



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

**ANÁLISIS DE LA INICIATIVA DE LEY QUE SANCIONA LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA EN CHILE (MOCIÓN 12148-11): UNA VISIÓN
LATINOAMERICANA DE ARGENTINA, VENEZUELA Y MÉXICO.**

Alumnos:

Sebastián Castillo Beiza

Nicolás Reyes Pardo

Profesora Guía:

Paz Barrientos Romero

Trabajo de grado para optar al grado de licenciado en gobierno y gestión pública y
título de administrador público

Santiago, 2019

Agradecimientos

En esta etapa de mi vida quiero agradecer el despertar social vivido en Chile el día 18 de octubre 2019, gracias infinita a esa primera línea incansable que resiste la represión más cruda vivida en democracia, aquí no puedo dejar de pensar en Gustavo Gatica compañero de la Universidad que fue víctima de violaciones a los derechos humanos al sufrir la pérdida de sus ojos.

También quiero agradecer a mi familia Padres y hermanos quienes siempre me apoyan y están presente en mis procesos personales.

Finalmente agradecer a los y las que luchan por hacer de Chile un país más justo.

Sebastián Castillo B.

Personalmente, quiero agradecer a todas las personas que me han acompañado y apoyado en todo este proceso. Compañeros, profesores, amigos y familia.

Agradecer a mis compañeros, amigos y hermanos, Joaquín Sáez y Jocelyn Pastén, quienes me han acompañado, y que juntos hemos recorrido este camino, no sólo en esta carrera de Administración Pública, sino que desde el año 2008, donde comenzamos la carrera de Ciencia Política en la Universidad Alberto Hurta, y que 12 años después estamos acá cerrando un segundo ciclo juntos.

Agradecer a los profesores y docentes que han estado con nosotros, y en especial a la profesora Paz Barrientos, que gracias a sus consejos y guía pudimos, junto a mi compañero, sacar este proyecto adelante.

Agradecer a mi familia, en especial a mis padres quienes me han apoyado y acompañado en todo este proceso y que sin ellos no podría haber sido posible.

Y por último, agradecer a toda la gente y personas que están luchando y peleando en las calles desde este 18 de Octubre del 2019, por tener un país mucho mejor, más justo, digno y equitativo para todos.

Nicolás Reyes P.

Tabla de contenido

RESUMEN	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Antecedentes generales.....	5
1.2 Delimitación del problema	8
1.3 Pregunta de investigación	13
1.4 Objetivo general	14
1.5 Objetivos específicos.....	14
1.6 Justificación de la Investigación.	14
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.1 Iniciativa de Ley en Chile (Moción 12148-11).....	20
2.2 Argentina:	31
2.3 Venezuela:	35
2.4 México:.....	37
2.5 Resultados de las leyes en Venezuela, Argentina y México.....	38
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO.....	41
3.1 Análisis comparativo de los Países en Estudio.....	43
Conclusiones con respecto a los países analizados	46
Biografía.....	47

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito analizar la moción N° **12148-11** presentada por la Diputada Claudia Mix en octubre 2018, iniciativa que sanciona la violencia obstétrica hacia las Mujeres, tanto en el sector público como privado. Para lo cual, fue necesario conocer la legislación actual en materia de violencia obstétrica y parto seguro en países como Argentina, Venezuela y México, estados propulsores en Latinoamérica que sancionan cualquier tipo de violencia ejercida contra la mujer durante, así se compararon las distintas Leyes sobre violencia obstétrica y parto respetado, Identificando los factores que limitan y/o contribuyen a implementar la Ley parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile, esto con fin de que nuestro país brinde las condiciones óptimas en las primeras horas de vida del recién nacido y brindar dignidad y respeto a la mujer durante el proceso de dar a luz, recibiendo los cuidados necesarios durante el proceso de pre y post parto.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes generales

Luego de la multitudinarias marchas congregadas por miles de mujeres el 08 de marzo 2019 en Chile y alrededor del mundo para conmemorar un año más la lucha de la mujer por su participación, en pie de igualdad con el hombre, en la sociedad y en su desarrollo íntegro como persona, lo que propicio un despertar tanto como sociedad y como hombres, pasando de ser actores pasivos, a lograr distinguir los distintos tipos de violencia que han sufrido a lo largo de la historia, nuestras madres, abuelas, hermanas y compañeras, permitiéndonos comprender que cada una de las demandas feminista tienen un sentido profundo.

No sólo se trata de buscar la igualdad de género o la paridad de condiciones mínimas para vivir en sociedad, sino que vienen acompañada de otras demandas legítimas como lo son: la violencia política, sexual y económica, siendo estos tres puntos la columna vertebral de las demandas del movimiento, por eso apuntamos a un tema que no fuera menos importante como lo es la violencia obstétrica, acción de violencia poco visible, en ocasiones pasando desapercibida por la sociedad, por esta razón apuntamos a este tipo de violencia ejercido hacia la mujer, con el fin de investigar y entender como otros países de Latinoamérica han avanzado y logrado erradicar la fuerza desmedida en el proceso del parto.

Para poder entrar de lleno a la investigación primero se debe comprender que se entiende por violencia.

Podemos mencionar que la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra sí mismo u otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (OMS, 2019)

Por lo que, podemos definir la violencia contra la mujer, como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (OMS, 2019)

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido. Es también sabido que la violación y la tortura sexual son usadas sistemáticamente como armas de guerra. La violencia anula la autonomía de la mujer y mina su potencial como persona y miembro de la sociedad, primero identificaremos los distintos tipos de violencias:

Es por eso que la falta de regulación por parte del Estado de Chile, tanto en los servicios de salud Públicos como en instituciones privadas, demuestra falencias profundas en el sistema de salud, principalmente la falta de procedimientos y reglamentación afectan la prestación médica entregada a la mujer y en ocasiones provoca daños irreparables en la madre o el neonato.

