

Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos

Towards a comprehensive quality of care in birthing facilities with human rights perspective

Paulina V. Troncoso-Espinoza^{1,2*} y Christian F. Figueroa-Lassalle^{3,4,5}

¹Departamento de Anatomía y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; ²Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; ³División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile; ⁴Programa de la Mujer, DIPRECE, Ministerio de Salud de Chile; ⁵Departamento de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Clínica Santa María. Santiago, Chile

Resumen

La calidad de la atención obstétrica hoy no solo se limita a tener profesionales con competencias técnicas basadas en evidencia científica, sino que incluye la atención centrada en la mujer, persona gestante y su familia, como expresión del respeto de sus derechos humanos. Este artículo revisa cómo el tema ha sido abordado globalmente y nacionalmente desde la Conferencia de Fortaleza en 1985 hasta la presentación reciente de proyectos de ley en el parlamento chileno.

Palabras clave: Calidad de atención. Derechos reproductivos. Atención centrada en el paciente. Violencia obstétrica. Chile.

Abstract

Obstetric quality of care today means not only having skilled providers with evidence-based competences but it includes woman, pregnant person and family-centered reproductive health as expression of respect of their human rights. This article reviews how this issue has been approached in a global and national level since Fortaleza Conference in 1985 until recent bills of law proposed before Chilean parliament.

Keywords: Quality of care. Reproductive rights. Patient-centered care. Obstetric violence. Chile.

Introducción

Chile ha destacado por sus hitos en la disminución de la morbimortalidad materna, los cuales se fundamentan en políticas públicas señeras que han incluido tempranamente la formación de profesionales con competencias técnicas en medicina y en matronería, a lo que se suma la instalación de una red pública de atención en niveles de complejidad que permitió la atención profesional de los embarazos y partos, así como el acceso gratuito a métodos anticonceptivos.

Hoy, los estándares de calidad de atención en salud incluyen, además del apego a las normas técnicas basadas en la evidencia, la dimensión interpersonal basada en la atención centrada en las personas que la requieren, desafío planteado tanto desde los organismos internacionales de salud y derechos humanos como desde la sociedad civil organizada.

La calidad de la atención es particularmente relevante cuando se trata de evaluar la experiencia del parto y el nacimiento en sus distintas dimensiones. El Institute of Medicine definió la calidad de atención como una

Correspondencia:

*Paulina V. Troncoso-Espinoza

E-mail: paulinatroncoso@med.uchile.cl

0048-766X / © 2022 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 27-10-2021

Fecha de aceptación: 30-03-2022

DOI: 10.24875/RECHOG.21000037

Disponible en internet: 09-06-2022

Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(2):137-144

www.rechog.com

atención que es segura, efectiva, centrada en pacientes, oportuna, eficiente y equitativa¹. Esta definición aborda tres componentes: clínico, interpersonal y de contexto². El clínico (seguro y efectivo) se objetiva con la adherencia y el cumplimiento de guías clínicas o protocolos basados en la evidencia; el componente interpersonal se expresa en la atención centrada en las personas que la requieren, es decir, la atención respetuosa, que responde a las preferencias, necesidades y valores individuales de quienes demandan la atención en salud, asegurando que se consideren en las decisiones clínicas; y el componente de contexto se relaciona con la atención oportuna, eficiente y equitativa, enfatizando que no haya retrasos dañinos en la atención, que se aprovechen los recursos y que no haya variación en las prestaciones debido a sesgos en la atención.

