica” (VO), tema que desde ese mismo año cobra atención en la prensa. El año 2016 el Instituto Nacional de Derechos Humanos incluyó un capítulo sobre la situación de la VO en su informe anual, denunciandola como un grave problema de derechos humanos.

Desde el año 2015, han habido tres propuestas de ley sobre el tema de parto respetado, ninguna de las cuales ha avanzado en la discusión parlamentaria.

En el gobierno actual, el Ministro de Salud y la Presidenta Nacional del Colegio de Matronas han negado en medios de prensa la existencia de la VO en el país (sin embargo algunas coordinaciones regionales del mismo Colegio sí la han reconocido). La respuesta de autoridades de salud ha sido la minimización del problema al alero de que el país tiene muy buenos indicadores de mortalidad materna e infantil en el marco de la Región.

Como forma de visibilizar el alcance y magnitud del problema de la VO, el Observatorio de VO-Chile aplicó en mayo de 2017 una encuesta on-line sobre experiencias de parto de mujeres chilenas. Esta “Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile” consistió en una encuesta que describe cuantitativamente la experiencia de parto de mujeres en Chile. Fue respondida por mujeres que dieron a luz en Chile entre los años 1970 y 2017; la unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en el país. En junio de 2018 se publicó el informe de resultados sistematizando la información de 11.054 experiencias de parto, que corresponden a partos institucionales (ocurridos en clínicas privadas u hospitales públicos del país).

Las experiencias de parto se presentan distinguiendo entre partos ocurridos en clínicas y hospitales, y organizados según su ocurrencia en tres periodos de tiempo: 1970 a 2008, 2009 a 2013, y 2014 a 2017. Del total de experiencias de parto reportadas, un 25% ocurrieron entre 1970 y 2008, un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2015 y 2017. El término del primer periodo considerado se ubica en el año 2008 debido a que se trata del año en que se publicó desde el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile el “Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo”, que coincide con la promulgación en 2009 de la Ley N°20.379 que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionalizó el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, ambas normativas que incorporan claras recomendaciones para la atención del nacimiento. El primer tramo pretende ser un punto de comparación previo a la incorporación de estos programas/políticas, el segundo tramo representa los primero años de implementación de dichas políticas y de adaptación a las medidas. En el último periodo se esperaría que dichas recomendaciones/políticas estuvieran más institucionalizadas. Este último periodo además se divide del anterior debido a que el 50% de la muestra se ubica en él (es decir, 50% de los nacimientos reportados en las encuestas sucedieron en este periodo), y además debido a que el 2014 marca el inicio de un debate público y activismo muy visibles en torno a los derechos en el nacimiento. La distinción entre los tres periodos permite analizar las continuidades y/o cambios en lo que refiere a las intervenciones y el trato recibido durante la atención de nacimiento en el sistema de salud.

Con respecto a intervenciones obstétricas que no debieran realizarse de forma rutinaria, los resultados muestran una progresiva reducción del rasurado, enema, rotura artificial de membranas y uso de maniobra de Kristeller, tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, **la rotura artificial de membranas se reporta en el periodo 2014-2017 en un 44% de los partos en hospitales y 39,9% en clínicas; y la episiotomía en un 44% de los partos en hospitales y 41,1% en clínicas. Más preocupante aún es lo que ocurre con el monitoreo fetal continuo y oxitocina artificial, que en hospitales ha aumentado durante los tres periodos descritos**, cuando según las recomendaciones internacionales y nacionales debieran usarse con discreción. En el caso de clínicas, estas intervenciones descienden levemente entre el segundo y tercer periodo. Así, **en el periodo 2014-2017 el monitoreo fetal continuo se reportó en un 84,6% de los partos en hospitales y 81,6% en clínicas, y la administración de oxitocina artificial en un 51,8% y 45,3% respectivamente. Comparando las intervenciones en hospitales y clínicas en el periodo 2014-2017, apreciamos que en las segundas se utiliza más la anestesia, maniobra de Kristeller y se practican más cesáreas**.