La violencia obstétrica es una discusión que se ha dado históricamente en el mundo, pero en las últimas décadas ha tomado una mayor relevancia en Latinoamérica, ya que países como Venezuela, Argentina y México en los últimos 15 años se han tomado con seriedad el tema de legislar en torno a la necesidad de formular procedimientos que brinden garantía durante el parto, surge así la denominación del Parto Naturalizado o respetado. Sin embargo, en Chile no se ha tomado con la seriedad que corresponde, si bien han existido diversas propuestas para evitar este tipo de violencia hacia la mujer desde el año 2015.

El año 2015 diversas organizaciones enfocadas en la protección de la mujer y con el fin de establecer derechos durante el proceso de gestación, apuntaban a brindar una atención de calidad, durante y después del parto, modificando el código penal para sancionar la violencia obstétrica, a pesar de estos esfuerzos a la fecha esta

iniciativa de ley para legislar sobre el tema siguen sin avances en la cámara de diputados, quedando un profundo vacío legal sobre este tema.

Para analizar el problema hay que mencionar sus causas, como por ejemplo, una de ellas es la falta de regularización y de protocolos oficiales por parte del Ministerio de Salud Público en Chile o siendo acciones pocos eficientes.

La investigación realizada tiene por fin abarcar una problemática que tanto como país y sociedad no se hemos discutido ni resuelto con seriedad que amerita, pero gracias a las diversas convergencias feministas, se han podido incluir en la agenda social de nuestro país, siendo está una necesidad urgente de atender, tanto como el derecho y la de libertad de la mujer de autodeterminación sobre su cuerpo como el aseguramiento a un trato justo y digno en el procedimiento de dar a luz, resulta de un gran interés investigar sobre la Violencia Obstétrica y como el Estado de Chile se hace cargo para resolver esta situación o cuáles son las medidas que ejerce para mitigar, poniendo especial énfasis en no vulnerar los derechos de las mujeres durante el trabajo de parto, creemos que la violencia obstétrica no es tomado en cuenta con tanta fuerza como las otras demandas feministas.

Para poder dimensionar esta problemática es necesario analizar los protocolos o jurisdicciones que se tienen en los recintos hospitalarios y clínicos en Chile. Además de hacer un análisis comparado de la legislación en materia de violencia obstétrica en el mundo bajándola a tres países latinoamericanos como lo son: Argentina, Venezuela y México.

Se recopiló información por medios de los respectivos sitios web, además de entrevistas de casos de los diversos actores involucrados tanto mujeres como profesionales del ámbito de la Salud. También análisis de casos de pacientes que sufrieron la brutalidad en recintos médicos para así llegar a las conclusiones adecuadas en nuestro trabajo.

Por último, analizaremos proyecto de ley “Parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica”, presentado en el congreso en octubre del 2018 y que tiene

periodo legislativo hasta el 2022. Esta moción de Ley no ha sido prioridad para ser discutido en la cámara de diputados, acción que lamentamos de sobre manera, ya que sería de vital importancia que este proyecto de ley llegue algún día a concretarse, dado que aborda y considera y regula varios puntos que hoy por hoy no regala ninguna ley en Chile sobre la violencia obstétrica.

Con este trabajo se busca obtener resultados correspondientes a una investigación de análisis comparativo, donde analizaremos la normativa vigente de Argentina, Venezuela y México, reconociendo los actores e instituciones encargados de detectar y enfrentar la violencia obstétrica.

Por último, al comparar las diferentes realidades, tanto de los hospitales públicos como de las clínicas privadas, considerando el trato del personal médico y los protocolos de cuidados entregado a las pacientes, dé este modo poder conocer el trato hospitalario en Chile, pudiendo comprender la realidad de países que si tienen una legislación concreta sobre la violencia obstétrica, versus la legislación actual de Chile.

1.2 Delimitación del problema

Dentro de los años recientemente vividos como los son el pasado 2018 y este 2019, marcados por fuertes movimientos sociales y feminista, ha destacado la necesidad y un enfoque en contra de la violencia de género, debido a los constantes casos de acoso y maltrato hacia las mujeres en diferentes grados, destacando así, 42 femicidios consumados el año 2018, y 43 en lo que va de este año, 09 de diciembre del 2019, según cifras oficiales. (SERNAMEG, 2019). Y 59 femicidios en el 2018, y 60 en lo que va del 2019 según datos de la red chilena contra la violencia hacia las mujeres. (Red Chilena contra la violencia hacia las mujeres, 2019)

Según algunas definiciones para poder definir la violencia de género, podemos decir que según el Gobierno de Chile dice que es “Todo acto que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico a una persona por razón de su género” (Dirección del Trabajo, 2019). Pero si nos

quedamos con esta definición, se incluye a toda la esfera que entra el género, como gais, lesbianas, etc. Así que, si lo acotamos un poco más este universo podemos hablar igualmente de violencia contra la mujer, donde la ONU lo define como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (ONU, 2019)

Ya basándonos en las definiciones anteriores, podemos decir que si bien, la violencia de género que es más visible o más notoria, por decirlo de alguna manera, es la violencia física, la cual que puede llegar hasta la muerte. Igualmente existen muchos otros tipos y formas de violencia de género que varias veces no son tan visibilizados, como por ejemplo:

- La violencia psicológica: la cual es una forma de violencia sin violencia física, pero daña de forma emocional, disminuye la autoestima y perjudica el pleno desarrollo personal.
- La violencia sexual, la cual consiste en cuando alguien, fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento. (National Sexual Violence Resource Center, 2012)
- La violencia económica y patrimonial es cuando a la mujer se le niega el dinero necesario para satisfacer las necesidades básicas de supervivencia de ella o de su familia, o también se produce un control hacia la mujer a través de los recursos económicos.
- La violencia simbólica, la cual es aquella violencia que tiene que ver con todo tipo de violencia formada por aspectos culturales y de la esfera simbólica, ya sea a través de la religión, ideología, arte, lenguaje, ciencias, etc. Siendo este tipo de violencia la que se usa como justificación, para poder ejercer los otros tipos de violencias ya más directas como la física o psicológica. (Velasco, 2007)

- La violencia obstétrica, es todo tipo de abuso físico, sexual y verbal, la cual conlleva también la intimidación, la coacción, la humillación y agresión, que es ejercida por el personal de salud (médicos, enfermeras y profesionales de la salud en general), durante el trabajo de parto y al momento de dar a la luz, y durante el post parto de la mujer.