Calidad de atención en el trabajo de parto y durante el parto

La atención centrada en las mujeres y personas gestantes en el parto es un tema de discusión internacional desde hace más de 30 años. Desde la década de 1970 existen reportes de mejores resultados maternos y neonatales (menos cesáreas y partos operatorios, mayor apego, mejor lactancia) cuando las mujeres y personas gestantes están acompañadas durante el trabajo de parto y se les permite tomar y alimentar a sus bebés de forma inmediata³. La práctica habitual durante los años 1980 respecto a la atención del parto incorporaba distintas intervenciones, como realizar rasurado, enema, rotura artificial de membranas (RAM), episiotomía de rutina, asepsia vaginal; además de restringir la deambulacion, la alimentación y las posiciones en el trabajo de parto y el parto, abordando un evento fisiológico como patológico y, por tanto, necesitado de intervenciones y tratamientos, entre ellos la cesárea sin clara indicación.

En el año 1985, al alero de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se desarrolló la Conferencia de Fortaleza, en Brasil⁴, con la participación de profesionales de distintas disciplinas y mujeres, en la que se establecieron 16 recomendaciones. Esta conferencia apuntó al fomento de una atención obstétrica crítica, con uso apropiado de la tecnología para el parto y respetuosa de los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de este. Se releva el derecho de las mujeres y personas gestantes a participar en los distintos aspectos de la atención obstétrica, considerando el nacimiento como un proceso normal y natural, que eventualmente puede complicarse y, en tal caso, puede

requerir una intervención. Se recomienda una tasa ideal de cesáreas entre el 10% y el 15%, junto con la inclusión de la libertad de movimiento y para elegir la posición en el expulsivo, no recomendando la posición de litotomía para la dilatación y el expulsivo. Se incluye el fomento del apego y no separación de quien nace de su madre, las indicaciones precisas para inducciones, para RAM y para cesáreas, señalando prácticas que deben evitarse, como rasurar el vello púbico, el enema, la episiotomía y la RAM de rutina. Los aspectos clínicos, relacionados con la tecnología, fueron más fácilmente asimilados en la práctica clínica, pero no así los que se relacionan con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

A partir del desarrollo de la Conferencia de Población y Desarrollo, en El Cairo en 1994⁵, y de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, en Pekín en 1995⁶, la salud reproductiva centrada en la mujer se enmarca dentro del enfoque de derechos humanos de las mujeres, reforzando que la calidad de la atención no solo implica la dimensión técnica, sino también el abordaje respetuoso y el trato digno de las necesidades de las mujeres.

En Chile, el concepto de atención centrada en la persona que la requiere se incluyó en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*⁷, publicado por el MINSAL en 2008, planteando como desafío el responder a las expectativas de trato con la dignidad, el respeto y la acogida que demanda la población de la red pública de salud. Como objetivos se proponen la promoción de prácticas basadas en la evidencia, el fomento de la atención del parto como un proceso fisiológico y la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención del parto, para que las personas con capacidad de gestar sean y se sientan protagonistas. Para ello se deben ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada gestante, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan su seguridad y el bienestar de quienes nacen. Este manual, en consonancia con la Declaración de Fortaleza, distingue las prácticas del parto normal como aquellas que son útiles y deben promoverse, disponibles para un plan de parto personalizado. Entre estas se incluyen la ingesta de líquidos en el parto, el respeto a la intimidad, la elección de acompañante significativo, libertad de movimiento y posición, contacto inmediato piel a piel entre otros. Se desaconsejan las prácticas que son claramente perjudiciales y que deben ser eliminadas, como uso sistemático de enema, rasurado púbico, pelvimetrías y posición de litotomía, entre otras. Esta

