



MINUTA INTERVENCIÓN

2 DE JUNIO DE 2021

*Comisión de Mujeres y
Equidad de Género
Cámara de Diputados*

*Realizada por el
Directorio de
OVO Chile*





DIPUTADAS DE LA COMISIÓN:

Iniciar la discusión general del proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica (boletín N°12148-11).

Para estos efectos se encuentran invitadas las diputadas Maya Fernández Allende, Karin Luck Urban, Claudia Mix Jiménez, Erika Olivera De La Fuente, Camila Rojas Valderrama, Marisela Santibáñez Novoa, Gael Yeomans Araya y los diputados Miguel Crispi Serrano, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi, autoras y autores del proyecto.

ASISTENTE: Carla Bravo, abogada y directora de la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica, OVO Chile

Primero que nada agradecer la invitación, para nosotros como parte de las organizaciones de la sociedad civil que han participado en la gestación de este proyecto es muy importante estar aquí y poder dar nuestro testimonio en torno a lo que esta ley significa y la importancia y necesidad que existe en poder de legislar sobre estos temas.

I. INTRODUCCIÓN A LA PROBLEMÁTICA. LOS CASOS DE JAVIERA Y ZAIRA

El 15 de mayo del año pasado, Javiera Calabrano se trasladó al Hospital San José, ya que estaba a punto de dar a luz a Benjamín. Pese a sentir fuertes contracciones y mostrar todas las señales de que estaba lista para parir, la dejaron esperando varias horas en la sala de parto sin entregarle información.

En ese intertanto, a Javiera no se le entregó la debida contención, se le practicaron maniobras sin su consentimiento, se desatendieron sus dolores y advertencias de que algo no estaba bien, además de recibir malos tratos durante todo este tiempo por parte del personal de salud, para finalmente ocultarle el verdadero estado de salud de su recién nacido, el cual era delicado, la llevaron sin su hijo a la sala de maternidad donde estaban las demás madres junto a sus bebés.

Lamentablemente, su hijo Benjamín sufrió una asfixia y falleció a los pocos días de nacer. Ella fue víctima de violencia obstétrica y su caso es uno de tantos en los que las mujeres y las personas gestantes son víctimas de esta silenciada forma de violencia de género.

En la mañana del 11 de mayo de 2015, Zaira Oliva llegó al Hospital San Borja Arriarán, con síntomas de parto, ahí recibió discriminación por su nacionalidad peruana, fue humillada, y maltratada, dejada a su suerte y sin alimentación por 48 horas, haciendo caso omiso a sus advertencias de que ya no sentía a su bebé y que los dolores eran insoportables, recibió más de 20 tactos vaginales de distintos equipos y estudiantes, se le practicó maniobra de Kristeller, se le trató de sucia practicándole una enema, donde se le dejó botada en

una ducha fría y sin ayuda. El día 13 de mayo nació su hijo Daniel con asfixia perinatal grave y bradicardia, teniendo como consecuencia grave daño neurológico y físico de carácter irreversible, falleciendo a los 8 meses en la UCI del mismo hospital.

II. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA ES UNA VIOLENCIA DE GÉNERO. DATOS QUE EVIDENCIAN SU GRAVEDAD.

La violencia obstétrica es una violencia de género, que como tal está caracterizada por la asimetría de poder y tiene a lo menos tres formas de expresión:

1. Trato deshumanizado.
2. Abuso de medicalización.
3. Patologización de procesos naturales del ciclo sexual y reproductivo de la mujer.

Todas estas conductas tienen, en efecto, como factor común el negar la autonomía y el carácter de sujeto de la mujer, toda vez que constituyen prácticas que vulneran el derecho de estas, a decidir sobre su cuerpo y procesos reproductivos, afectando con ello la satisfacción de su experiencia de parto, base de su proceso de convertirse en madre, y de la salud mental que determinará el vínculo con el recién nacido.

El concepto de Violencia obstétrica (VO) alude a condiciones del sistema de salud y prácticas que bajo cualquier punto de vista pueden ser calificadas como un atentado al al respeto autónomo y poder de decisión sobre el propio cuerpo de las mujeres y las personas gestantes. Lo que está detrás de la VO es en el fondo la negación de la mujer como sujeto, una infantilización y objetivación de su cuerpo, como territorio de otros que supuestamente son los que “saben” y por ende “deciden” muchas veces sin informar, ni respetar sus decisiones.

Testimonios como el de Javiera, Zaira o el de Adriana que da origen a esta ley, lamentablemente no son aislados y lo más grave: se han acrecentado durante la pandemia.