Históricamente, la obstetricia ha quedado en mano de las mujeres, por lo mismo se les ha acusado a ellas de ser las responsables del escaso avance en la obstetricia. Esto debido a que por siglos, las mujeres eran las exclusivas encargadas de la asistencia al parto. Por ejemplo, si bien para algunos autores como Usandizaga, las matronas “durante la Edad Media la Obstetricia estaba exclusivamente en manos de mujeres incultas, sin formación alguna, cuyos conocimientos eran adquiridos por transmitírselos unas a otras o simplemente por la observación directa” (Usandizaga, 1944).

Para otros autores, hasta antes de esa época, las mujeres eran consideradas como parte fundamentales de la sociedad, debido a que eran las grandes sabias, curanderas, parteras comadronas. Y esto las hacía tener un gran poder sobre la natalidad.

Después, en la Edad Media, debido a las guerras y pestes el concepto de natalidad se hizo de vital importancia, y por ende la mortalidad asociada al parto, se hizo vital, centrando las miradas hacia las parteras. Por esto mismo la iglesia, se mete para poder vigilar y controlar los nacimientos bajo estándares mínimos morales para el desempeño.

“Ya en los siglos XVII-XVIII, como resultado de las ideas mercantilistas y las políticas demográficas, se produjo un cambio absoluto, de modo que el Arte de Partear se asentó definitivamente en la esfera especial y simbólica de lo público, pasando a ser de una cosa de mujeres a ser una cosa de Estado” (Gómez, 1995). Dicha convención hizo que hubiese una regulación mucho más activa, con mayores niveles de elaboración teórica y de mayor prestigio, lo que conlleva a la entrada masiva de varones/cirujanos a la actividad, los cuales dirigieron la

formación e ingreso a nuevos miembros de acuerdo con una política sexual, teniendo así a hombres con mayor capacidad profesional, que mujeres. Cabe destacar igualmente, que en esos años, era impensado que las mujeres tuviesen acceso a cualquier tipo de formación superior, y mucho menos universitaria.

Ya en el siglo XVIII, con la normalización de que los hombres atendieran partos, se veían casos de violencia obstétrica graves, como por ejemplo, el uso de algunas sustancias farmacológicas como el cornezuelo de centeno, para poder acelerar los trabajos de parto, y así disminuir los tiempos que se tenían que dedicar a cada parto, y no esperar las largas horas que significaban los trabajos de parto. Este uso de cornezuelo, hacía que las mujeres sufrieran un aumento del dolor en las contracciones.

Esta práctica duró casi un siglo, hasta que dejase de hacerse, después de un aumento de bebés muertos y las roturas uterinas que sufrían muchas madres.

Además de las sustancias médicas, también el uso de instrumentos obstétricos, poco sutiles como por ejemplo el fórceps.

Ya en el siglo XIX y XX, después de la Revolución industrial, las prácticas sanitarias y sociales sufrieron ciertas modificaciones, donde uno de los cambios más significativos fue el uso de la postura de decúbito, además de que el parto dejase de ser en casas y fuese sustituido por el parto en hospital. Esto significase que los médicos pudiesen tener un control más exhaustivo sobre los casos más complejos.

Dentro de los hospitales, las mujeres perdían todo tipo de autonomías e identidad, donde “a excepción del doctor, nadie podía conocer su nombre o afiliación e incluso las visitas estaban prohibidas. Los bebés eran trasladados a las incubadoras, donde tenían unas posibilidades altísimas de morir.” (Gobernadora & Boladeras, 2018) Y sumado a esto, la intervención hospitalaria llegó a tal punto, que no solo los partos con riesgos son tratados como patologías, sino que los partos

saludables igualmente son tratados como si fuesen patologías necesarias de alguna intervención médica.

Actualmente, según una encuesta realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) en el año 2018 en todo el territorio chileno a mujeres que tuvieron experiencias de parto entre los años 1970 hasta el año 2017, las cuales indican que 1 de cada cuatro mujeres atendidas en el sector público, señalaron que sufrieron violencia física, y por otro lado, el 43,4% de las encuestadas, que fueron atendidas en el sector público entre los años 2013 y 2017, indicaron que fueron criticadas o reprimidas por expresar dolor o emociones al momento del parto, mientras que las mujeres atendidas en clínicas privadas que dijeron haber sufrido de esas críticas o represión durante el mismo periodo de tiempo, fue del 16,6% (OVO, 2018).

Si a lo anterior le sumamos que según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde dice que las mujeres deben estar siempre junto con un acompañante cercano a ella en el momento del parto. Además, de que los bebés recién nacidos deben mantener contacto con su madre durante la primera hora del nacimiento, con el objetivo de prevenir la hipotermia y potenciar la lactancia (Organización Mundial de la Salud, 2018). Pero muy por el contrario, estas recomendaciones no son llevadas a cabo en su gran mayoría, ya que, menos del 20% de las mujeres que han pasado por esta experiencia, han tenido un contacto de 30 minutos o más con sus hijos después de nacidos. Y por otro lado, el 60% de las mujeres en el sistema público y alrededor del 20% en el privado, no tuvieron ningún acompañante durante el parto. (OVO, 2018)

Así mismo, sumado a casos que se han dado en cuanto a violencia obstétrica y que además involucra otro problema que es muy severo en Chile, como es el problema migratorio. Como por ejemplo, en Enero del 2019 se dio a conocer el caso de tres mujeres venezolanas que presentaron querellas, por graves negligencias cometidas por el personal médico en el proceso de partos vividos en el hospital San Borja Arriarán, donde de los tres casos, dos bebés terminaron con

severas secuelas psicomotoras, y el tercero falleció producto de complicaciones producidas por la demora de sus partos, además estas mujeres acusaron haber sido violentadas y discriminadas por ser migrantes. (Muñoz, 2019). Y así, evidenciando el grave problema, que tienen que sufrir las mujeres, no solo por el hecho de ser mujeres, sino que también algunas tienen que sumarle el “problema” de ser extranjeras en un país como Chile.