publicación no produjo el impacto esperado en el cambio de prácticas, probablemente por no tener el carácter de documento normativo y por falta de difusión, pues no se incorporó en las bases programáticas de los programas de estudios. Ello se constata en la investigación realizada respecto a la implementación del modelo de atención de acuerdo con el *Manual de atención personalizada en los servicios de salud pública*⁸, en maternidades de hospitales públicos con representación nacional. Este estudio concluye que se realiza un alto número de intervenciones en todas las regiones en contra de lo estipulado en el Manual, destacando que las gestantes evalúan favorablemente al equipo obstétrico en sus competencias técnicas, pero la mayor insatisfacción es en relación al trato que reciben por el equipo, que reportan como «maltrato», precisando que no se sienten escuchadas, que no reciben información y que no son consideradas en la toma de decisiones en relación a procedimientos e intervenciones. En términos de calidad de la atención, destaca la buena evaluación de la calidad clínica y la pobre evaluación del componente no clínico o contextual. Por su parte, los/las profesionales de la medicina con especialización en obstetricia refieren no haber recibido entrenamiento en este modelo de atención en el pregrado ni en el posgrado, y desconocer el Manual, y desde la matronería señalan que existe poca orientación respecto al Manual y poco entrenamiento. En conjunto, el equipo profesional destaca la falta de infraestructura adecuada para el desarrollo del modelo personalizado, para la presencia del acompañante que se solicita, sin intervenir con el cuidado, y la falta de preparación para el parto de las gestantes.

Falta de respeto y maltrato en la atención del parto

En 2014, la OMS emitió la declaración sobre *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*⁹, estableciendo que «todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de salud, incluyendo el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación», siendo la vulneración de estos derechos una violación de los derechos humanos establecidos en los tratados internacionales.

Se hace referencia a los informes analizados y alertan sobre un panorama alarmante de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente a las mujeres durante el parto en los centros de salud, que puede tener

consecuencias adversas en la gestante y en sus bebés. Esto vulnera la confianza entre las mujeres y el equipo de salud, y puede desmotivar la asistencia y el uso de estos servicios, siendo las gestantes más vulnerables las adolescentes, las solteras, las de bajo nivel socioeconómico, las pertenecientes a minorías étnicas, las migrantes y las portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana.

La OMS demanda a los Estados realizar acciones para la prevención y la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto en los centros de salud de todo el mundo: mayor respaldo gubernamental en las investigaciones y acciones sobre el tema, diseñar programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna (centrados en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad), realzar el derecho de la mujer y persona gestante a recibir una atención digna y respetuosa, generar responsabilidad en los sistemas de salud por el mal o buen trato brindado, y capacitar a los/las profesionales para garantizar el trato digno, identificando los servicios de salud con buenas prácticas, e involucrar a las personas con capacidad de gestar en los esfuerzos de mejora de la calidad de la atención.

Por su parte, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) reconoce la impactante evidencia en relación al abuso o maltrato de mujeres y personas gestantes en los centros de salud durante el parto, y la falta de responsabilidad profesional y social en los agentes prestadores, y declara que cada mujer tiene el derecho a una experiencia positiva de parto y a una atención compasiva de parte de agentes prestadores competentes, sin discriminación, que cada persona gestante y quienes nacen deben ser protegidos de intervenciones y prácticas innecesarias, sin evidencia o que no respeten su cultura, integridad corporal y dignidad¹⁰.

La FIGO llama a las asociaciones profesionales y a los establecimientos a entregar la mejor atención de calidad basada en la evidencia y proporcionar a las mujeres y personas gestantes un trato digno, con privacidad, información y alivio del dolor (farmacológico y no farmacológico), pudiendo elegir su acompañante. Concordante con estos lineamientos, la FIGO formó un Comité de Salud Segura para madres y bebés, el cual desarrolló un proceso para certificar centros de salud «amigables con las madres y sus bebés», presentando en el año 2014, en conjunto con otras organizaciones (*Internatinal Pediatric Association* [IPA], *International Confederation of Midwives* [ICM], *White Ribbon Alliance* [WRA] y OMS), la *Guía de FIGO para Centros*

Amigables de Atención del Parto para Madres y Bebés (MBFBF, *Guidelines Mother-Baby Friendly Birthing Facilities*), enfocada en el trabajo de parto, el parto y las prácticas periparto¹¹, estableciendo 10 criterios para certificar estos centros.