Y si la situación de las personas gestantes ya era difícil, lo cierto es que la actual situación sanitaria producto del COVID-19, las ha dejado en una situación de mayor vulnerabilidad, y expuestas de manera importante a situaciones de injusticia y afectación precisamente de sus derechos humanos.

De hecho, mientras discutimos en la comisión este proyecto, una decena de mujeres están sufriendo VO, y se les priva de acompañante durante el trabajo de parto y parto, esgrimiendo como motivo la pandemia, en circunstancias que el propio Ministerio de Salud ha indicado que se facilite la presencia del acompañante, y varios hospitales han demostrado que se puede, sin exponer a riesgos a padres, mujeres, personas gestantes y equipos de salud.

Y aquí es importante tener en cuenta ciertas cifras que ayudan a entender mejor la magnitud del problema:

» Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tiempo mínimo ideal de **contacto inmediato piel con piel entre la madre y recién nacido** es de una hora. Según datos de la encuesta del nacimiento de OVO Chile del año 2018, en una muestra de casi 6000 mujeres cuyos partos ocurrieron entre 2014 y 2017, menos del 20% reportó haber estado al menos media hora con su bebé tras el parto. Si bien esta práctica ha ido en aumento, gracias al impulso de políticas vinculadas con la primera infancia, como lo es el Chile Crece Contigo, todavía sigue siendo bajo de acuerdo a todas las recomendaciones internacionales. Y en este punto en particular, las cifras informadas por el Estado, difieren mucho de las reportadas por las mujeres.

» La **presencia de un acompañante significativo para la mujer durante el trabajo de parto y parto** se recomienda enfáticamente por organizaciones internacionales y nacionales de salud.

▸ De acuerdo a cifras del DEIS del Ministerio de Salud (MINSAL), en el 2020 solo un 72% de mujeres estuvieron acompañadas durante el parto, cifra que en el 2019 era de un 97%, mientras que en

el trabajo de parto se observa una baja a un 43% de mujeres que estuvieron acompañadas versus el 72% de mujeres en el 2019, situación que nos parece especialmente grave si se considera que fueron las mujeres atendidas en el sector público quienes sufrieron en mayor medida la prohibición de parir acompañadas. Los datos de la encuesta OVO, al igual que lo que ocurría con el contacto precoz piel con piel, muestran un peor escenario en cuanto al acompañamiento que las cifras oficiales del Estado. De los casos reportados en la encuesta OVO Chile entre 2014 y 2017; solo en un 39% de los trabajos de parto y parto ocurridos en salud pública hubo acompañamiento continuo de una persona significativa, mientras esta cifra fue de un 79% en el sector privado. Esto quiere decir que, en salud pública, en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no pudieron contar con un acompañante significativo en algún o todo momento durante el trabajo de parto, mientras que esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias en salud privada; lo cual nos muestra una gran brecha entre los dos sectores de atención.

» El **abuso verbal** no puede ser justificado bajo ninguna circunstancia, sin embargo y a pesar de su disminución progresiva en el tiempo, aún hay numerosas mujeres que reportan haberlo vivido.

► Según la encuesta de OVO, en el periodo 2014-2017, en un 43% de las experiencias de parto en el sector público, las mujeres declaran haber vivido crítica o represión de sus emociones y expresiones de dolor, lo cual se reportó en un 17% de las experiencias en el sector privado.

► Para el mismo periodo, en un 23% de las experiencias de parto en salud pública se reportó haber sido receptoras de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, o burlesco; mientras esto se reportó en un 5% de los casos de salud privada.

► Un 29% de mujeres en salud pública expresó haber sido amenazada durante la atención, versus un 7% en salud pública, en el mismo periodo.

» Con respecto al **abuso físico**, expresado en prácticas como manotazos, zamarreo, empujones, toques molestos, se reportó en un 18% de los partos de salud pública y en un 5% en el sector privado entre los años 2014 y 2017; más que triplicando su ocurrencia en el primer sector con respecto del segundo.

» Los resultados de la encuesta OVO muestran grandes similitudes con el único estudio que se ha realizado en el país que detalla las intervenciones obstétricas practicadas durante la atención del parto. En 2016, Lorena Binfa y sus colegas de la Universidad de Chile, publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado en 9 maternidades públicas de Chile (2 de la Región Metropolitana y 7 de otras regiones), cuyo objetivo fue 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 en salud pública de nuestra encuesta, se encuentra que para periodos de tiempo comparables,

- las mujeres que no contaron con alimentación durante el trabajo de parto fueron un 82% y 84% respectivamente;
- la episiotomía fue de 56% y de 58%;
- la rotura artificial de membranas de 59% y 48%;
- y los partos en posición de litotomía fueron de 80% en Binfa et al. y de 81% en la encuesta OVO.