Por último, dentro de toda esta problemática existente en cuanto a la violencia de género presente, no solo en Chile, sino que en todo el mundo. Cabe señalar que la conciencia respecto a la violencia obstétrica en algunos países, comienza a aparecer hace más o menos 20 años, donde se comienzan a crear leyes, como por ejemplo, el derecho de las mujeres a tener un acompañante en el parto y alumbramiento, pero solo eran leyes pequeñas en cuanto a situaciones acotadas. Lo que ocasionaba un gran vacío legal en cuanto a la violencia obstétrica.

Dentro de la región Latinoamericana, podemos decir que recién en el año 2007 comenzó a haber un pequeño cambio, ya que Venezuela, fue el primer país en el mundo en reconocer la violencia Obstétrica y crear una ley orgánica específica como tal. Después les siguieron Argentina y México, en los años 2009 y 2014 respectivamente.

Lamentablemente en Chile todavía no existe una legislación al respecto, teniendo solamente como ápice proyectos de ley en contra de la violencia obstétrica, primero el año 2015, posteriormente 2017 y 2018, sin embargo, hasta el día de hoy no se han concretado, generando un vacío legal importante en esta materia en nuestro país.

1.3 Pregunta de investigación

Tomando en consideración los antecedentes aportados en los párrafos anteriores, este trabajo se plantea como interrogante principal, la siguiente:

¿Qué acciones son favorables o dificultan una adecuada implementación de la Iniciativa de Ley parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile?

1.4 Objetivo general

Comprender qué acciones ayudan o dificultan una adecuada implementación del proyecto de la moción parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile comparando las Leyes impulsadas en Argentina, Venezuela y México.

1.5 Objetivos específicos

- 1 Conocer la experiencia de la legislación actual en materia de violencia obstétrica y parto seguro en países como Argentina, Venezuela y México.
- 2 Comparar los procesos de implementación de las distintas Leyes en contra de la violencia obstétrica y parto seguro en Argentina, Venezuela y México.
- 3 Identificar los factores que limitan y/o contribuyen a la implementación de la Ley parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile.
- 4 Revisar que elementos debemos considerar para que la iniciativa de Ley parto respetado y fin a la violencia obstétrica funcione y sea ejecutada en Chile.

1.6 Justificación de la Investigación.

Desde el año 2015 se ingresaron al Congreso tres proyectos contra la violencia obstétrica de estas iniciativas ninguno ha avanzado. Ni siquiera se ha aprobado su idea de legislar, pese a que la situación se repite a diario en las urgencias de maternidad, las denuncias se concentran en el sector público, sin embargo, las clínicas privadas no son la excepción. Ya que también se han registrado denuncias en este tipo de recintos, en donde el trato y las malas

Es frecuente que distintos servicios médicos tanto públicos como privados se les diga a la mujer “No seas tan alharaca”, “¿no te gustó abrirte de piernas?”, “si no duele tanto”. Se trata de una violencia hacia las mujeres que está naturalizada en las maternidades de los servicios de salud, pero que, a nivel legislativo, no ha tenido mayor relevancia. Eso lo demuestra el nulo avance que han tenido las tres

iniciativas que se han presentado, de las cuales ni siquiera se ha aprobado su idea de legislar. El Ejecutivo ha optado por darle urgencia a otros temas, por lo que, legislar sobre esta materia sigue siendo un tema pendiente. Luego de una serie de proyectos fallidos, el tema se retomó el año ante pasado con una iniciativa impulsada desde el Frente Amplio por la diputada Claudia Mix quien presentó la iniciativa, en octubre de 2018, luego de que generara una mesa de trabajo, compuestas por diversas organizaciones dedicadas al tema como lo son ParirNos, Coordinadora por los Derechos del Nacimiento, MILES y otros especialistas que elaboraron este proyecto.

Surge de la necesidad de crear una Ley que brinde seguridad y calidad en la atención medica que prevenga la violencia obstétrica en todo ámbito, ya que este tipo de violencia ha sido poco visible durante años, y día a día las mujeres sufren de este tipo de violencia, afectando principalmente a mujeres jóvenes, de baja escolaridad y de escasos recursos, esto según (OVO, 2019).

Dentro de Latinoamérica los únicos países que tienen una legislatura como tal, sobre el problema de la violencia obstétrica, son los casos de Venezuela, quienes fueron los primeros, Argentina y México. Siendo estos casos los únicos, ya que si bien en otros países está penalizada la violencia obstétrica como tal, no lo está como en una legislatura específica, sino que está intrínseca en distintos artículos en diferentes tipos de leyes, como es el caso de España. Pero, por otro lado, los casos de Venezuela, Argentina y México, son realmente relevantes, ya que, están insertos en la realidad Latinoamericana, y por ende tienen mayor cercanía con el caso chileno.

Finalmente la investigación apunta a la importancia que representa para los avances en temas de género y mujer, la no violencia a la mujer en todos sus términos, principalmente apuntando nuestro análisis de estudio sobre la violencia obstétrica, ya que este tipo de violencia es el menos reconocido en la sociedad Chilena (OVO, 2016), consideramos fundamental que en Chile se lleven a cabo políticas públicas y/o protocolos que apunten a sancionar todo tipo de violencia que sufre la mujer durante el parto, parto y postparto, con el fin de disminuir

las brechas y desigualdades en materia de género, por lo anterior es que nos parece relevante analizar la Iniciativa de Ley Parto Respetado y fin a la Violencia Obstétrica en Chile realizando un análisis comparativo con las leyes de Argentina, Venezuela y México con fin de reconocer las complejidades que tuvieron que vivir estos países para que se pudieran llevar implementar las respectivas normas.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.