En el año 2018, la FIGO y la Organización Internacional para el Parto, la Madre y su Bebé realizaron una alianza estratégica de la cual surgió la *Iniciativa Internacional del Parto*, que considera 12 pasos para la certificación de maternidades con atención segura y respetuosa para la madre/bebé y familia¹². Esta iniciativa considera la evidencia robusta en relación a la fisiología hormonal madre/bebé, desde el embarazo hasta después del nacimiento, y los beneficios que tiene para la madre y quienes nacen el respetar el proceso fisiológico hormonal, alertando sobre los posibles impactos de las prácticas que lo intervienen y sugiriendo evitar intervenciones innecesarias¹². Se propone un plan para promover la atención maternal de alto valor. Los 12 pasos mantienen el enfoque basado en derechos, centrado en la unidad madre-bebé-familia de forma integral, en todos los niveles de atención y curso de vida, considerando medidas para implementar el bienestar continuo y enfatizando la necesidad de una política de apoyo al recurso humano que permita la formación, el reclutamiento y la motivación en la atención de calidad, dentro de un ambiente de trabajo respetuoso y positivo.

Hacia una experiencia de parto positiva: la estrategia de los organismos de salud

La *Iniciativa Internacional del Parto* se complementa con las *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*¹³, la que se hace cargo de la necesidad de ir más allá de la morbilidad materna fetal, hacia el logro del pleno potencial de salud y bienestar, en consonancia con la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*¹⁴. La OMS llevó a cabo una revisión sistemática para identificar lo que las mujeres y personas con capacidad de gestar desean, necesitan y valoran durante el parto, definiendo una experiencia de parto positiva como «aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer». La revisión también incorporó las opiniones de profesionales de la salud sobre las dificultades para implementar las intervenciones necesarias, levantando necesidades de formación del personal, aumento de dotación del recurso humano y mejora e implementación del espacio físico.

Las recomendaciones son prácticas que deben entregarse a todas las personas gestantes en el trabajo de parto, apuntando a que el parto no solo sea seguro, sino que constituya una experiencia positiva para las mujeres y personas gestantes y sus familias, mediante un enfoque holístico, basado en los derechos humanos. Se considera al parto como un proceso fisiológico que en la mayoría de las personas gestantes no tiene complicaciones, y se apunta a la medicalización progresiva como la causante de debilitar la capacidad y la autonomía de la persona gestante en su experiencia de parto, afectándola negativamente, dado que la mayoría de las mujeres y personas gestantes desean tener una sensación de control en su proceso de trabajo de parto y parto, y vivir la experiencia con un rol protagónico aunque sean necesarias las intervenciones médicas. La OMS define como calidad de atención «el grado en que los servicios de cuidado en salud proporcionados a los individuos y poblaciones mejoran los resultados sanitarios deseados»¹⁵, debiendo incorporar para este logro a las mujeres y personas con capacidad de gestar en forma activa.

El documento incluye 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto, como producto de la evidencia. La primera es la atención respetuosa; la segunda es la comunicación efectiva con las mujeres y personas gestantes respecto a la información del proceso; y la tercera recomienda el acompañamiento de la persona gestante durante el trabajo de parto y parto por la persona significativa, aportando evidencia de que el acompañamiento puede reducir la duración del trabajo de parto, reducir el uso de analgesia un 10%, aumentar los partos vaginales espontáneos y reducir las cesáreas en un 25%. El documento define y actualiza las etapas y la duración del trabajo de parto y parto y las acciones recomendadas en cada etapa, incorporando las curvas de Friedman¹⁶, Zhang¹⁷ y otras. Se alerta sobre prácticas que ya no están recomendadas, como utilizar la velocidad de dilatación cervical < 1 cm/h en la fase activa de dilatación para la indicación sistemática de intervenciones, realizar RAM para prevenir el retraso en el trabajo de parto, la pelvimetría clínica sistemática, el monitoreo fetal continuo en personas gestantes sanas con trabajo de parto espontáneo, el uso de oxitocina para prevenir el retraso del trabajo de parto en personas gestantes con analgesia peridural, la episiotomía de rutina, o la aplicación de presión del fondo uterino (Kristeller) para facilitar el expulsivo. Se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el parto, en personas gestantes con bajo riesgo, incluso durante la aceleración del trabajo de parto, dado que