El acompañamiento continuo de personas significativas para la mujer, la libertad de movimiento, la hidratación, alimentación, acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto, y el contacto piel con piel entre mujer y recién nacido mayor a 30 minutos, si bien presentan mejoras a lo largo del tiempo, aun no se reportan como el estándar generalizado de cuidado. **La posición litotómica fue reportada en aproximadamente un 80% de los partos, y el contacto piel con piel inferior a 30 minutos en una proporción similar, tanto en hospitales como clínicas en el periodo 2014-2017**, lo que muestra que las recomendaciones de que el parto suceda en posición libre y que el contacto piel con piel sea igual o mayor a 30 minutos no se han logrado instalar. El acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/alimentos durante el trabajo de parto/parto, son practicados en mayor forma en clínicas que en hospitales. **La mayor brecha entre hospitales y clínicas se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias**.

Con respecto a ciertos **estándares de cuidado y buen trato como el respeto por la intimidad y privacidad de la mujer, amabilidad y comprensión, y empatía frente a los dolores**, los resultados muestran mejores percepciones en el periodo 2014-2017 que antes del 2008, tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, en estas dimensiones las brechas entre los tipos de instituciones son muy grandes, y **las experiencias en las que estos estándares no se cumplieron son entre 3 y 7 veces más altas en hospitales que clínicas.** Se observa además que estos estándares de cuidado son peores en las experiencias de parto de mujeres de niveles educacionales más bajos y aquellas más jóvenes. Lo mismo se observa con respecto a las dimensiones que componen el abuso verbal; si bien se reducen a lo largo del tiempo, las brechas entre tipos de instituciones son altas y aún suceden en proporciones preocupantes. **Por ejemplo, en el periodo 2014-2017, en un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y emociones, lo cual sucedió en el 16,6% de las experiencias en clínicas.**

Con respecto a abuso físico (manotazos, zamarreo, empujones, toques molestos), se reporta su disminución a través del tiempo. En clínicas privadas existe un 5,3% de experiencias de abuso físico en el periodo 2014-2017, mientras que en el público en el mismo periodo es de 17,5%. **El reporte de abuso físico en el sistema público en el periodo 2014-2017 es tres veces superior a la del sistema privado.**

Los resultados muestran que si bien hay mejoras en cuanto a reducción de algunas intervenciones obstétricas entre los periodos descritos, se siguen reportando intervenciones que no están recomendadas de forma rutinaria en proporciones preocupantes y que no se condicen con las recomendaciones sanitarias ni con la evidencia científica actual. En un sentido similar, si bien la percepción de calidad del trato ha mejorado a través de los años, en una proporción importante de experiencias de parto (en especial en hospitales), se reportan faltas de respeto y de dignidad en la atención.

Con respecto a intervenciones obstétricas, en 2016, Binfa y colegas publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado durante el año 2010 en 9 maternidades de Chile (2 de la Región Metropolitana y 7 de otras regiones), cuyo objetivo fue el de evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Estado de Chile. La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de 1882 mujeres con gestaciones fisiológicas que ingresaron a las maternidades en fase activa e iniciaron su trabajo de parto de forma espontánea. Si se comparan algunos datos de esa muestra con el reporte de experiencias de parto de nuestra encuesta, tomando las experiencias de hospitales en el periodo 2009-2013 de la encuesta OVO (debido a que los datos del estudio de Binfa et al. fueron levantados entre los años 2010-2014 en hospitales), se aprecian grandes similitudes. Algunos datos de Binfa et al. comparados con los resultados de la encuesta OVO: las mujeres que no contaron con alimentación durante el trabajo de parto fueron un 81,5% y 84% respectivamente; la episiotomía fue de 56,4% y de 58,3%; rotura artificial de membranas de 59,1% y 48,4%; alivio farmacológico del dolor 66,2% y 71,7%; y partos en posición de litotomía de 79,7% en Binfa et al. y de 80,7% en la encuesta OVO.

En Chile aún no contamos con un sistema oficial de respuesta a las demandas de mujeres que han sufrido violencia obstétrica. El conducto regular es realizar un reclamo a la Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS) si el parto/cesárea sucedió en un hospital de la red pública de salud. En el caso que haya sido en un centro asistencial privado, la opción es dirigirse a la oficina de atención al cliente (o similar). En ambos sistemas no está creado un ítem de “violencia obstétrica” dentro de los reclamos, por lo cual se debe incluir muchas veces como violencia verbal o física. En el ámbito de la atención de salud pública, el protocolo de respuesta es de 15 días hábiles, entregando en general una respuesta difusa e insatisfactoria para la mujer. Con ese motivo, desde OVO solicitamos a las mujeres su ficha médica y relato de su experiencia para orientarlas en la presentación del reclamo. En el ámbito privado se sigue el mismo procedimiento. En Chile contamos con la Ley 20584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la cual entró en vigencia el año 2012. Esta Ley contiene algunos artículos que pueden usarse en la defensa de los derechos de las usuarias en la atención durante la gestación, parto y puerperio.