Para referirse a las leyes contra la violencia obstétrica de Venezuela, México y Argentina, y sobre todo sobre el proyecto de ley impulsado en Chile Primero tenemos que hablar del contexto político y organizacional de Chile y América Latina, donde se enmarcan bajo un sistema político presidencialista, ya que, después de las dictaduras militares de los años setentas y ochentas, los países latinoamericanos se han caracterizado por centrarse en este sistema político. Pero para hablar del presidencialismo, primero hay que definirlo.

Para los politólogos Scott Mainwaring y Matthew S. Shugart, el presidencialismo es el régimen en el cual el presidente es siempre el titular del poder ejecutivo y es elegido mediante el voto popular o, como ocurre en Estados Unidos, a través de un colegio electoral sin mayor autonomía esencial con respecto a las preferencias populares. Además, los periodos de gestión para el presidente y la asamblea son fijos. (Mainwaring & Shugart, 2002).

Por otro lado el sociólogo y politólogo, Juan José Linz, dice que el Presidencialismo es el sistema donde un ejecutivo con considerables poderes institucionales -que generalmente incluyen el total control en la composición del gabinete y la administración- es elegido directamente por el pueblo por un período determinado y poder ejecutivo, sino que también la cabeza simbólica del Estado y, en el lapso entre dos elecciones regulares, únicamente puede ser removido por el drástico recurso del impeachment¹. (Linz, 2013)

Para el investigador y cientista político Giovanni Sartori, un sistema sea presidencialista debe cumplir con tres criterios esenciales:

El primero de los criterios, es que debe haber elecciones de voto popular y directo o casi directo del Jefe de Estado por un plazo determinado (que puede variar entre cuatro a ocho años). Pero, aun así, este criterio es una condición definitoria necesaria, pero de ninguna manera es suficiente.

El segundo criterio definitorio es que en los sistemas presidenciales el gobierno, o el Ejecutivo, no son designados y no pueden ser destituidos mediante el voto Parlamentario. Los gobiernos son una prerrogativa presidencial: Es el presidente quien a su criterio nombra o sustituye a los miembros del gabinete. Pero, aun así, con este criterio es suficiente.

Y el tercer criterio es que, en un sistema presidencial, no hay espacio para una “autoridad dual” que se interponga entre él y su gabinete, o sea, en resumen, el presidente dirige al Ejecutivo. (Sartori, 2005)

Con esta última definición de Sartori sobre presidencialismo nos quedaremos para nuestra investigación, pero para enmarcarla más a nuestros objetivos tenemos que ver otros puntos, donde autores como J. Linz, critica al presidencialismo, ya que, dice que el presidencialismo es un régimen muy rígido, donde el salir de las crisis políticas es muy complicadas por su falta de flexibilidad, la cual si tienen los regímenes parlamentarios.

Por otro lado, Sartori, si bien está de acuerdo con Linz en el punto anteriormente señalado, además dice que en Latinoamérica el problema que existe es que tienen un sistema de partidos equivocados para un régimen presidencialista, ya que, si bien pareciese que los presidentes tienen mucho poder dentro del régimen, no es tal así, ya que muchas veces presentan muchos problemas para poder llevar a cabo sus programas de campaña. Ya que han tenido todo el poder para poder iniciar las acciones políticas, pero les ha sido muy difícil obtener el apoyo para ejecutarlas.

Y si bien, como solución aparentemente, a esto último ha sido darle más poder al presidente (incluso teniendo más poder que en el caso del presidencialismo estadounidense), donde tienen incluso el poder a veto sobre las leyes que da el

Congreso, se permite gobernar en gran medida por decretos, y a menudo se le otorgan amplios poderes de emergencia. Pero aun así, lo que prevalece es “cortar las alas” de la presidencia, porque se considera, que las pasadas tomas dictatoriales del gobierno son resultado de su poderío. (Sartori, 2005)

Tomando en cuenta, el sistema presidencialista anteriormente mencionado que impera en Latinoamérica, hay que tomar en cuenta el cómo se conforman las iniciativas de ley en cada uno de los países, bajo estas condiciones. Por lo mismo, tomando en cuenta los casos de países que hemos seleccionados para analizar, tenemos que ver cómo son sus respectivas formas de iniciativas de ley en cada uno.

En este sentido, primero que todo, tenemos que tener en cuenta que “El derecho de iniciativa es una prerrogativa de la que gozan algunos funcionarios y organismos para presentar ante el Parlamento proyectos o proposiciones de ley, con la característica de que deben ser obligatoriamente tomados en cuenta.” (Montero, 2004)

Es un hecho generalizado en los países democráticos que tanto el Poder Ejecutivo, como el Legislativo sean los que puedan presentar proyectos ante los órganos legislativos correspondientes de cada Estado, y así poder ser sometidos a discusión y votación, para así tener una posible aprobación como leyes.

Eso sí, es común en las democracias modernas que el que haga en primer lugar el procedimiento legislativo de impulsar una ley o enviar un proyecto al congreso, es el Ejecutivo.

En la mayoría de los países de Latinoamérica, el derecho de iniciativa de Ley es compartido por distintas instituciones aparte del Gobierno y el Congreso. Decimos la mayoría por que los casos de Chile y México, esa facultad de presentar proyectos de leyes o moción de ley, sólo las tienen el poder Ejecutivo y el Legislativo. Pero esta Argentina que aparte del Gobierno y el Congreso, están la iniciativa popular, la cual es “el derecho constitucional de un grupo de ciudadanos a presentar proyectos ante el Congreso” (Montero, 2004). Este derecho

ciudadano, está plasmado a nivel constitucional de los países, y para que sea válida, tiene que tener un número determinado como mínimo de adhesiones de ciudadanos con derecho y voto, el cual va variando según cada país. Y está Venezuela, que además de los tres organismos anteriormente mencionados tienen la Corte Suprema, el Tribunal Electoral, y Organismos locales, con estas facultades.

Así, podemos ver en el cuadro a continuación los organismos que tienen poder de iniciativa de ley, según por país.

Tabla 1.