restringirlo no aporta beneficios, respetando los deseos de la mujer y persona gestante. El grupo a cargo señaló que «no se registró ningún caso de síndrome de Mendelson (inhalación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general), que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 personas gestantes que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática». Respecto a la posición, se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en personas gestantes de bajo riesgo, y alentar la adopción de una posición en el parto de su elección en mujeres con o sin anestesia peridural, incluyendo las posiciones verticales.

Operacionalmente, la calidad de la atención se puede enfocar en dos aristas: el cuidado de salud entregado y el cuidado de salud experimentado por las personas que utilizan los servicios de salud¹⁸; por ello, las recomendaciones proponen buenas prácticas basadas en la evidencia que relevan la experiencia percibida como un aspecto crucial. Los cuidados del parto para una experiencia positiva implican entonces, además de la asistencia por personal con competencias técnicas y prácticas clínicas basadas en la evidencia, el poner al centro a la mujer y persona gestante, incorporándola como sujeto en la toma de decisiones para el logro de la mejor experiencia posible. Se deben proporcionar intervenciones clínicas y no clínicas que den cuenta de una buena calidad de la atención como componente clave del derecho a la salud.

La demanda desde los derechos humanos sexuales y reproductivos

El derecho humano a la salud se define como «el derecho al disfrute del más alto estándar posible de salud física y mental» (Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1966, art. 12). La salud sexual y reproductiva se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad en todas las materias relacionadas con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas se desarrollaron en los años 1990^{5,6} y son un componente esencial de los derechos humanos: universales, inalienables e irrenunciables. Los derechos sexuales y reproductivos abarcan derechos humanos ya reconocidos en legislaciones nacionales, internacionales y otros documentos de consenso, y se basan en el derecho de

las personas y parejas a vivir la sexualidad independientemente de la reproducción, con servicios de salud sexual de calidad con respeto de la integridad, la indemnidad sexual y la diversidad sexual; a decidir sobre la reproducción, definiendo libremente el número, el espaciamiento y el momento para tener descendencia, así como los medios e información para lograrlo con el más alto nivel de salud sexual y reproductiva; a acceder a prestaciones de salud por infertilidad o discapacidad reproductiva; a acceder a servicios de salud sexual en un marco de confidencialidad y autonomía; a la educación sexual integral y al aborto seguro. En relación a la gestación, los derechos sexuales y reproductivos establecen el acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres y personas gestantes transitar en forma segura durante el embarazo y el parto, proporcionando a ellas y sus parejas la mejor oportunidad para mantener su salud y la de sus bebés. La atención del proceso de parto y nacimiento aplica en forma precisa al ejercicio de estos derechos, ya que se demanda la atención de un proceso vital y significativo, en general no patológico, respetando la dignidad de las mujeres y personas gestantes, sin discriminación y en su más amplia diversidad. No existe consenso respecto a cómo definir la violencia contra las mujeres y personas gestantes durante el proceso de atención de sus partos en los centros de salud; para la OMS es «la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud»⁹, y para la sociedad civil organizada es «violencia obstétrica», a partir de los testimonios publicados por mujeres y personas gestantes respecto a cómo han sentido vulnerados sus derechos en el proceso de parto y nacimiento. Distintas organizaciones dedicadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos han incorporado esta problemática tanto en el ámbito nacional como en el internacional¹⁹⁻²², llamando la atención de los organismos internacionales de derechos humanos, organizaciones de salud, órganos legislativos y agentes tomadores de decisiones. La ONU solicita un informe sobre el problema, que se presenta a la Asamblea General el año 2019, denominado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*²³, e introduce en el sistema del derecho internacional el término «violencia obstétrica», el cual ha sido reconocido en legislaciones de algunos países de América del Sur, asimilándolo a «violencia contra la mujer durante la atención del parto» y «falta de respeto/abuso en la atención del parto»²⁴. La Relatora Especial

