

Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica

Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review

Anamaría Silva^a, Francisco Pantoja^b, Yoselyn Millón^c, Verónica Hidalgo^d, Jana Stojanova^e, Marcelo Arancibia^{e,*}, Cristian Papuzinski^e, Luna Sánchez^f, Michelle Campos^b

^a Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

^b Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

^c Biblioteca de la Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

^d Biblioteca de la Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, Campus Reñaca, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

^e Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Campus Reñaca, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

^f Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Campus Reñaca, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

Resumen

* **Autor de correspondencia** marcelo.arancibame@uv.cl

Citación Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. *Medwave* 2020;20(9):e8047

Doi 10.5867/medwave.2020.09.8047

Fecha de envío 10/6/2020

Fecha de aceptación 31/8/2020

Fecha de publicación 21/10/2020

Origen No solicitado.

Tipo de revisión Revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego.

Palabras clave Violence, Obstetrics, Women, Midwifery, Parturition

Introducción

Chile tiene una política incipiente en relación con prácticas de parto humanizado y la violencia obstétrica es una materia de creciente discusión pública levantada por las mujeres. A pesar de este avance, no se han observado iniciativas para superar el conflicto. Surge la pregunta acerca de los diferentes puntos de vista de los principales actores involucrados, con el fin de identificar estrategias que contribuyan al desarrollo de políticas públicas de salud que consideren a los actores influyentes.

Objetivo

Identificar la percepción de actores acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica.

Método

Se condujo una revisión panorámica (*scoping review*) que incluyó la descripción y el análisis de artículos y textos de análisis que reflejaran la visión de la comunidad científica y declaraciones de actores del sector gubernamental, social, profesional y político expresados en sitios web institucionales. Se desarrolló un análisis de contenido temático cualitativo, de naturaleza inductiva.

Resultados

Se incluyeron setenta documentos. La comunidad científica se visualiza alineada con las recomendaciones ministeriales de parto personalizado. Varios investigadores analizan las dificultades de implementación debido a la construcción histórica, sociocultural y económica del modelo biomédico de atención del parto predominante. Se observa convergencia entre la comunidad científica y otros actores en torno al reconocimiento de los beneficios del parto humanizado, así como acerca de la necesidad de superar obstáculos institucionales del sector de salud. No obstante, el proceso de cambio propuesto es lento y se observan resistencias entre profesionales de la salud para abordar las quejas de las mujeres frente a la violencia obstétrica y su demanda de atención de calidad. Esta situación se refleja a nivel parlamentario.

Conclusiones

El análisis de actores identifica áreas de conflicto y de consenso, así como diversas dimensiones interactuantes que obstaculizan el avance hacia la humanización de la atención del parto. Esta amplia estrategia de análisis contribuye a la identificación de aspectos críticos a ser abordados para un desarrollo de políticas sanitarias integrales y efectivas.

Abstract

Introduction

Chile has an incipient policy regarding humanized birth practices. Obstetric violence is becoming an issue in the public discussion, as brought up by women. Despite this advancement, no initiatives were observed to overcome the conflict. Questions arise from the different points of view of the main stakeholders involved. These questions help identify strategies contributing to the development of health policies that consider influencing actors.

Objective

To identify stakeholders' perceptions of humanized care in childbirth and obstetric violence.

Methods

We conducted a scoping review that included articles and analysis of texts reflecting the scientific communities' point of view. We included statements from governmental, social, professional, and political actors as expressed in institutional websites. Moreover, we performed a qualitative inductive, thematic content analysis.

Results

We included seventy documents. The scientific community is visualized as aligned with ministerial recommendations for personalized childbirth. Several researchers analyze the difficulties for its improvement due to the historical, socio-cultural, and economic construction of the predominantly biomedical model for birthing. Convergence is observed among the scientific community and other stakeholders in recognition of humanized birth benefits and the need to overcome institutional obstacles within the health sector. However, the progress of the proposed change is slow, and health professionals' resistance to address women's complaints towards obstetric violence and claim of quality care is observed. This discussion finds its reflection in a parliamentary discussion.

Conclusions

The stakeholders' analysis reflects areas of conflict and consensus, as well as the diverse interacting dimensions that hinder the advance of humanized care in childbirth. This broad analysis strategy contributes to identifying critical aspects to be addressed in the development of integral and effective health policies.

Ideas clave

- Chile cuenta con una política incipiente en materia de humanización de la atención del parto, mientras que la conceptualización de la violencia obstétrica es controvertida.
- Esta revisión panorámica reporta los diferentes puntos de vista de los principales actores involucrados en la asistencia del parto, para identificar estrategias que contribuyan al desarrollo de políticas públicas de salud que consideren a los actores influyentes.
- La violencia obstétrica y las dificultades para avanzar hacia servicios de atención del parto humanizado están determinadas por aspectos históricos, culturales, económicos, sociales e institucionales, cuya superación requiere de políticas multidimensionales.
- Junto a la identificación de áreas de conflicto entre actores, se observaron a la vez ámbitos de consenso sobre cuya base se podría avanzar. La participación de los actores involucrados es crucial para desarrollar planes de mejoramiento de la atención.

Introducción

La autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud física y mental, incluyendo la reproductiva, es refrendada por declaraciones que incluyen los reportes de Helsinki¹ y Belmont², la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de

Discriminación contra la Mujer³, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer⁴. Aspectos éticos asociados a la reproducción humana y la salud de la mujer han sido abordados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas⁵⁻⁷. No obstante, los enfoques sobre una atención obstétrica adecuada

han sido diversos, pudiendo superponerse, complementarse e incluso contraponerse⁸.

El enfoque biomédico, asociado al parto medicalizado, se centra en la disminución de la morbilidad materna, fetal y neonatal. Esta aproximación cuenta con importantes logros en la salud materno-infantil a lo largo del siglo XX⁹, por lo que se ha constituido como paradigma de atención, arraigado en la cultura y en el sistema de atención del parto^{10,11}. En este enfoque, la medicina alopática, el sistema de salud y sus profesionales tienen el control sobre los pacientes y sus procesos de salud/enfermedad, limitando su autonomía¹²⁻¹⁴. A la vez, ha descuidado la consideración de ciertos aspectos de calidad, tal como la integralidad de la atención, la satisfacción usuaria y la limitación de la intervención tecnológica innecesaria o perjudicial¹⁵. En este contexto, en 2008 el Ministerio de Salud de Chile publica el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo¹⁶.

Esta tendencia al cambio no proviene solo del actor sanitario. El movimiento feminista ha acuñado el término de violencia obstétrica cuando en la atención del proceso reproductivo no se consideran las necesidades biopsicosociales y la autonomía de la mujer, cuando se la maltrata y se interviene injustificadamente su cuerpo, entendiéndose como una forma de violencia de género. Se han establecido redes internacionales de observación de este fenómeno y en Latinoamérica su sanción ha sido normada en algunos países¹⁷⁻²⁰. En Chile, el tema ha surgido como iniciativa de algunas organizaciones sociales y parlamentaria (respaldada por algunos diputados en el parlamento), pero no ha contado con respaldo gubernamental ni con mayor apoyo de asociaciones profesionales del ámbito obstétrico.

Para abordar los problemas asociados a la violencia obstétrica y promover eficazmente el parto personalizado a nivel de políticas públicas, es necesario contar con un análisis de los actores involucrados, por cuanto serán estos quienes finalmente influirán en el resultado mediante su aplicación o rechazo. Conociendo sus percepciones y enfoques podrían establecerse sus divergencias y convergencias. Actualmente, Chile cuenta con una política incipiente en relación con la asistencia humanizada del parto, no cuenta con una política para enfrentar la violencia obstétrica y son pocos los estudios orientados a conocer la postura de los actores involucrados. Por ende, el presente estudio se enfoca en conocer y analizar las percepciones de los actores involucrados en la asistencia sanitaria y

gestión del parto, acerca de la violencia obstétrica y el parto humanizado, mediante dos niveles de análisis documental: un análisis de estudios primarios y secundarios desarrollados en Chile (revisión panorámica con análisis de contenido), y un análisis de declaraciones de actores. Se espera que los resultados contribuyan a la generación de políticas legitimadas acerca de violencia obstétrica que contemple al conjunto de actores involucrados.