ACTORES CON INICIATIVA LEGISLATIVA

	PE	PL	IP	CS	TE	TS	CC	CSJ	CE	PGN	CG	FGN	DP	OL
<i>Argentina</i>	✓	✓	✓											
<i>Bolivia</i>	✓	✓		✓										
<i>Brasil</i>	✓	✓	✓	✓		✓								
<i>Chile</i>	✓	✓												
<i>Colombia</i>	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<i>Costa Rica</i>	✓	✓	✓											
<i>Ecuador</i>	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓
<i>El Salvador</i>	✓	✓		✓										✓
<i>Guatemala</i>	✓	✓		✓	✓									
<i>Honduras</i>	✓	✓		✓	✓									
<i>México</i>	✓	✓												
<i>Nicaragua</i>	✓	✓	✓	✓	✓									✓
<i>Panamá</i>	✓	✓		✓						✓				
<i>Paraguay</i>	✓	✓	✓	✓										
<i>Perú</i>	✓	✓	✓											✓
<i>República Dominicana</i>	✓	✓		✓	✓									
<i>Uruguay</i>	✓	✓	✓											
<i>Venezuela</i>	✓	✓	✓	✓	✓									✓

PE: Poder Ejecutivo
 PL: Poder Legislativo
 IP: Ciudadanos. Iniciativa Popular
 CS: Corte Suprema
 TE: Tribunal Electoral
 TS: Tribunal Superior
 CC: Corte Constitucional
 CSJ: Consejo Superior de la Judicatura
 CE: Consejo de Estado
 PGN: Procurador General de la Nación
 CG: Contralor General
 FGN: Fiscal General de la Nación
 DP: Defensor del Pueblo
 OL: Organos locales

Tomando en cuenta esto último, podemos decir que los presidencialismos en América Latina pueden ser muy poderosos, pero en realidad presentan bastantes trabas para que el Ejecutivo pueda llevar a cabo sus programas de gobierno. Así mismo, en el caso puntual de Chile, la moción de Ley presentado el año 2018, de parto respetado y fin de violencia gineceo - obstétrica. Pudiese presentar bastantes dificultades en cuanto a la tramitación, ya que, si bien depende directamente del congreso chileno, porque ya fue presentado, y ahora tiene que ser votado, también depende del presidente o gobierno de turno que este en el poder, debido que como pasa en muchas ocasiones con otras leyes, esta dependerá de las convicciones, intereses y urgencia que le dé el Ejecutivo a la ley, para que esta pueda ser votada y aprobada.

2.1 Iniciativa Moción 12148 en contra de la violencia obstétrica.

La iniciativa de Ley el Parto respetado y fin a la violencia obstétrica hacia la mujer en Chile, apunta a penalizar la violencia obstétrica en todas sus formas de violencia contra las mujeres más invisibilizada y normalizada en nuestra sociedad, tanto por aspectos culturales, sociales, económicos y políticos. En tanto que es su invisibilización y naturalización, es la que permite mantener en constante vulneración a las mujeres que reciben atenciones ginecológicas y obstétricas en nuestro país.

Este proyecto de ley busca erradicar la violencia gíneco-obstétrica de nuestro país, a través de tres ideas centrales:

Elaborar un proyecto integral, capaz de abordar la atención sexual y reproductiva de las mujeres en un sentido amplio, tanto en la gestación, parto y post parto, así

como en las atenciones ginecológicas. No podemos olvidar ningún espacio donde la mujer pueda ser violentada;

Elaborar un proyecto con un criterio de realidad, sustentado en las condiciones actuales de las mujeres, teniendo en cuenta que ninguna debe quedar excluida, principalmente aquellas más vulneradas;

Elaborar un proyecto sustentado en que las mujeres tienen derechos, pero además son soberanas sobre su cuerpo y por ende, tienen derecho a decidir y participar en las determinaciones médicas sobre cómo vivir su sexualidad, anticoncepción y número de hijos o hijas que desean tener, las condiciones del parto y nacimientos, el derecho a ser informada, al acompañamiento, a la intimidad y privacidad, libres de violencia, discriminación o coerción.

Es en ese sentido que esta ley tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del o la recién nacida, su la familia o acompañante significativo, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual. Para ello se plantea la creación de una normativa especializada que regula los derechos relacionados con el nacimiento, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así también como las sanciones en caso del incumplimiento de estos derechos. La propuesta de Ley considera a los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos, con el fin de hacer conciencia entre las ciudadanas y ciudadanos que es fundamental el dejar de naturalizar estas situaciones que constituyen violencia y vulneración de derechos.

Tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley, serán aplicables a los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención gineco-obstétrica. Estas disposiciones serán aplicables a todo personal

de salud que realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida a mujeres, respecto de todas las atenciones que describe el inciso primero de este artículo. Estas disposiciones también son aplicables en todos aquellos organismos del Estado que tengan bajo su custodia y/o tutela niñas y mujeres.

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

Los Principios aplicables a esta iniciativa de ley son:

- Principio de la dignidad en el trato.
- Principio de la autonomía de la mujer.
- Principio de la privacidad y confidencialidad.
- Principio de la multiculturalidad.

La iniciativa de Ley señala que la violencia gineco obstétrica es todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

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

Deja de manera explícita los hechos constitutivos de violencia gineco-obstétrica. Abandono, burlas, abusos, insultos, amenazas, malos tratos, coacción, violencia física o psicológica ejercida contra la mujer en torno a su atención de salud obstétrica o ginecológica.

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

Omisión o retardo en la atención oportuna ante una emergencia gineco-

obstétrica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Establecer derechos del nacimiento

Tiene como objeto resguardar los derechos de la gestante, en el pre parto, parto y post-parto, como también los derechos del recién nacido y del padre, madre u otra persona significativa para la mujer, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, protegiendo su integridad física y psíquica.

Sobre el plan de parto.

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

Será obligación de las instituciones y centros de salud acoger el plan de parto

presentado por la mujer. El equipo médico deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo a lo largo de la gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo a las preferencias e individualidades de la mujer.

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

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

Del derecho a participar en talleres prenatales.