Esto muestra estándares deficientes de cuidado que no se alinean con las recomendaciones actuales.

» Sobre la cesáreas queríamos hacer una mención especial, pues desde hace ya varios años, estudios internacionales y nacionales vienen alertando de las altas tasas en Chile, y de las consecuencias en la salud pública en el corto y largo plazo. La OMS en 2015 reiteró su recomendación de 1985 de no superar el 15% de esta cirugía. No obstante lo anterior, desde 2013 en Chile ocurren más cesáreas que partos vaginales, superando en los últimos años el 40% en hospitales, y el 70% en clínicas.

► Especialmente preocupante es lo que ocurre con la tasa de cesáreas cuando en vez de hacer el análisis por lugar del parto (hospital/clínica), lo hacemos por el tipo de seguro de salud, que fue como nos mostró el propio Departamento de Ciclo Vital del MIN-SAL en 2017. Las mujeres aseguradas en FONASA, y que compran el Bono PAD, usado en pensionados de algunos hospitales públicos, y sobre todo en clínicas, que además están “seleccionadamente” sanas, puesto que para comprar el bono no se puede tener algún criterio excluyente, como enfermedades del embarazo, parto prematuro y obesidad materna, son quienes presentan la tasa de cesáreas más alta de la población en la actualidad, de 75%. Esto, versus las mujeres de FONASA que no compran el bono, que presentan apenas un 26% de cesáreas (cifra que además incluye a las mujeres con patologías), y versus las mujeres de ISAPRE que presentan un 57%. Esto es en extremo grave, pues un cuarto de los partos del país se están atendiendo con el bono PAD, lo cual supone la fuga de recursos económicos exorbitante desde FONASA al sector privado, que podrían estar siendo invertidos en el sector público, junto con elevar considerablemente la tasa de cesáreas a nivel nacional.



» Todos estos datos nos muestran que las recomendaciones actuales y basadas en evidencia para la atención del nacimiento no se han logrado instalar, encontrándonos aún con un modelo de atención fuertemente medicalizado y con prácticas invasivas practicadas en muchos más casos de los necesarios por motivos de salud que los ameriten, y tratos abusivos que impactan negativamente en la salud de las mujeres.

» Y si bien es importante reconocer que todos estos indicadores han mostrado mejoras a lo largo de las últimas décadas, no podemos obviar que las prácticas abusivas en la atención del nacimiento siguen presentes, de la mano de grandes inequidades entre mujeres de distintas posiciones socioeconómicas; siendo los mayores abusos vividos por las mujeres ubicadas en las posiciones más vulneradas de la sociedad. Son aquellas con menores niveles de educación las que reportan mayor frecuencia de abusos verbales, físicos, de discriminación, de sentirse desatendidas, acalladas o no tomadas en cuenta. En cuanto a grupo de edad, son las mujeres más jóvenes, en especial las adolescentes, quienes reportan los mayores abusos, cargados de recriminación del ejercicio de su sexualidad, por lo que reportan que hay una especie de castigo por haber iniciado su actividad sexual tempranamente.

» Hay cuantiosa evidencia que muestra cómo un nacimiento con un trato digno y respetuoso, y en el cual se limiten las intervenciones obstétricas a las médicamente necesarias por motivos de salud, impacta positivamente en la salud de madres y bebés a corto, mediano y largo plazo. La experiencia positiva del parto, como la ha denominado la Organización Mundial de la Salud, es central para que la mujer pueda desarrollarse en todo su potencial y tener (mayores) recursos para cuidar a su bebé.

III. AUSENCIA DE LEY. NECESIDAD DE REGULACIÓN.

Pese a que Chile ha suscrito diversos pactos que obligan al Estado a hacerse cargo de adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, y en concreto en pos de garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el posparto, aún no tenemos ley ni otro tipo de regulación que se haga cargo de este deber. (Ej. Informe de la CEDAW Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (1979), ratificado por Chile en 1989/ Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984). Suscrito en 1988/ Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer «Convención de Belém do Pará» 1996. Ratificada por Chile en 1998.)

El Comité de Expertas de la Convención de Belém do Pará fue el primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos y recomendó en 2014, a los Estados la promulgación de leyes que penalicen la violencia obstétrica.

Por su parte el Informe Asamblea General Naciones Unidas 2019, hizo un claro llamado a que los Estados elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos.