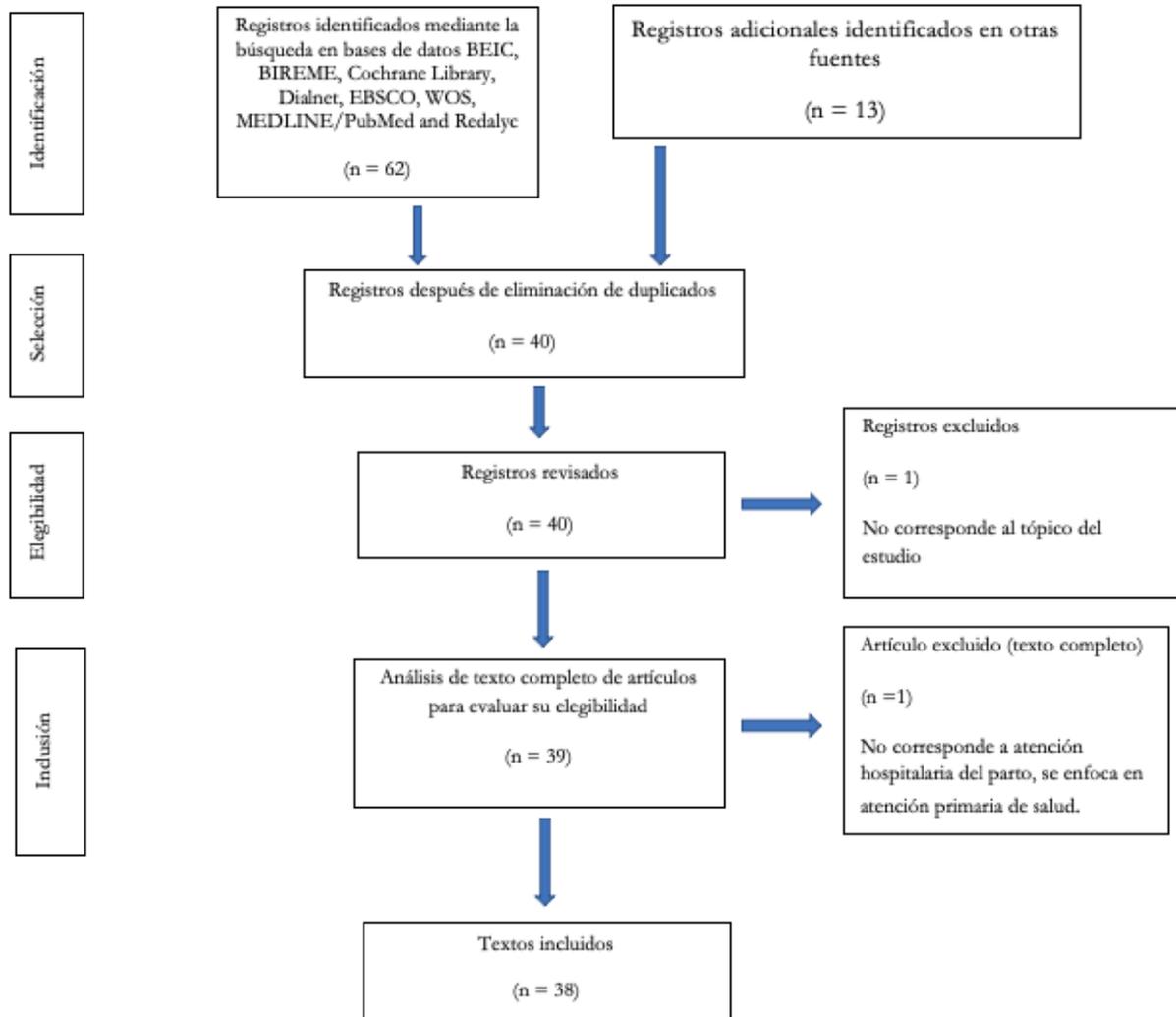
Método

Se realizó una revisión panorámica (*scoping review*)^{21,22}, un método sistemático con estándares descritos por la extensión PRISMA para revisiones panorámicas publicada en 2018²². Es un método basado en un protocolo de estudio para revisiones que requieran una perspectiva interdisciplinaria o enfoque metodológico mixto, e integración de fuentes de información, diseños y tipo de documentos heterogéneos. En general, las revisiones panorámicas no incluyen la evaluación de calidad de los estudios incluidos, por cuanto los resultados no están destinados a resolver preguntas y recomendaciones clínicas, sino a presentar una visión general de la evidencia en una materia. La presente revisión se basa en la conceptualización de Davies y colaboradores en torno a la revisión panorámica²³: “*Scoping involves the synthesis and analysis of a wide range of research and non-research material to provide greater conceptual clarity about a specific topic or field of evidence* (página 1386)”.

La revisión incluyó dos tipos de fuentes:

(a) Búsqueda de artículos científicos, informes de investigación y textos de análisis²⁰ para abordar el punto de vista de la comunidad científica (Figura 1, [Anexo 1](#)). Se realizó una búsqueda de estudios realizados en Chile acerca de violencia obstétrica y parto humanizado en las siguientes bases de datos: BEIC, BIREME, Cochrane Library, Dialnet, EBSCO, Web of Science, MEDLINE/PubMed y Redalyc. Se usaron los siguientes términos de búsqueda en español e inglés: violencia obstétrica, maltrato, servicios de atención de parto, parto humanizado, respetado y personalizado. El problema de violencia obstétrica que ocurre en el contexto de aborto no fue incluido. La búsqueda se complementó con la técnica de búsqueda en “cadenas” o “bola de nieve”^{24,25}, donde una fuente lleva a otra. Se incluyeron todos los estudios y textos seleccionados, salvo dos que no estaban enfocados en la atención del parto. No se incluyeron tesis ni presentaciones a congresos, salvo un trabajo de posterior trascendencia académica.

Figura 1. Fuentes de selección de evidencia.



Fuente: confeccionado por los autores a partir de los datos del estudio.

La elección de trabajos estuvo guiada por los siguientes criterios de elegibilidad:

- Temas. El criterio de elegibilidad temática consideró dos dimensiones centrales, con sus respectivas subdimensiones: parto humanizado, respetado o personalizado, y violencia obstétrica y maltrato en la atención del parto^{6,16,20,26-28}, como se detalla en la Tabla 1. Ha de señalarse que, dado el enfoque cualitativo y la naturaleza inductiva del análisis de la presente revisión, se consideraron trabajos que abordan otros tópicos en la medida en que contribuyen con el objetivo del estudio, como por ejemplo, el desarrollo histórico y cultural de la matronería profesional en Chile (Tabla 1).
- Tipo de trabajo. Se consideraron elegibles distintos tipos de trabajos científicos y documentos de análisis, sin restricción disciplinaria: estudios primarios de diverso diseño, estudios secundarios, revisiones (narrativa, sistemática, metanálisis), libros o capítulos de libro escritos por investigadores sobre la base de sus estudios.
- Formato. Artículos publicados en revistas científicas, informes de investigación, libros y capítulos de libros.
- Idioma. Fueron elegibles textos en español, inglés, portugués, francés y alemán, considerando las competencias del equipo.
- Periodo y cobertura geográfica. Estudios desarrollados en Chile entre los años 2000 y 2019.
- Criterio de exclusión. No se incluyó la atención obstétrica en el evento de aborto entre las subdimensiones. Aun cuando el concepto de violencia obstétrica incluye la acción durante el aborto, no se consideró en esta revisión, dado su foco en la atención del parto. La atención de salud en el caso de aborto está influenciada por determinantes adicionales a los de la atención del parto, relacionadas con el contexto legal, cultural, social e institucional. Este marco más amplio excede el foco de la presente investigación, dada su mayor complejidad. Fueron excluidas tesis y presentaciones a congresos, con la excepción de un estudio antropológico precursor, de trascendencia nacional en el campo de investigación acerca del parto humanizado y violencia obstétrica.

Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones del estudio según etapas del proceso de parto.

| Etapas del proceso de parto | Dimensiones y subdimensiones |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención personalizada, respetada, humanizada del parto | |
| Preparto | Libertad de movimiento, favoreciendo la comodidad de la mujer. Alivio del dolor: estrategias alternativas de manejo del dolor, anestesia epidural si es requerida (no de rutina), técnicas de relajación, técnicas manuales, sensibilidad frente al dolor de la mujer. Alimentación e hidratación oral. |
| Parto | En partos de bajo riesgo, el tipo de parto busca no alterar el proceso natural del parto mediante operación cesárea innecesaria y evitar el uso de fórceps. Elección de la postura materna para el parto, favoreciendo la posición erguida, no litotómica. |
| Postparto | Facilitar, no obstaculizar, el apego temprano con el recién nacido y la lactancia materna. Permitir que la madre permanezca en la misma habitación que el recién nacido. |
| Ámbitos transversales | Atención oportuna, segura y efectiva cuando requerido, particularmente en caso de emergencias obstétricas. Procedimientos: evitar intervenciones médicas y procedimientos de rutina no recomendadas por la OMS; respeto a los tiempos del proceso fisiológico y psicológico del parto. Información y comunicación: transparente, oportuna y comprensible acerca de alternativas de tipo de parto y practicas recomendadas; explicación del proceso y procedimientos que serán aplicados y derechos de las usuarias; registro de eventos y acceso usuario a la documentación. Participación libre e informada de la mujer en las decisiones del parto; plan de parto; protección de la privacidad y confidencialidad de los datos; consentimiento informado, voluntario, explícito acerca de los procedimientos, y acerca de su participación en investigación científica y formación académica de estudiantes. Ámbito relacional: trato respetuoso, cortés, empático, comunicación efectiva; atención sanitaria sin discriminaciones, libre de violencia física y psicológica; apoyo emocional a la mujer en trabajo de parto y entrega de atención continua. Posibilidad de acompañamiento y apoyo emocional por parte de una persona de confianza para la mujer durante todo el proceso y etapas del parto. Facilitación de la participación paterna, si la mujer lo desea. Respeto por los valores y cultura de las pacientes. |
| Violencia obstétrica | |
| Ámbitos transversales | Trato abusivo a la mujer durante la atención del parto, en su dimensión física, sexual y verbal, estigma y discriminación, bajos estándares de calidad de la atención, baja calidad de la relación del personal de salud con las usuarias y restricciones del sistema sanitario. Violencia de género en el proceso reproductivo, donde el poder médico y del personal de salud ejerce control y opresión sobre los cuerpos y la psique de la mujer, medicalizando el proceso natural del parto, negando su conocimiento, no respetando su autonomía y derecho a participar en el proceso. |

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Fuente: preparado por los autores a partir de los antecedentes y datos del estudio.

(b) Revisión de textos publicados en sitios web institucionales para el análisis de los otros actores²⁹ ([Anexo 2](#)): se buscó cubrir declaraciones de instituciones gubernamentales, organizaciones sociales, asociaciones profesionales y actores políticos, que reflejaran su postura en materia de violencia obstétrica y parto humanizado. Los documentos fueron seleccionados de acuerdo a significado cualitativo en relación con el tema y bajo el criterio de saturación. Se revisaron sitios web de instituciones estatales, incluyendo el sector de salud, derechos humanos, y mujer y equidad de género. Se revisaron también los sitios web de grupos activistas que promueven el parto humanizado, del Colegio de Matronas y Matrones, de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y del Congreso Nacional. Se excluyó el análisis de los medios de comunicación masiva y redes sociales, dado que excedía el alcance de este estudio. La única excepción fue la red social asociada a la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), la primera organización social en Chile que abordó el tema (2000).

El análisis del conjunto de la información se realizó mediante análisis de contenido cualitativo, inductivo, temático²⁵. El proceso de codificación se realizó en dos momentos consecutivos: inicialmente, los documentos fueron analizados, identificando características descriptivas contenidas, así como temas y subtemas. Un segundo nivel fue el análisis integrado de los textos, de donde emergió un conjunto de categorías de análisis explicativas. La codificación de los

estudios fue realizada y discutida por cuatro autores: dos para los estudios cualitativos y dos para los estudios cuantitativos, sobre la base de su competencia metodológica. La codificación de las declaraciones de actores fue realizada por tres autores de perfil profesional distinto (obstetricia, ciencia social).

Resultados

Se incluyeron 70 documentos publicados entre el año 2000 y 2019: 38 documentos publicados por la comunidad científica en revistas científicas, informes de investigación y textos extensos ([Tabla 2](#) y [Anexo 1](#)) y 32 documentos provenientes de sitios web institucionales de actores profesionales, sociales, gubernamentales y políticos ([Tabla 3](#) y [Anexo 2](#)).

Tabla 2. Documentos incluidos provenientes de la comunidad científica.

| Tipo de documento | Número |
|---------------------------|--------|
| Artículos científicos | |
| Enfoque cuantitativo | 9 |
| Enfoque cualitativo | 9 |
| Enfoque mixto | 5 |
| Revisiones narrativas | 2 |
| Textos extensos | |
| Libros | 3 |
| Capítulos de libro | 6 |
| Informes de investigación | |
| Enfoque cuantitativo | 1 |
| Enfoque cualitativo | 1 |
| Enfoque mixto | 1 |
| Tesis | 1 |
| Total | 38 |

Fuente: confeccionado por los autores a partir de los datos del estudio.

Tabla 3. Documentos incluidos provenientes de otros actores.

| Institución y tipo de documento | Número |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Gobierno: regulaciones, guías clínicas y reportes | 7 |
| Sociedad civil: información institucional de objetivos, declaraciones y reportes | 7 |
| Asociaciones profesionales: declaraciones, editoriales y reportes | 12 |
| Parlamento: leyes, proyectos de ley | 6 |
| Total | 32 |

Fuente: confeccionado por los autores a partir de los datos del estudio.

1. Comunidad científica

Como se detalla en el [Anexo 1](#), los estudios fueron de diseño, participantes y enfoque disciplinario diverso (ciencias de la salud, antropología, sociología e historiografía). La mayoría fueron estudios primarios y dos revisiones narrativas. El análisis integrado de los documentos reveló categorías de análisis centrales abordadas por los investigadores: parto humanizado, satisfacción usuaria y construcción histórico-cultural del modelo biomédico predominante de atención del parto.

1.1. Parto personalizado

Primeros hitos

Durante el siglo XX surgieron las primeras iniciativas de reflexión y participación en eventos nacionales e internacionales en torno al parto humanizado. A la vez, se fueron desarrollando estudios acerca de la calidad de los servicios maternos y acerca de la base cultural del modelo vigente. Lo anterior se dio en el contexto del movimiento internacional en la materia: Chile participó en un evento de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, y posteriormente en el año 2003 se desarrolló una primera experiencia de parto humanizado en el sur del país (Villarrica)³⁰⁻³².

Evaluación de experiencias y avances

Junto al desarrollo de nuevas iniciativas en otras maternidades a lo largo del país³⁰⁻⁴¹, emergen estudios que evalúan la implementación del nuevo modelo de parto personalizado propuesto el año 2008 por el Ministerio de Salud¹⁶. Estos estudios revelan que aun cuando se perciben avances, se observan prácticas desaconsejadas, elevadas tasas de cesárea y escasa incorporación de prácticas recomendadas a nivel internacional^{10,34,37,42-44}.

Percepción usuaria de los servicios de salud

Se reconoce la calidad técnica de los profesionales de salud. La insatisfacción usuaria se relaciona con el trato durante la atención. Las quejas ocurren más frecuentemente en los servicios públicos, en mujeres jóvenes y con menor nivel educacional^{11,33,36-38,43-47}. La insatisfacción se asocia principalmente a la atención impersonal, asistencia profesional poco empática y cuidadosa, a la falta de información y baja consideración de las preferencias de las mujeres^{33,36-38,43-47}. Estas temen expresar alguna queja, dolor o preocupación y piensan que serán atendidas de mejor manera si “se comportan adecuadamente”. Se opina a la vez que estos aspectos negativos de la atención han ido mejorando a lo largo del tiempo³⁷.

Los estudios cuyo foco es medir el bienestar de las usuarias consideran relevantes las siguientes dimensiones: física-corporal, cognitiva, emocional y percepción del entorno^{33,37,44,48}. Los servicios de atención del parto son considerados de calidad cuando son oportunos, eficaces, informados, acompañados, placenteros, respetuosos de las necesidades de la mujer, motivadores y facilitadores de la participación de la mujer, y cuando apoyan a la mujer en el manejo del dolor. El contacto con el recién nacido es altamente valorado^{37,48}. También es importante un entorno limpio, confortable y acogedor³³. La preferencia usuaria por la atención en el sector privado se asocia con una percepción de mayor calidad de la atención y relación más personalizada con el médico obstetra^{33,44}.