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

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

De los derechos de las mujeres en relación con la gestación, pre parto, parto, post parto y aborto en las causales establecidas por la ley.

En relación con la gestación, pre parto, parto, post parto y aborto en las causales establecidas por la ley, las mujeres tienen los siguientes derechos:

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

A recibir información actualizada, semestralmente, por parte de la institución

de salud los índices y tasas de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, uso de oxitocina sintética, episiotomía y tasa de lactancia materna exclusiva al alta;

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

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

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

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

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

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

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

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

A una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia obstétrica;

A no ser hospitalizada junto a mujeres gestantes o puérperas en el caso de pérdida gestacional o perinatal.

A recibir el embrión o feto en casos de abortos y pérdidas reproductivas, a solicitud de la mujer.

A recibir acompañamiento psicológico continuo en caso de pérdidas reproductivas.

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

Derechos de las personas recién nacidas.

Las personas recién nacidas tienen los siguientes derechos:

A ser tratadas en forma respetuosa y digna;

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

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

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

Al contacto inmediato piel con piel con su madre por un periodo mínimo de 2 horas, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten;

A que se favorezca la lactancia materna precoz, promoviendo los derechos

antes consignados;

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

A los cuidados especiales e individuales que requiera el recién nacido prematuro.

Derechos del padre, madre del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer.

El padre, madre del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer posee los siguientes derechos:

Ser informado del curso de trabajo de parto;

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

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

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

Ser tratado de forma respetuosa y digna.

Del plan de parto y las instituciones de salud.

Los centros de salud pública o privado deberán disponer de un modelo sugerido de plan de parto, no obstante, las mujeres podrán presentar su propio documento o carta en el cual manifieste sus voluntades. Este modelo sugerido deberá tener un enfoque multicultural. Dicho documento deberá estar a disposición de todas las mujeres gestantes, antes de las 32 semanas de gestación.

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

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

Fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa

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

La capacitación de los prestadores de salud.

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

Responsabilidad sanitaria.

Los prestadores de salud, públicos o privados, serán responsables de los daños que causen a las mujeres en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también las atenciones en torno a su salud ginecológica y sexual.

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

La responsabilidad administrativa.

La infracción a los derechos establecidos en esta ley podrá ser reclamada de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud. Los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención gineco-obstétricos deberán contar con una carta sobre los derechos que regula la presente ley y el procedimiento de reclamación en caso de su infracción.

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

Modificación a otros cuerpos legales.

Para incorporar en el artículo 12 del Código Penal un nuevo numeral 22 del siguiente sobre cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia gineco-obstétrica.

Incorporación del artículo 37, de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud, un nuevo inciso cuarto, pasando el actual a ser quinto, del siguiente tenor:

En el caso que el reclamo sea respecto a la infracción de derechos relacionados con las atenciones de salud en el ámbito de gestación, preparto, parto, postparto, y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a sus derechos sexuales y reproductivos y su salud ginecológica y sexual, será de un año contados desde la infracción (Ley, 2018).

2.2 Argentina:

Argentina cuenta desde el año 2004 con la Ley N° 25.929 Parto Humanizado, su objetivo es garantizar que la mamá y el bebé sean los protagonistas y que el nacimiento se desarrolle de la forma más natural posible, priorizando el parto natural por sobre la cesaría.

En cuanto al concepto, la ley expresa lo siguiente: La ley se aplica tanto al ámbito público como privado y apunta al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, conteniendo los siguientes derechos:

La mujer embarazada debe ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

Los derechos de los padres y los recién nacidos en el momento del nacimiento son tan importantes que merecieron el respaldo de una Ley Nacional, la 25.929. Esto significa que rige en todos los lugares del país.

La ley garantiza, entre otros, el derecho a:

- Un parto normal, que respete sus tiempos.
- Que no se discrimine a la mujer embarazada.
- Que se respete su intimidad.
- Elegir a la persona que le acompañará durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.

- Que su bebé esté en su cuna a tu lado, durante toda la internación (a menos que necesite cuidados especiales).
- Que la mujer embarazada y su familia reciban toda la información necesaria, en un lenguaje claro, sobre su estado y la evolución del parto y del bebé.
- Conocer los beneficios de amamantar y los cuidados que necesitan tanto el recién nacido como vos en esta etapa de la vida.
- Conocer los efectos negativos del tabaco, el alcohol y las drogas.

Tiene derecho a ser considerada, respecto del proceso de nacimiento, como una persona sana, de modo que se facilite tu participación como protagonista de tu parto (Parto Humanizado, 2015). En Argentina la mujer como usuaria del sistema sanitario tiene derecho, fundamentalmente, a recibir información (existencia de complicaciones, ventajas e inconvenientes de los posibles tratamientos), a decidir libremente la forma y posición en el momento del parto y a ser tratada con respeto y consideración de sus pautas culturales.

Además, se deben tener en cuenta los deseos y necesidades de cada mujer, como el estar o no acompañada por una persona de confianza en cada momento y/o el tipo ingesta alimentaria durante el proceso de parto. Se la debe informar sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y debe participar activamente en las diferentes decisiones y actuaciones de los profesionales.

Tiene derecho a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación. Así como también a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. Debe ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. Además, recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña, y sobre anticoncepción en el momento del puerperio.

Por su parte, los recién nacido/as tienen derecho a estar en contacto con su madre desde el primer momento y a ser alimentados con leche materna sin interferencias. Asimismo, deben ser tratados de forma respetuosa y digna, contar con inequívoca identificación y a no ser sometido/as a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia.

Tienen derecho a que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como sobre su plan de vacunación.

La sanción o adhesión a la Ley de Parto Respetado por parte de los Estados nacional y provinciales constituye el primer indicador a considerar al momento de valorar la medida en la que estos estados han priorizado la protección de los derechos de la mujer y su hijo o hija en el momento de su nacimiento, en particular, en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social.