señala que el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva representan una violación contra los derechos de las mujeres, siendo parte de un problema estructural mayor ya abordado en el Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, *Committee on the Elimination of Discrimination against Women*). Esto obliga a los Estados a generar políticas para eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos, incluyendo la salud reproductiva. El CEDAW define como violencia contra la mujer «cualquier acto de violencia basada en el género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, o la amenaza de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en el espacio público o privado»²⁵. La relatoría reconoce que, aunque muchas formas de maltrato relacionadas con la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva no son actos deliberados o intencionados de violencia contra la mujer, algunos actos u omisiones pueden considerarse formas de maltrato o violencia contra la mujer que se calificarían como violaciones de los derechos humanos a la luz de los testimonios entregados por mujeres. Se refiere al aumento de la práctica de cesáreas en muchos países como evidencia del aumento de la medicalización del nacimiento, sugiriendo que «no se da a las mujeres libertad para elegir entre las distintas formas de parir», especialmente si es la primera cesárea. Algunos procedimientos cuestionados son la episiotomía de rutina, la maniobra de Kristeller y la falta de autonomía para tomar decisiones como la posición de parto, entre otros, a la vez que prácticas de trato humillante como insultos, comentarios sexistas y gritos de los prestadores de salud. El informe enfatiza la importancia del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia del abuso, de manera de empoderar a las mujeres para la toma de decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto, siendo la falta de consentimiento informado una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud.

Proyecto de ley en Chile

En América Latina existen leyes que abordan esta problemática en Argentina, Venezuela y México²⁴. En Chile, la primera iniciativa parlamentaria presentada en el año 2015 establecía «los derechos de la mujer embarazada en el trabajo de parto, parto y el posparto, además de sancionar la violencia obstétrica», que fue

reemplazada por el proyecto de ley presentado a fines de 2017 que «establece derechos en la gestación, preparto, parto, posparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica»²⁶, que actualmente se discute en la Cámara de Diputados y Diputadas. Este proyecto, conocido como Ley Adriana, modifica la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en su atención de salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto. El proyecto señala que es necesario contar con parámetros y criterios locales que permitan promover un parto respetado, establece derechos de la mujer, incluyendo el derecho a presentar un plan de parto, derechos del/de la recién nacido/a y derechos del/de la acompañante significativo/a. Define el maltrato a la mujer gestante como «toda acción u omisión por parte de los equipos de salud, por medio de los cuales se ejerza maltrato sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, ya sea de manera directa o indirecta, tanto física como psicológica, incluyendo cualquier abuso de medicalización, patologización de procesos naturales durante el trabajo de parto, parto y posparto». El proyecto de ley incluye la obligación de los centros educativos, técnicos y universitarios en carreras de la salud de incorporar en sus mallas curriculares «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», al igual que la obligación de los agentes prestadores de salud en capacitar a los equipos sanitarios. En materia penal, se incorpora a las circunstancias que agravan la responsabilidad criminal (art. 12 del Código Penal) «cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia gineco-obstétrica».

Conclusiones

Como se ha revisado, existe una creciente demanda de las mujeres y personas con capacidad de gestar organizadas, de los organismos internacionales y de organizaciones no gubernamentales de salud y de derechos humanos hacia una atención de salud en el proceso de trabajo de parto y parto, con énfasis en el logro de una experiencia positiva. Esta debiera ser fruto del trato horizontal, con entrega de información y consentimiento informado, que permita a quienes gestan actuar con autonomía y control en un proceso biográfico tan significativo como es el parto y nacimiento.