También es altamente valorado el acompañamiento del padre, de otros familiares o personas significativas. Su importancia radica en el apoyo emocional, la contención y el incremento de su sensación de seguridad^{49,50}. A la vez, el acompañamiento se asocia con mejores resultados obstétricos, y de la relación del padre con el recién nacido y la madre en el post parto. Aunque el acompañamiento ha ido en aumento^{45,47,49,50}, persisten barreras. Entre ellas, de adecuación de la infraestructura hospitalaria y empoderamiento usuario insuficiente para reclamar este derecho^{11,33}, así como barreras culturales a la participación paterna en las tareas reproductivas^{33,49,50}. Se mencionan razones de índole laboral para explicar la ausencia paterna en el control prenatal, parto o control de alta^{33,49,50}. Entre las limitantes institucionales señaladas, se encuentran la inadecuación de los horarios de visita o protocolos obstaculizadores^{33,38,48-52}. La distancia y dificultades de acceso al hospital pueden ser un obstáculo en zonas rurales^{38,48,51,52}. No obstante, los padres valoran su experiencia personal de participación en el parto y consideran relevante su apoyo a la madre en el proceso^{49,50}.

Debilidades

Se señalan como debilidades del proceso de implementación del modelo de parto personalizado, la falta de formación y proactividad del equipo de salud, insuficiente empoderamiento de la matronería en la gestión del parto, bajo nivel de educación usuaria^{47,48,53-58}, infraestructura inadecuada y dotación insuficiente de recurso humano^{44,45}. Frente a estos problemas, se han planteado diversas propuestas de mejoramiento^{53,55,56}.

Elevado número de cesáreas

La alta tasa de operación cesárea en Chile se menciona frecuentemente y varía según sector público o privado de salud^{36,59-62}. La mayoría de los médicos obstetras del sector público también trabajan en el sector privado para suplementar sus ingresos; lo que afecta la organización del trabajo de los equipos obstétricos,

resultando en prácticas de parto programado por cesárea^{31,34,48,54,60}. La mayoría de las mujeres no prefieren el parto por cesárea^{38,48,59}. Sin embargo, son fácilmente convencidas dado su temor al parto^{36,61,62}, el cual es reforzado por los medios de comunicación masivo³⁶. La autoridad médica no es fácilmente cuestionada, además hay poca información disponible acerca de alternativas no quirúrgicas de parto y acerca de los riesgos potenciales de la cesárea. Lo anterior ha sido reforzado por una reducción del sistema público de salud a partir de los años ochenta, y un incremento en las utilidades y facilidades de acceso al sistema privado de salud^{31,48,54,60}. Para superar este problema, se han realizado propuestas para un trabajo articulado entre políticas ministeriales, universidades, instancias de investigación científica, servicios, profesionales de salud y organizaciones de la sociedad civil. Se destaca la necesidad de auditar la calidad de la atención, transparentar la información y reforzar la educación usuaria prenatal^{47,48,53-58}.

1.2. Construcción histórica y cultural del modelo de atención del parto predominante

Visión de la mujer y profesionalización de la matronería

A lo largo de los siglos XVIII y XIX^{63,64} se transitó desde el parto en casa, atendido por parteras tradicionales, al parto atendido por matronas profesionales bajo la supervisión de un médico obstetra. La visión colectiva en la época señalada consideraba pecaminoso el cuerpo y la sexualidad femenina, a ser expiados a través del sufrimiento del parto. A quien albergue este cuerpo es considerada débil e ignorante⁶². La mujer está sometida a la autoridad médica, mientras la partera tradicional es relegada, descalificada como ignorante e inmoral, y perseguida judicialmente⁶⁴. Los avances científicos y tecnológicos profundizan esta tendencia.

Establecimiento de la hegemonía en la atención del parto

En la segunda mitad del siglo veinte, la mortalidad materna es considerada un problema de salud público central, que se va mejorando a partir de la formación del Servicio Nacional de Salud (1952). Se instala a la vez, un modelo de atención del parto que patologiza el parto, perdiéndose tradiciones ancestrales en torno a este³⁰⁻³⁴.

Mecanismos de hegemonía y violencia obstétrica

El nacimiento en Chile ocurre en el contexto de la ciencia médica occidental, donde la mujer que da a luz entra en un espacio ajeno, en el cual ha de subordinarse a la autoridad sanitaria, deviniendo en paciente que debe cumplir las normas hospitalarias. Su conocimiento, necesidades y emociones frecuentemente no son consideradas, y la comunicación es escasa y técnica. La mujer se encuentra atemorizada, amenazada o culpabilizada, inmovilizada, con dificultad de resistir las intervenciones, con sus emociones y dolor desacreditados^{36,37,41}.

El modelo de atención del parto como determinante social de la salud

El actual modelo, en el cual persisten prácticas obstétricas no recomendadas, está enraizado en un sistema de salud que actúa como determinante social obstaculizador al cambio hacia el parto humanizado. Este sistema representa paradigmas, relaciones de poder, tensiones económicas y organizacionales, cuyo resultado es el intervencionismo, en desmedro de la equidad y el bienestar de la mujer^{34,53,55-57}.

2. El Poder Ejecutivo

Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social

En el contexto de los compromisos internacionales suscritos por el Estado de Chile y los objetivos sanitarios del país, el Ministerio de Salud publicó y promovió un manual de atención personalizada en el proceso reproductivo¹⁶, cuyo foco es la calidad de la atención, el cuidado integral y la medicina familiar. Aborda factores psicosociales del proceso reproductivo, orientaciones desde la contracepción hasta el cuidado de postparto, apoyo para la lactancia materna, y orientaciones familiares para el desarrollo de consentimiento informado en procedimientos durante el proceso reproductivo. Otros documentos se refieren a este manual, el primero de los cuales es un programa para evaluar servicios obstétricos, ginecológicos y neonatales⁶⁵, que destaca: información oportuna a la usuaria, apoyo psicológico y emocional a la mujer gestante, generación de un espacio físico confortable, mínima intervención y seguridad durante todo el proceso de parto. El segundo documento es la norma general técnica para la atención integral en el puerperio⁶⁶, que provee recomendaciones clínicas acerca del monitoreo, educación e información a la mujer y evaluación de las unidades del servicio. En cuanto al manejo del dolor de post parto, este documento propone analgesia controlada por la usuaria. Las guías de atención personalizada del nacimiento del sistema Chile Crece Contigo⁶⁷, proveen orientación para el cuidado ante natal e información acerca del parto, refiriéndose explícitamente al concepto de parto humanizado, tipos y posiciones de parto, y opciones para el manejo del dolor. También entrega información acerca de aspectos de salud mental y sexualidad durante la gestación. Asimismo, se refiere a la norma general técnica para la entrega de placenta⁶⁸, indica la disposición y uso de la placenta como práctica cultural en la sociedad chilena, estableciendo un marco regulatorio para la autonomía de la mujer en la decisión de su manejo.

La guía clínica de analgesia del parto⁶⁹ y la guía perinatal⁷⁰, corresponden a un conjunto de orientaciones técnicas acerca de la atención en el proceso reproductivo. Sin embargo, estos no citan el manual de atención personalizada del proceso reproductivo antes señalado¹⁶, aunque se refieren a ciertos aspectos de este, tal como la importancia de considerar la preferencia de la mujer en el manejo del dolor y favorecer prácticas no farmacológicas.

El Instituto Nacional de Derechos Humanos

Este instituto dedicó un capítulo a la violencia obstétrica en su informe anual del año 2016⁷¹, en el cual se refieren a la violación de derechos humanos y obstétricos, a las condiciones de trabajo desfavorables para el personal de salud y a violencia de género proveniente del contexto cultural nacional. El documento provee antecedentes acerca de convenciones internacionales y regulaciones nacionales, critica la alta tasa de cesáreas en Chile y la lentitud en la implementación de las recomendaciones ministeriales de parto personalizado. Concluye con sugerencias al Estado de Chile para renovar su compromiso con la prevención, investigación y eventual sanción de la violencia obstétrica.

Ministerio de la Mujer y Equidad de Género

No se encontró referencia a violencia obstétrica o parto personalizado en el sitio web institucional de este ministerio.

3. Actores sociales

Las siguientes son organizaciones de la sociedad civil que abordan la salud reproductiva desde la perspectiva de los derechos e intereses de los usuarios, y de la equidad en salud y género. Estas organizaciones forman parte de redes nacionales e internacionales, incluyen a profesionales de la salud y académicos, y mantienen alianzas con universidades, medios de comunicación masiva y miembros del parlamento.

Observatorio de Equidad de Género

Este organismo surge en el contexto de un proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e incluye la observación crítica de políticas de salud en materia de salud sexual y reproductiva, aunque actualmente no figura con un sitio web activo⁷².

Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN-Chile)

Es una red de organizaciones que propone el mejoramiento de la experiencia del nacimiento y promueve métodos de parto alternativos. Se formó siguiendo las directrices de humanización del parto y nacimiento del Congreso de Ceara, Brasil (2000). La rama chilena de esta red es un organismo sin fines de lucro, que promueve el parto respetado, entrega guías y orientaciones, desarrolla actividades de información y promoción^{73,74}, y participa en la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento en Chile.

Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO-Chile)

Iniciado en el año 2015, es una organización multidisciplinaria que visibiliza a las víctimas de violencia obstétrica, y desarrolla acciones de acompañamiento a las mujeres y denuncia. Ofrece actividades educativas y preventivas, fomenta la difusión de material informativo, y participa en la coordinadora señalada anteriormente⁷⁵.

Corporación Miles

En el año 2016 publicaron un documento acerca de derechos sexuales y reproductivos, en el cual se reporta acerca de la violencia obstétrica en Chile, las formas que esta adopta, leyes y políticas en la materia. El texto también se refiere a las acciones y desafíos de la sociedad civil en el tema⁷⁶.

Coordinadora por los Derechos del Nacimiento de Chile

Este organismo coordinador está formado por organizaciones e individuos unidos tras el objetivo de promover y realizar activismo en torno a los derechos de la gestación, el nacimiento, el postparto y la crianza. Desarrollan actividades de denuncia de violencia obstétrica y han articulado a diversas organizaciones en torno a la propuesta legal más reciente (2018)⁷⁷.

4. Asociaciones de profesionales de la salud

Colegio de Matronas y Matrones de Chile

A partir del año 2014, esta instancia ha publicado varias declaraciones en los medios en respuesta a denuncias públicas de violencia obstétrica⁷⁸. El Colegio argumenta que el Estado es el responsable de este problema, dado que no ha implementado las condiciones y servicios para proveer una atención digna del parto. No obstante, se observa un debate entre sus colegiados, lo que se ejemplifica mediante una declaración pública de un grupo de profesionales de matronería de diversas regiones contraria a la

postura oficial del colegio⁷⁹. Aun cuando concuerdan con la responsabilidad estatal en el problema, señalan que se requiere que las instituciones de salud y los individuos han de actuar, y realizan un llamado a la reflexión y el cambio en la atención del parto. El año 2017, tras iniciativas de cambio legal frente al problema, el Colegio expresó que, si bien no protegería la mala praxis, rechaza el concepto de violencia obstétrica, debido a que induce al temor en la población y al desprestigio de la profesión. Destacan que la violencia de género también es practicada contra las matronas, que son predominantemente mujeres. Critican el acompañamiento del parto por parte de “doulas” no profesionales, quienes se beneficiarían de servicios de parto humanizado en las clínicas privadas, generando inequidad en el sistema de salud global⁸⁰.

El año 2018 se conformó un grupo de trabajo, en el cual participó el colegio, que dio lugar a una nueva iniciativa legal⁸¹ que presionaba al gobierno para mejorar los servicios perinatales y avanzar en la ley de “derechos de la mujer a una vida libre de violencia”. En el año 2019, el Regional Santiago del Colegio de Matronas y Matrones organizó un seminario acerca de avances en cuidados maternos respetuosos. Este cubrió la necesidad del regional de actualización en la materia, de mantener una discusión con las mujeres y la ciudadanía, promover medidas para mejorar la práctica profesional y desarrollar políticas basadas en derechos⁷⁴. Recientemente, el Colegio de Matronas y Matrones de Chile dispuso el lema de “promotoras del parto respetado” en su sitio institucional, presentando además experiencias exitosas en el norte de Chile, evidenciando un cambio en su discurso público⁸⁵.

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

Una publicación en la revista científica de la sociedad en el año 2013 refleja un cambio de visión de la atención del parto⁸⁴. En esta, se critica el actual modelo altamente medicalizado del parto. No obstante, previo a la publicación del manual de atención personalizada en el proceso reproductivo en el año 2008¹⁶, una editorial de la revista de la sociedad sugirió que la incorporación del parto personalizado en las garantías explícitas en salud, ley que asegura el acceso usuario a prestaciones de salud, disminuiría la libertad de elección médico-paciente en la práctica privada⁸⁵. A la vez, se señala que los aspectos culturales que subyacen a la praxis, no se resuelven por la vía legal. No se encontraron otras referencias a dicha propuesta ministerial en la revista.

La Sociedad sostuvo una sesión científica el año 2015, en la cual se discutió acerca de la violencia obstétrica, invitando a la vez a mejorar la calidad de la atención y considerar la satisfacción y participación de la madre. No obstante, no se concuerda con una ley contra la violencia obstétrica, planteando que esta cuestionaría su profesionalismo, además de tener bajo impacto sobre la tasa de cesáreas. Se argumenta que el país ya cuenta con una ley para cautelar los derechos de los pacientes⁸⁶, que podría ser ampliada a derechos en los servicios de parto. Se indica que la propuesta de ley de violencia obstétrica detalla las acciones penales, levantando la pregunta si la acción penal también se extendería a otras prestaciones de salud. Las siguientes fueron propuestas de mejoramiento planteadas en el seminario: necesidad de cambio conductual de los profesionales, selección adecuada de pacientes en situación de riesgo, regulaciones para un manejo de intervención mínima, casas de parto pertenecientes a servicios de salud competentes, auditoría para la evaluación de indicadores de calidad, eliminación de incentivos económicos del parto por cesárea, mejoramiento del

acceso equitativo a infraestructura y profesionales, y capacitación continua del personal más allá de los aspectos meramente clínicos⁸⁷.

En una editorial posterior de la revista de la Sociedad, la autora se pregunta acerca de cómo avanzar en consensos en torno a modelos de parto y nacimiento integrales, con el propósito de transformar la experiencia usuaria en una positiva, y no tan solo segura clínicamente. Destaca que la propuesta inicial de una ley contra la violencia obstétrica nace desde la crítica, encontrando la resistencia desde los profesionales de obstetricia⁸⁸. Señala que el empoderamiento de las usuarias llegó a un punto alto, sin ser equiparado con el personal de salud debidamente entrenado para enfrentar dicha necesidad. Realiza una invitación a desarrollar conocimiento acerca de propuestas piloto más integrales, a validar nuevos procedimientos y a trabajar con las familias. Hace un llamado a los especialistas a idear estrategias de intervención conducentes a un parto positivo y compartido.

5. Poder Legislativo

Durante la última década, se observa una evolución de regulaciones relacionadas con los derechos de género. La Ley general de derechos y deberes de los pacientes en relación con la atención en salud (N° 20.584) se promulgó el año 2012. Considera la seguridad de la atención y trato digno, acompañamiento, asistencia espiritual, información, autonomía y participación de los usuarios⁸⁶.

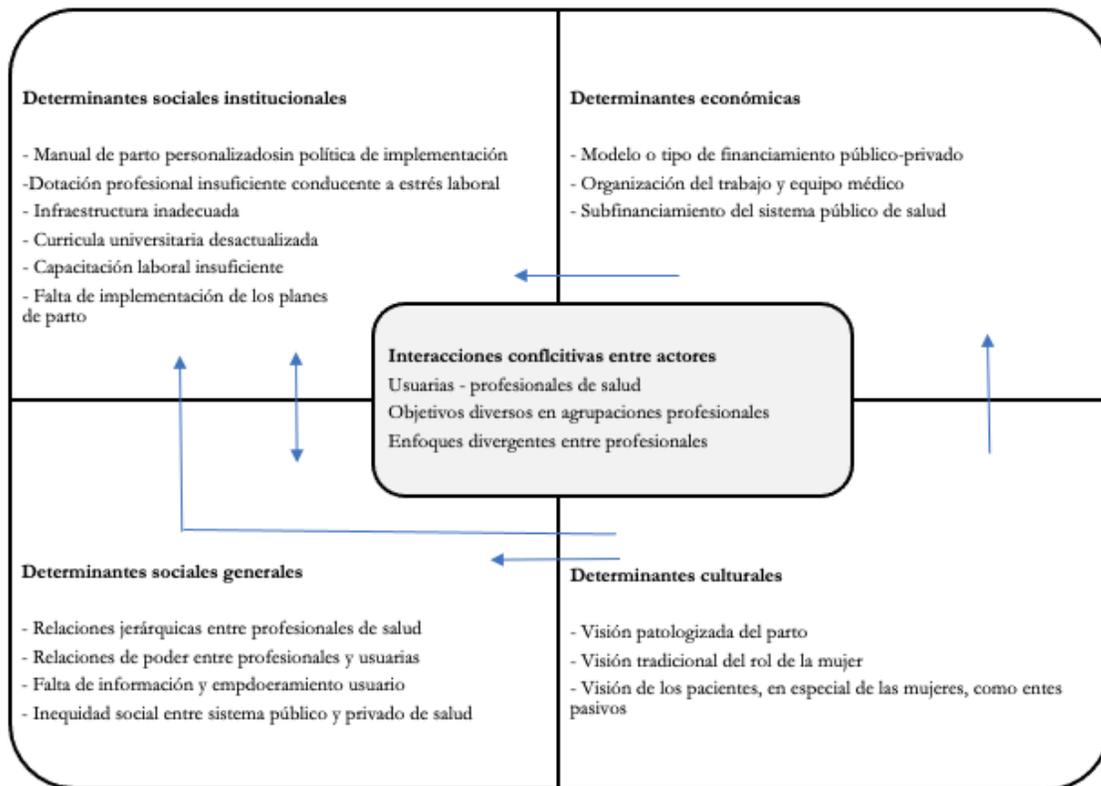
A partir del año 2015, se han presentado varias propuestas de ley para abordar la violencia obstétrica, los cuales no han tenido mayor avance. Un grupo de parlamentarios presentó una propuesta que define e identifica actos constitutivos de violencia obstétrica,