Señala que lo que sucede en la atención privada de salud también es responsabilidad del estado, al no dar directrices claras a estos y normas que regulen la violencia ejercida a mujeres en dichos establecimientos.

Problemas de la ausencia de ley

Lamentablemente el único instrumento jurídico con el que se cuenta en estos momentos para resolver la mayoría de los casos de VO es la ley de derechos y deberes del paciente, que al tener un enfoque general, lo cierto es que no

se hace cargo de manera adecuada de esta especial forma de violencia, en toda su extensión y con todos sus matices. De ahí que la presente ley sea tan importante.

Ejes de este proyecto

Uno de los puntos más importantes a destacar de este proyecto es precisamente su enfoque preventivo y amplio, que apunta a un cambio de paradigma tanto en la forma de nacer como en la manera en que abordamos el aborto y la salud ginecológica y sexual, en todo tipo de atención.

Elevando a rango legal la promoción de una atención de salud con enfoque de género, basada en información actualizada, en donde prime el respeto, la autonomía y la información que permitan la decisión sobre el propio cuerpo.

Protegiendo además, de manera especial a los grupos que puedan estar en mayor medida expuestos a sufrir vulneraciones, asegurando en este sentido el respeto de las tradiciones culturales y el consentimiento y autonomía de las niñas adolescentes en lo que respecta a su sexualidad, cuestiones que son parte además de los principios que informan la ley.

En efecto, este proyecto es importante no solo porque en su gestación hemos participado un grupo amplio de organizaciones formadas por diversos actores vinculados la atención y tratamiento en el ámbito ginecobstétrico, sino porque se hace cargo efectivamente de poder remediar todas aquellas situaciones de vulneración que durante tiempo hemos normalizado, siendo un aporte importante en el cambio de paradigma hacia una atención con enfoque de derechos.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que el derecho no es la solución a los problemas sociales, sin duda una regulación como esta supone un reconocimiento simbólico y una validación social de los miles de testimonios y experiencias de mujeres que han sido violentadas en sus partos en nuestro país.

Este proyecto de ley no es el fin de una lucha, sino el punto de partida del cambio. De un cambio que ponga a las mujeres, recién nacidos y sus familias

al centro del cuidado, entregando una atención que respete sus necesidades, sus preferencias, que les acompañe amorosamente en el rito de paso del nacimiento. Rito que es tremendamente significativo; se trata del momento en que nos convertimos en madres, es la bienvenida que le damos al mundo a las y los bebés, se trata del momento en que las personas pasamos a ser madres y padres de las y los nuevos integrantes de nuestras sociedades. Un nacimiento amoroso dice mucho de la sociedad que lo posibilita, y nos gustaría imaginar un mundo donde la dignidad y respeto sean grandes protagonistas del cuidado.

Es por tanto imperativo que como sociedad, consideremos la importancia de proteger este momento tan determinante para la salud integral, y que pasemos a considerarlo como una gran oportunidad de proteger los vínculos saludables en las relaciones humanas.

Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO)

OVO Chile es una organización pionera en dar a conocer temáticas relacionadas a la violencia obstétrica, entregando información sobre nacimiento respetado, brindando apoyo psicológico y jurídico a mujeres vulneradas por este tipo de violencia de género. El observatorio nace en noviembre de 2014, con la necesidad de visibilizar, denunciar y acompañar a las mujeres y sus recién nacidos; parejas, familias y profesionales de la salud, víctimas de violencia obstétrica en las instituciones de salud pública y privada de nuestro país.

Otorgando atención psicológica gratuita y asesoría legal, además de brindar formaciones a profesionales y estudiantes del área de la salud, nos hacemos cargo de una falencia del estado en cuanto a una de las formas de violencia de género, más sistemáticas, normalizadas e invisibilizadas que existen, la violencia obstétrica.

Hemos podido ser testigos de primera fuente de muchísimos casos y del impacto que esta violencia tiene en las mujeres, y lo difícil que es lograr una reparación efectiva en el escenario actual en que nos encontramos.

Esperamos que pronto pueda existir esta ley para garantizar una atención de salud integral, respetuosa y basada en la evidencia de los partos que ocurren en Chile.



C H I L E
Observatorio de Violencia Obstétrica

EQUIPO FUNDACIÓN OVO CHILE

WWW.OVOCHILE.CL

FUNDACIONOVOCHILE@GMAIL.COM

INSTAGRAM: [@FUNDACION_OVOCHILE](https://www.instagram.com/@FUNDACION_OVOCHILE)