**2) Especifique si se administra el consentimiento completo e informado para cualquier tipo de atención de salud reproductiva y si estos incluyen la atención del parto;**

En Chile no se administra el consentimiento completo e informado para cualquier tipo de salud reproductiva, ni menos en el parto, muchas mujeres ven vulnerados sus derechos en este tipo de situaciones.

En la encuesta OVO 2018, en las experiencias de parto reportadas entre 2014 y 2017 (N de 5697 partos):

* En hospitales públicos, en un 53% de los casos no se entregó ningún tipo de información sobre los riesgos y beneficios de fármacos y anestesia, en un 71% no se informó sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas, y en un 13% no se les informó sobre el estado de salud del recién nacido. En clínicas privadas se reporta mayor entrega de información, de 34%, 52% y 3% respectivamente (mismas categorías mencionadas para hospitales).
* De los partos que ocurrieron por cesárea, en un 16,6% de los casos se declara que no hubo firma de ningún documento o consentimiento informado. Un 8,5% de los casos dicen haber firmado, pero sin comprender totalmente el lenguaje médico del documento, y un 9,5% dice haber firmado sintiéndose presionada por el equipo de salud a hacerlo.
* De los casos en que no hubo consentimiento informado para la realización de la cesárea, un 44% dice que se trató de situaciones de emergencia, un 50% declara que nadie les informó sobre la existencia de un consentimiento, y un 6% menciona otros motivos.
* Con respecto a estudiantes en práctica, en un 60% de los casos atendidos en salud pública las mujeres fueron atendidas en algún momento por estudiantes en práctica: de esos casos, en un 17% hubo consentimiento y en un 43% no lo hubo.

En nuestro país aún no contamos con un sistema oficial de respuesta a las demandas de mujeres que han sufrido violencia obstétrica. El conducto regular es realizar un reclamo a la Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS) si el parto/cesárea sucedió en un hospital de la red pública de salud. En el caso que haya sido en un centro asistencial privado, la opción es dirigirse a la oficina de atención al cliente (o similar). En ambos sistemas no está creado un ítem de “violencia obstétrica” dentro de los reclamos, por lo cual se debe incluir muchas veces en la categoría de "maltrato verbal" o "maltrato físico". En el ámbito de la atención de salud pública, el protocolo de respuesta es de 15 días hábiles, entregando en general una respuesta difusa e insatisfactoria para la mujer. Por ese motivo, desde OVO solicitamos a las mujeres su ficha médica y relato de la experiencia para orientarlas en la presentación del reclamo. En el ámbito privado se sigue el mismo procedimiento.

En Chile contamos con la Ley 20584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la cual entró en vigencia el año 2012. Esta Ley contiene algunos artículos que pueden usarse en la defensa de los derechos de las usuarias en la atención durante la gestación, parto y puerperio. Sin embargo, al ser una Ley general de defensa de la población usuaria, no contempla las especificidades necesarias para proteger y resguardar los derechos de las mujeres durante la atención de la gestación, parto y puerperio.

**3) Especifique si existen mecanismos de rendición de cuentas dentro de los establecimientos de salud para asegurar la reparación de las víctimas de maltrato y violencia, incluida la presentación de quejas, compensación financiera, reconocimiento de irregularidades y garantías de no repetición. Indique si el defensor del pueblo tiene el mandato de abordar tales violaciones de derechos humanos;**

No existe ninguna garantía, solo la respuesta que se puede dar a través de la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS), que muchas veces quedan en nada.