derechos de la mujer en el proceso de gestación y parto, y propone sanciones⁸⁹. Hacia fines del año 2017 se presentó una nueva iniciativa legal⁹⁰, en la cual participó la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento. Consiste en modificar la Ley General 20.584, tipificando el maltrato e incluyendo garantías a los derechos de la mujer durante la gestación, el parto y el post parto. A fines del año 2018, se desarrolló una iniciativa más integral, liderada por la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento, y que desarrolló grupos de trabajo incluyendo a diversos actores⁸¹. La propuesta busca asegurar los derechos de las mujeres, del recién nacido, la pareja y la familia en la gestación, pre parto, parto y post parto. Incluye la garantía de los derechos en salud ginecológica y sexual, y garantiza el acceso a las tres indicaciones legales de aborto en Chile. El texto provee antecedentes del contexto, define las acciones de salud recomendadas y no recomendadas, el maltrato y las sanciones. En abril de 2019, se introdujo una propuesta en la cámara de diputados que tampoco ha sido tramitada. Esta modifica el código penal, tipificando el crimen de maltrato a la mujer gestante cometido por profesionales de salud⁹¹. Tan solo el proyecto ingresado el año 2017 ha tenido algún avance legislativo⁸³, el cual estipula los deberes del Estado en la atención de salud, incluyendo la detección de violencia contra la mujer y desarrollo de mecanismos de respuesta en conjunto con los otros órganos del Estado.

6. Dimensiones interactuantes

La Figura 2 presenta las dimensiones interactuantes que se desprenden del análisis integrado de los estudios y otros documentos, que explican la interacción conflictiva de los actores involucrados en la atención del parto.

Figura 2. Interacción de dimensiones explicativas resultantes del análisis integrado de documentos provenientes de la comunidad científica y de otros actores.



Fuente: preparado por los autores a partir de los datos del estudio.

7. Áreas de consenso y conflicto

El análisis de los documentos revela los ámbitos en los cuales hay mayor probabilidad de lograr consensos, y aspectos que seguramente

darían lugar a discusión entre los actores, lo que se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Áreas de consenso y conflicto.

| Tópicos | Consenso en materias que han de ser abordadas e implementadas | Ámbitos con probabilidad de generar disenso y discusión |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metas de la atención del parto | Calidad de la atención del parto. Bienestar maternal, satisfacción usuaria. | Cambio de paradigma en el modelo de atención (desde tecnocrático a personalizado). |
| Políticas públicas de salud | Política pública para implementar las orientaciones de parto personalizado. Adaptación de la infraestructura y equipamiento hospitalario. Adecuación de recursos humanos y manejo de estrés laboral. Plan de parto desde el nivel primario de atención. | Cambio en la estructura público-privada de organización del trabajo médico, y reducción de inequidades en atención de salud. Medidas de desincentivo de la operación cesárea. Ley para asegurar la atención personalizada del parto y enfrentar la violencia obstétrica. |
| Exigencias académicas | Innovación en currículo académico de escuelas de medicina y obstetricia (matronería). Investigación en tipo de parto y modelos de atención. | Formación para el desarrollo de competencias de trabajo de equipo entre médicos obstetras y matronas, y desarrollo de una matronería más autónoma. Inclusión de la dimensión de género en la formación universitaria. |
| Cambio cultural | Información y educación de la mujer, la pareja y la familia en la materia. Cambio de actitud del equipo de salud hacia el buen trato de las madres durante el proceso de parto. | Inclusión de la dimensión de género en la atención del parto y en la relación del profesional de la salud con la mujer. |

Fuente: preparado por los autores a partir de los datos del estudio.

Discusión

El análisis de los estudios conducidos por la comunidad científica en Chile refleja que estos mantienen una perspectiva que se inscribe en las orientaciones internacionales para una atención del parto con calidad⁶. En efecto, los estudios revisados reflejan buenos resultados obstétricos y de satisfacción usuaria de una modalidad de atención bajo dichas orientaciones. Los estudios en general son observacionales, descriptivos de experiencias enmarcadas en una concepción humanizada de la atención del parto o de cambio hacia esta. Pocos trabajos desarrollan evaluaciones analíticas, de corte experimental. No se encontraron estudios evaluativos de prácticas tradicionales de parto o de posibles beneficios de la operación cesárea. Se visualiza la necesidad de seguir reportando diferentes experiencias en curso, y levantando evidencia evaluativa de acerca de las diversas prácticas clínicas a escala nacional.

La naturaleza interdisciplinaria de los estudios permite una comprensión más integral acerca de la dificultad de progresar en la implementación de una atención humanizada del parto y acerca de la persistencia de la violencia obstétrica en el país. La revisión de los documentos ministeriales trasluce un esfuerzo estatal para mejorar la calidad de la atención obstétrica. A pesar de ello, las orientaciones son técnicas, dejando la implementación a la disposición de las instituciones de salud. Considerando las diferencias de recursos físicos y humanos a lo largo de los distintos servicios de maternidad en el país, la homogeneización de la atención presenta un desafío institucional complejo.

El análisis de la percepción de los diferentes actores arroja divergencias entre los equipos de salud y las usuarias, entre profesionales sanitarios que suscriben a diferentes paradigmas de atención, y entre actores políticos de diversa tendencia ideológica. Se

observa un distanciamiento entre las organizaciones sociales, y las asociaciones profesionales y políticas estatales. Esta tendencia ha sido estudiada en un reciente análisis de los discursos de distintos actores acerca de la violencia obstétrica, la gestación la atención del parto, expresados en los medios de comunicación en cinco países latinoamericanos⁸.

La interacción de los factores identificados expone desacuerdos significativos entre los actores, siendo la principal la percepción de la violencia obstétrica y las leyes para sancionarla. Quienes las proponen, visualizan dicho problema como un asunto de violencia de género, fundado en relaciones de poder asimétricas y no como un tema médico⁴¹. La acusación de violencia obstétrica se expresa en el contexto del movimiento feminista, por lo cual la crítica va más allá que otras quejas sobre la calidad de la atención en otros ámbitos de salud. Lo anterior se agrava dada la trascendencia y la vulnerabilidad de la mujer durante este evento vital. La percepción de falta de avance en el tema conlleva a la visualización de la iniciativa legal como opción para proteger a las mujeres. Por el otro lado, para los profesionales de salud, la atención del parto es un acto médico, una especialidad como otra. La queja de violencia obstétrica les es ofensiva y vista como criminalización de su praxis profesional. El Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género no aborda la materia, lo cual reafirma la atención del parto como acto médico ante la sociedad. Por consiguiente, se visualiza la necesidad de un diálogo más íntimo entre estos actores para la comprensión mutua e integración de ambos puntos de vista.

Otras áreas de complejidad se dan en el nivel estructural de la sociedad. La naturaleza jerárquica de las relaciones entre el personal sanitario y los usuarios del sistema de salud, particularmente en el sistema público. En este contexto, los derechos y autonomía de los “pacientes” se encuentran debilitados. Su deber es el de recuperarse

y regresar a ejercer su rol en la sociedad⁴¹. A la vez, es relevante el factor económico con su esquema de financiamiento del sistema público de salud. Su modificación, además de requerir una mayor inyección de recursos estatales, podría afectar intereses privados.