Este paradigma, centrado en la persona que recibe la atención, se ha instalado como expresión del respeto de los derechos humanos y ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones. Aparentemente, la Ley 20.584 (Derechos y deberes de los pacientes en su atención de salud), que contempla el derecho a un trato digno y respetuoso en todo momento y cualquier circunstancia (art. 5.º), no ha sido suficiente para visibilizar los posibles y eventuales malos tratos en una atención solo vivida o sufrida por mujeres y personas con capacidad de gestar, y se hace necesario revisar nuestra práctica para poder mejorar no solo la calidad clínica, sino también la calidad experimentada por ellas. Las estrategias son múltiples, pero quizás las que produzcan mayor impacto sean el apego a lo que la medicina basada en la evidencia nos entrega sobre el manejo y el acompañamiento en el proceso de parto y nacimiento, sumado al entrenamiento en competencias centradas en las necesidades de las mujeres y personas gestantes desde el pregrado, incorporando el enfoque de derechos y la mejora continua de la atención de calidad en sus distintos elementos. Para ello existen instrumentos ya diseñados que debieran implementarse sistemáticamente para detectar las brechas, exigir los recursos y realizar las intervenciones, siempre con apego a la *lex artis*, que mejoren nuestra práctica diaria. Ejemplo de esto es la *Norma técnica y administrativa del monitoreo y vigilancia de la indicación cesárea*, recientemente emitida por la autoridad sanitaria en Chile²⁷, que conjuga las indicaciones con apego a la medicina basada en evidencia, la *lex artis* y el componente de atención centrada en las personas gestantes, destacando la importancia del proceso de consentimiento informado.

Más que reaccionar oponiéndose a una eventual ley de violencia obstétrica, es la oportunidad de tomar un rol protagónico en una alianza virtuosa con las mujeres y personas con capacidad de gestar que demandan ser oídas por sus equipos tratantes, permitiendo así fortalecer y respetar la autonomía de las personas para decidir sobre sus procesos fisiológicos y biográficos.

Financiamiento

No existe financiamiento para esta publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
2. Austin A, Langer A, Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. *Reprod Health*. 2014;11 (Suppl 2):S1.
3. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: history, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynaecol Obst*. 2015;131 (Supl 1):S49-S52.
4. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2:436-7.
5. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
6. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Beijing Declaration and Platform for Action. The Fourth World Conference on Women 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>.
7. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública; 2008. ISBN N° 9789567711901 9567711909.
8. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*. 2016;35:53-61.
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=C72D6B1077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1
10. International Federation of Gynecology & Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obst*. 2015;128:95-9.
11. Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtnr C, Visser GH. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful mother-baby-family maternity care. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;146:65-73.
12. Buckley S. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. Washington, DC; 2015. Disponible en: <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing-all-fact-sheets.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR18.12-spa.pdf>
14. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asamblea General de las Naciones Unidas, 18/09/2015 A/70/L.1. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=S
15. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>.
16. Friedman EA. Labor: clinical evaluation and management. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1978. p. 73.
17. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Frase W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010;116:772.
18. Hulton L, Matthews Z, Stones RW. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. Southampton: University of Southampton; 2000.
19. PROMSEX. Violencia Obstétrica. Disponible en: <https://promsex.org/violencia-obstetrica>

20. White Ribbon Alliance, Respectful Maternity Care Charter. Disponible en: https://www.whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf
21. Center for Reproductive Rights. Disponible en: <https://www.reproductive-rights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>
22. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados de la primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile; 2018. Disponible en: <http://ovochile.cl>.
23. Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto. Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Presentado a la Asamblea General de Naciones Unidas en su 74.º período de sesiones. 11 de julio de 2019. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/74/137>
24. Díaz García LI, Fernández MY. Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2018;51:123-43.
25. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>.
26. Proyecto de Ley: Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12670&prmBOLETIN=12148-11>
27. Norma técnica y administrativa del monitoreo y vigilancia de la indicación cesárea. MINSAL; 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>