Desde que en el año 2007 la Ley venezolana de violencia hacia la mujer incorporó la “Violencia Obstétrica” (VO) como un tipo de violencia hacia la mujer, el concepto ha ido ganando fuerza y se utiliza cada vez más para referirse a la apropiación de los procesos reproductivos de las mujeres -específicamente gestación, parto-nacimiento y puerperio- por parte del sistema biomédico de atención de salud. El activismo latinoamericano fue pionero en el mundo en tomar este concepto y utilizarlo como denuncia de este tipo de ejercicio de violencia. Consideramos que en los últimos 4 años, desde que el concepto se utiliza en seminarios, prensa, y desde que diversas organizaciones de la sociedad civil que trabajan por un parto respetado lo han integrado y usado, la ciudadanía se ha ido apropiando también del concepto, dándose cuenta que se trata de un fenómeno que estaba completamente normalizado y naturalizado, y de que no era normal, era un vulneración a sus derechos. Cada vez que nosotros hablamos de violencia obstétrica, muchas mujeres logran ponerle un nombre a esas experiencias que evidenciaron el día del nacimiento de sus hijos o hijas. Ejemplo de la importancia del tema para las mujeres es la encuesta que OVO Chile aplicó en el 2017, que tuvo más de 11.000 respuestas de todo Chile, y que contó con alrededor de 8.600 testimonios escritos (relatos) de experiencias de parto. Esto nos muestra una tremenda necesidad de hablar del tema, de compartir experiencias de parto-nacimiento; por una parte, quienes han tenido experiencias positivas, de respeto y cuidado quisieran que todas las mujeres pudieran acceder a lo mismo; y las que no, son cada vez más capaces de reconocer episodios de VO, nombrar lo sucedido, ponerle nombre a la situación, reconocer que se experimenta cotidianamente y que tiene que cambiar.

**4) ¿Sus sistemas de salud tienen políticas que guían las respuestas de salud a la VCM y están de acuerdo con las pautas y normas de la OMS sobre este tema? (Ver** [**1**](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf;jsessionid=87D2C09FA4E78A6C623ADA9989B2E34E?sequence=1)**,** [**2**](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1)**)**

Sobre la erradicación de violencia obstétrica en todas sus formas, falta de respeto o maltrato durante el trabajo de parto, desde que hemos comenzado a trabajar el tema, como Observatorio no hemos sido testigos de ningún compromiso en relación a esta problemática por parte de alguna autoridad del gobierno Chile. Esto, sin perjuicio de que existen tratados internacionales que Chile ha suscrito y ratificado, y que lo obligan a abordar esta materia.[[1]](#footnote-1) Además se han trabajado en tres proyectos de ley de parto respetado, los cuales lamentablemente no han seguido su curso administrativo. Como OVO Chile, participamos de una mesa de trabajo que estuvo desarrollando este proyecto con los asesores de la diputada frenteamplista Claudia Mix. Hoy día justamente desde esa diputación, están realizando una estrategia para destrabar la tramitación de este proyecto en la Comisión de Salud y básicamente, entendemos que la demora es porque esta comisión avanza a un proyecto por vez y obviamente nos parece que en virtud de todas las necesidades sanitarias del país eso no es suficiente. También, creemos que a nivel general no existe aún tanta consciencia de la importancia de esta materia en la salud física y síquica de las mujeres, lo que no lo coloca como una prioridad para nuestros gobernantes, por eso es de suma importancia visibilizar este tema.

Importante: Asegúrese de proporcionar su nombre y / u organización en nombre de la cual realiza las presentaciones. Asegúrese de informarnos si no desea ser mencionado en el informe.

Referencias:

* Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster G. 2016. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. Midwifery 35:53-61. Disponible en: <https://midwiferyjournal.com/retrieve/pii/S0266613816000383>
* INDH, Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile. 2016. *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. Santiago, Chile: INDH. Disponible en: https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf
* Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. 2018. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018. Disponible en: <https://www.academia.edu/36896840/OVO_Chile_2018_Resultados_1_Encuesta_nacimiento_Chile.pdf>
1. **1.** **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1969 (PIDESC)** artículo 2 inc. 2, artículo 3 y, en especial, el artículo 10 inc. 2, 12.

2. **Ratificación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984)**.

**3.** **Informe de la CEDAW** ratificado en Chile 1989, donde se promueve la *«equidad de género y finalizar con la violencia y discriminación en contra de la mujer»*.

**4.** Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer «**Convención de Belem do Pará**» 1996.

**5.** Ratificación acuerdo **Objetivo del Milenio** (ONU, 2010), cuyo tercer objetivo exige promover la igualdad entre género y empoderamiento de la mujer. [↑](#footnote-ref-1)