A pesar de las dificultades señaladas, de los resultados de la revisión también emergen áreas de consenso y posibilidades de alianza entre actores. Estas se relacionan principalmente con el mejoramiento de la calidad de la atención del parto, la búsqueda de la satisfacción usuaria y la necesidad del sector público de generar condiciones para avanzar en la implementación efectiva del nuevo modelo propuesto. A partir de la discusión de proyectos de ley para sancionar la violencia obstétrica, la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología propone abordar el tema y desarrollar medidas correctivas⁸⁸. Y aun cuando el Colegio de Matronas y Matrones de Chile no se ha expresado autocriticamente frente al problema, sí ha relevado la atención personalizada del parto en su agenda pública⁸³.

Del análisis de contenido cualitativo de las determinantes del modelo actual de atención del parto, y de las áreas de consenso y disenso entre actores en torno al mismo, se puede deducir la necesidad de avanzar hacia una política y plan financiado de implementación del parto personalizado. Dicho plan debiera ser plurianual, con metas graduales, partiendo con los ámbitos de mayor viabilidad y consenso. No obstante, el plan a la vez tendría que considerar el análisis de los ámbitos de conflicto. Se requiere de una política multidimensional²⁶, por ende intersectorial (salud, educación, obras públicas, desarrollo social, mujer y equidad de género, juventud, ciencia), para cubrir las variadas determinantes y complejidad del tema. Es aconsejable que la política sea desarrollada y evaluada por los diversos actores involucrados, acorde a la declaración de la Organización Mundial de la Salud⁹³. Ello incluye a instituciones públicas y privadas, gremios profesionales y sociedades científicas, universidades en tanto instancia de formación e investigación, sociedad civil y parlamento, y, por sobre todo, a las madres y padres usuarios del sistema de salud.

Una limitación de la presente revisión ha sido la no inclusión de actores del sistema privado de salud ni el análisis de los medios de comunicación masiva. Aunque el presente trabajo se refiere a ellos en algunos de los textos revisados, un estudio sistemático acerca de ellos sería de interés. Una segunda limitante es la aproximación a la percepción de las mujeres, entendida como actor principal en el tema, a través de estudios cuantitativos y cualitativos acerca de la satisfacción usuaria, y a través de organizaciones de la sociedad civil que abogan por los derechos de la mujer, el parto humanizado y que denuncian la violencia obstétrica. Sin embargo, en aras de una visión más amplia de su percepción, sería pertinente la búsqueda en fuentes adicionales, tal como testimonios en las redes sociales u oficinas de reclamos y sugerencias de los hospitales. A la vez, es importante contar con una mayor número y cobertura de estudios de percepción usuaria en torno a la atención del parto.

A pesar de la heterogeneidad de los documentos incluidos en la revisión presente, su diversidad a la vez permite abordar una realidad más compleja y esbozar conclusiones más comprensivas.

Conclusiones

Dada la complejidad del fenómeno de la violencia obstétrica y de la atención del parto, su mejoramiento requiere un abordaje estratégico que considere las diversas dimensiones del problema y avance con la mayor participación posible de los diversos actores involucrados.

Del análisis de las determinantes del modelo actual de atención del parto, y del consenso y disenso de actores en torno a este, se desprende la necesidad de avanzar en una política y plan financiado, plurianual y participativo de parto personalizado. Aunque experiencias particulares sigan dándose, la ausencia un abordaje estratégico probablemente resulte en una brecha creciente de equidad en la atención de salud reproductiva, y en creciente conflicto social, especialmente en el contexto global de demandas insatisfechas en salud. Esta hipótesis parece sustentarse en el contexto y en eventos de conflicto social masivo recientes en Chile^{94,95}, que exhiben una insatisfacción social generalizada, donde la demanda por el mejoramiento de los servicios de salud y la demanda por la equidad y contra la violencia de género, emergen como aspectos relevantes e independientes.

De los resultados de este estudio secundario emergen los obstáculos para la aplicación de las orientaciones oficiales, que suceden en un contexto de demanda social por mayor calidad de atención del parto. La revisión incluyó una búsqueda en variadas fuentes de información (estudios y otros textos). Esta aproximación contribuye a una comprensión más amplia, e identifica aspectos a ser abordados por una política pública en el tema con el fin de avanzar en recomendaciones abarcadoras y viables, a la luz de los valores y preferencias de las usuarias y usuarios.

Notas

Roles de contribución

AS, FP: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, recursos, redacción (preparación de borrador inicial, revisión y edición), supervisión, administración de proyecto, adquisición de fondos. YM, VH, JS, MA, CP, LS, MC: metodología, análisis formal, investigación, recursos, redacción (preparación de borrador inicial, revisión y edición).

Conflictos de intereses

Los autores han completado la declaración de conflictos de interés de la ICMJE y declaran que no han recibido financiamiento para completar este informe, ni han sostenido relaciones financieras en los últimos tres años con organizaciones que puedan tener un interés en el artículo publicado; y no tienen otras relaciones o actividades que pudieran influenciar el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor corresponsal o al comité editorial de la revista.

Financiamiento

Este estudio fue apoyado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), Ministerio de Educación de Chile, Fondo Nacional de Investigación en Salud FONIS, proyecto SA15I20070 (Hoy Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación).

Consideraciones éticas

El estudio fue presentado al Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Valparaíso. Dado que la fuente de información de la revisión es secundaria y los documentos accesibles en sitios web públicos, el comité entregó su dispensa de aprobación ética del estudio.

Anexos

[Anexo 1.](#)

[Anexo 2.](#)

Referencias

1. The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964. (accessed 3 October 2019). [Internet] | [Link](#) |
2. Department of Health, Education, and Welfare. The Belmont Report. Estados Unidos de Norteamérica: Department of Health, Education, and Welfare. 1979. (accessed 3 October 2019). [Internet] | [Link](#) |

3. ACNUDH. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
4. ONU Mujeres. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Naciones Unidas. Naciones Unidas. 1995. (accessed 3 October 2019). | Link |
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. OMS. 2015. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. 2018. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
7. Midwives IC of. ICM Definitions. ICM. accessed 24 July 2020). [Internet] | Link |
8. Perdomo-Rubio A, Martínez-Silva PA, Lafaurie-Villamil MM, et al. Discourses on obstetric violence in the latin america newspaper: changes and continuities in the field of health care. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2019; 37: 125–135.
9. Vera C, Donoso E. Desaceleración en la reducción de la mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5° objetivo de desarrollo del milenio. 2019; 43: 13–20.
10. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* 2013; 29: 1151–1157. | CrossRef | PubMed |
11. Sadler M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Universidad de Chile. 2003. [Internet] | Link |
12. Menéndez EL. Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*. 1998; 17–22.
13. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología* 2014; 76: 167–197.
14. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.
15. Sandall J, Hatem M, Devane D, et al. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery* 2009; 25: 8–13. | CrossRef | PubMed |
16. Ministerio de Salud Chile. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago de Chile. 2008. [Internet] | Link |
17. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. 2013. (accessed 30 August 2019). [Internet] | Link |
18. Benitez G. Violencia obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina* 2008; 31: 5–6.
19. Gobierno de México. Senado aprueba sancionar violencia obstétrica. 2014. (accessed 30 August 2019). [Internet] | Link |
20. Williams CR, Jerez C, Klein K, et al. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2018; 125: 1208–1211. | CrossRef | PubMed |
21. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13: 141–146. | CrossRef | PubMed |
22. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169: 467. | CrossRef | PubMed |
23. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 1386–1400. | CrossRef | PubMed |
24. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, et al. Metodología de la investigación. 6 ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education, 2012.
25. Flick U. El diseño de investigación cualitativa. Madrid: Morata. 2015. (accessed 4 October 2019). [Internet] | Link |
26. Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016 May;24(47):47–55. | CrossRef | PubMed |
27. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine* 2015; 12: e1001847. | CrossRef | PubMed |
28. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter cambio sobre Centroamérica y el Caribe*; 11. 2014. (accessed 21 July 2020). [Internet] | Link |
29. Van Dijk TA. Estructuras y funciones del discurso. Siglo XXI. 2005. (accessed 4 October 2019). [Internet] | Link |
30. Cisterna I. Una experiencia en Villarrica. In: *Evolución de la Matronería en Chile Hitos y Desafíos*. Santiago de Chile, pp. 109–113.
31. Leiva G. Desarrollo del rol profesional en los procesos de humanización de la atención del parto. In: *Evolución de la Matronería en Chile Hitos y Desafíos*. Santiago de Chile, pp. 95–107.
32. Leiva Rojas G, Sadler M. Nacer en Chile del siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. Chile: Universidad del Desarrollo. 2016. [Internet] | Link |
33. Leighton Naranjo A, Monsalve Treskow D, Ibacache Burgos J. Nacer en Chiloé: articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. *Cuad méd-soc (Santiago de Chile)* 2008; 174–191.
34. Leiva Rojas G, Sadler M. Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. In: *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*, pp. 61–77.
35. Sadler M. Revisión del parto personalizado. Herramientas y experiencias en Chile. Santiago de Chile. 2009. (accessed 26 January 2018). [Internet] | Link |
36. Sadler M, Carimoney A. Cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. In: *Rastros y gestos de las emociones, desbordes disciplinarios*. 2018.
37. Sadler M, Leiva Rojas G, Bussenius P, et al. OVO Chile 2018, Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. June 2018. | CrossRef |
38. Sadler M, Leiva Rojas G, Perelló A, et al. Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile* 2018; 2: 22–29.
39. Soto L C, Teuber L H, Cabrera F C, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2006; 71: 98–103.
40. Uribe Torres C, Poupin Berttoni L, González Plaza R, et al. Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto: efecto sobre los resultados maternos perinatales. *Rev chil obstet ginecol* 2000; 65: 371–7.
41. Sadler M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. In: *Nacer, educar, sanar: miradas desde la antropología del género*. Santiago de Chile, 2004.
42. Cabrera J, Cruz B G, Cabrera F C, et al. Características del peso, edad gestacional y tipo de parto de recién nacidos en el sistema público y privado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2006; 71: 92–97.
43. Contreras Y, Olavarría S, Pérez M, et al. Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75: 24–30.
44. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*. 2013 Oct;29(10):1151–7. | CrossRef | PubMed |

45. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery* 2016; 35: 53–61. | CrossRef | PubMed |
46. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery* 2016; 40: 218–225. | CrossRef | PubMed |
47. Valdés C, Palavecino N, Pantoja L, et al. Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. *Matronas profesión* 2016; 17: 62–69.
48. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321: 1501–1505. | CrossRef | PubMed |
49. Aguayo F, Correa P, Cristi P. Encuesta IMAGES Chile resultados de la encuesta internacional de masculinidades y equidad de género. 2011.
50. Aguayo F, Correa P, Kimelman E. Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile. Santiago de Chile: Ministerio de Salud Chile, Chile Crece Contigo.
51. Latorre R, Carrillo T J, Yamamoto C M, et al. Gobierno del parto en el Hospital Padre Hurtado: Un modelo para contener la tasa de cesárea y prevenir la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2006; 71: 196–200.
52. Salinas PH, Carmona GS, Alborno VJ, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2004; 69: 8–13.
53. Bravo VP, Uribe TC, Contreras MA. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2008; 73: 179–184.
54. Murray SF, Elston MA. The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health & Illness* 2005; 27: 701–721. | CrossRef | PubMed |
55. Uribe C, Rivera MS, Contreras A, et al. Significado del bienestar materno en la experiencia de parto. 2006; 12.
56. Uribe T C, Contreras M A, Villarroel D L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2014; 79: 154–160.
57. Uribe T C, Contreras M A, Villarroel D L, et al. Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2008; 73: 4–10.
58. Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería* 2011; 20: 243–247.
59. Angeja A, Washington A, Vargas J, et al. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113: 1253–1258. | CrossRef | PubMed |
60. Bonilla H. Cesárea a pedido. In: *Evolución de la Matronería en Chile Hitos y Desafíos*. Santiago de Chile, pp. 115–121.
61. Sadler M, Rivera M. El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido Cultura y Ciencias Sociales* 2015; 6: 60–73.
62. Sadler Spencer M. Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*. 2016;3. | CrossRef |
63. Zamorano Varea P, Araya Espinoza A, Guerra Araya N (eds). *Vencer la cárcel del seno materno: nacimiento y vida en el Chile del siglo XVIII*. Santiago: Universidad de Chile, 2011.
64. Zarate MS. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la 'ciencia de hembra' a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. 2008. (accessed 14 November 2018). | CrossRef |
65. Ministerio de Salud Chile. Programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y neonatología. 2013. [Internet] | Link |
66. Ministerio de Salud Chile. Norma general técnica para la atención integral en el puerperio. Santiago: MINSAL. 2015. (accessed 16 October 2019). [Internet] | Link |
67. Ministerio de Salud Chile. Atención personalizada del nacimiento | Chile Crece Contigo. 2016. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
68. Ministerio de Salud Chile. Norma general técnica para la entrega de placenta 2017. 2017. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
69. Ministerio de Salud Chile. Guía clínica analgesia del parto. 2013. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
70. Ministerio de Salud Chile. Guía perinatal 2015. 1 ed. Santiago de Chile. 2015. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
71. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe anual 2016: situación de los derechos humanos en Chile. Chile: Instituto Nacional de Derechos Humanos. 2016. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
72. Calvin, María Eugenia, Matamala, María Isabel, Eguiguren, Pamela, et al. *Violencia Obstétrica*. In: *Informe Monográfico 2007-2012 . Violencia de género en Chile*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud, pp. 64–70.
73. Relacahupan Chile. Relacahupan Chile. (accessed 17 October 2019). [internet] | Link |
74. Vera López G. Relacahupan- 10 años de trabajo, desafíos y logros. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2010; 4: 233–236.
75. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. OVO Chile. 2015. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
76. Infante G, Leiva G. Violencia obstétrica. In: *Primer informe salud sexual salud reproductiva y derechos humanos En Chile. Estado de la situación* 2016. Miles Chile, pp. 139–145.
77. Coordinadora por los Derechos del Nacimiento - Chile. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
78. Campos P. Colegio de Matronas: “La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado” «Diario y Radio U Chile. 2014. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
79. Grupo Matrones y Matronas. Matrones y matronas critican a su colegio por no llamar a debatir sobre violencia obstétrica. 2017. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
80. Román A. Carta al director del mercurio.
81. Mix C. Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. 2018. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
82. González S. Seminario avances en cuidados maternos respetuosos. 2019. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
83. Colegio de Matronas y Matrones de Chile P. *Parto Personalizado en La Serena: Una Historia Maravillosa*. 2019. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
84. Cabrera Ditzel J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2003; 68: 65–67.
85. Suárez P E, Oyarzún E E. Atención del parto y reforma de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2007; 72: 137–138.
86. Ministerio de Salud Chile. Aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud. DTO-38 26-DIC-2012. 2012. (accessed 17 October 2019). [Internet] | Link |
87. SOCHOG. Reunión Clínica Sohog - mayo 2015. Santiago de Chile. 2015. (accessed 16 October 2019). [Internet] | Link |
88. Uribe T C. Como avanzar en consenso hacia las modalidades de parto y nacimiento integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2018; 83: 551–552.
89. Carvajal Ambiado L, Hernando Perez M. Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica. 2015. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
90. Álvarez S, Cicardini D, Fuenzalida G, et al. Modifica 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, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto. 2017. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |

91. Modifica el Código Penal, para tipificar el delito de maltrato respecto de la mujer embarazada, cometido por los profesionales de la salud que indica. (accessed 27 July 2020). [Internet] | Link |
92. Bachelet M. Proyecto de ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2017. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
93. WHO. Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. WHO. (accessed 21 July 2020). [Internet] | Link |
94. Bachelet VC. El estallido social de Chile y la cancelación del 26 Coloquio de la Colaboración Cochrane. Medwave. 2019 Oct 23;19(9):e7707. | CrossRef | PubMed |
95. Elm E von, Madrid E, Urrútia G. Chile: civil unrest and Cochrane Colloquium cancelled. Lancet. 2019 Nov 9;394(10210):e35. | CrossRef | PubMed |
96. Uribe TC, Contreras MA, Hoga L. Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2018; 83: 22–26.
97. Uribe TC, Contreras MA, Bravo VP, et al. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2018; 83: 266–276.
98. Villalón UH, Toro GR, Riesco CI, et al. Participación paterna en la experiencia del parto. Revista chilena de pediatría 2014; 85: 554–560.
99. Parimos Chile. Ley contra la violencia ginecobstétrica: una necesidad urgente. Facebook. (accessed 16 October 2019). [Internet] | Link |
100. Miles Chile. Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile. 2016. (accessed 23 September 2019). [Internet] | Link |
101. Diario y Radio Universidad de Chile. Colegio de Matronas: Estamos en contra de todo tipo de violencia contra la mujer. 2019. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |
102. Oyarzun Ebensperger E. Operación cesárea. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2019; 84: 167–168.
103. Poblete A, Marques X, Staig P, et al. Estado de violencia obstétrica durante atención del trabajo de parto y parto. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 2015. (accessed 3 October 2019). [Internet] | Link |

Correspondencia a

Angamos 655, Edificio R2, Oficina 1107,
Reñaca, Viña del Mar, Chile



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.