En la actualidad se registra un progreso en el número de provincia que adhieren a la Ley o han sancionado una Ley con un contenido similar. Solo 3 provincias no cuentan de manera explícita un reconocimiento de la importancia de este marco legal (Buenos Aires, Catamarca y Formosa).

La implementación de la ley y el acceso de la población, especialmente de los grupos vulnerables, a servicios que brindan una atención humanizada constituyen los indicadores que mejor reflejan la voluntad y decisión política de los gobiernos a velar por los derechos de la mujer y su hijo o hija en este momento tan especial de sus vidas.

En los últimos años se han logrado grandes avances en materia de garantía de derechos en los servicios de salud. Sin embargo, todavía es necesario reforzar y difundir los aspectos centrales de esta Ley para su cumplimiento efectivo. El camino es que todos los involucrados en el proceso de atención de la madre y el recién nacido conozcan sus derechos, los garanticen y/o los defiendan.

Es un cambio de paradigma el que tiene que darse. Creemos que el único camino es que todos los profesionales de salud de los servicios perinatológicos conozcan y defiendan los derechos promulgados por esta ley y sean vehículos de garantía. Por otro lado, es fundamental empoderar a las mujeres para que exijan el cumplimiento de sus derechos.

Un aspecto prioritario en el cumplimiento del “parto respetado” es brindar un parto seguro, y para ello es necesario que sea institucionalizado. El único lugar donde se pueden brindar seguridad y derechos es en un centro de salud. Muchas de las muertes de los recién nacidos y de sus madres pueden prevenirse si los chicos nacen en un lugar adecuado, donde se aseguren Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) definidas por la Organización Mundial de la Salud. Las CONE constituyen recursos humanos, físicos y económicos que deben estar presentes en todos los centros e instituciones donde nacen los niños y niñas, para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto.

En este sentido, el rol de las y los obstétricas/os es fundamental en la atención del pre-parto, parto y puerperio, siendo facilitadores en el cumplimiento de los derechos mencionados. En este sentido, el proyecto de Ley que regula el ejercicio profesional de Obstetricia, con media sanción por parte de la HCDN, traerá una mejora en la calidad de atención para las mujeres, sus hijos y sus familias, como así también brindará un mayor marco regulatorio y protector legal a las Obstétrico/as.

La OMS considera que esta profesión salva vidas tanto de las mujeres como de los recién nacido/as, pues su atención disminuye considerablemente los índices de intervenciones y medicalización de rutina, lo que conlleva un mayor reporte de bienestar físico, emocional y psicológico y satisfacción con respecto a la experiencia de la maternidad. Esto se traduce en salud y bienestar a corto, mediano y largo plazo de toda la población.

La mujer como protagonista

A pesar de este marco legal que propone soluciones a la situación de muchas mujeres que enfrentan un embarazo en situaciones de vulnerabilidad, todavía hay varios indicadores que nos alertan sobre la necesidad de seguir trabajando intersectorialmente para mejorar la salud de la mujer y del recién nacido: elevado porcentaje de cesáreas, accesibilidad cultural y económica; educación y atención en salud reproductiva pre-concepcional, prenatal, perinatal y postnatal; alta tasa de embarazo adolescente, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras.

Esto implica un trabajo desde afuera y desde adentro de las instituciones de salud para que la experiencia parir/nacer sea un momento acompañado, cuidado, en lugar de ser tratado como una enfermedad.

Creemos que el futuro de los embarazos, partos y nacimientos respetados pasan por fortalecer la prevención, la formación, la participación y la restitución del papel central de la mujer en uno de los periodos más importantes de su vida.

2.3 Venezuela:

El 19 de marzo de 2007 en Venezuela se publicó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta ley reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer, considerándose por entonces que la violencia obstétrica era la de regulación más novedosa.

En cuanto a dicha forma de violencia, se tratan esencialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción.

En cuanto al concepto, la ley expresa lo siguiente: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo

pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Las conductas constitutivas de violencia obstétrica contempladas en la regulación Venezolana son las siguientes: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y practicar cesáreas innecesarias. Además, y aunque erróneamente no se le considera propiamente violencia obstétrica, se agrega la esterilización forzada.

Por eso, la ley contempla sanciones desde varios meses hasta 20 años de prisión para quienes incurran en los siguientes delitos:

Tabla 2

1. Violencia física	11. Prostitución forzada
2. Violencia psicológica	12. Esclavitud sexual
3. Amenaza	13. Ofensa pública por razones de género
4. Violencia sexual	14. Violencia institucional
5. Acto carnal con víctima especialmente vulnerable	15. Violencia obstétrica
6. Actos lascivos	16. Esterilización forzada
7. Acoso sexual	17. Violencia laboral
8. Tráfico ilícito de mujeres, niñas, niños o adolescentes	18. Violencia patrimonial y económica
9. Trata de mujeres, niñas y adolescentes	19. Impunidad
10. Violencia por acoso u hostigamiento	

(Elaboración propia, basada en la Ley Orgánica de violencia, 2007)

2.4 México:

Norma oficial Mexicana, para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016).

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación, consejería, integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura.

Aquellos establecimientos que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, el personal debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado se procederá a su referencia a uno que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para su atención.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Asimismo, resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida, y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata.

La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo.

Durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia.

En la NOM también se detallan acciones para la prevención del bajo peso al nacimiento, atención del parto, atención del puerperio, atención al recién nacido, protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, la cual entrará en vigor este viernes (Norma oficial Mexicana, 2016).

Resultados de las leyes en Venezuela, Argentina y México.

Venezuela

Gracias a algunas investigaciones publicadas en el 2013, sobre pacientes estudiadas en un establecimiento de salud determinado, “se constató que el 66,8% declaró actos médicos sin consentimiento y un 49,4% declaró trato deshumanizante” (Pereira, Dominguez, & Merlo, 2015). Además, solamente el 20,5% reportó atención libre de violencia. Por otro lado en otra investigación publicada el 2015, dice que el 26,3% de las mujeres encuestadas, fue víctima de violencia obstétrica, de las cuales el 65,6% de las pacientes declaró no haber sido tomada en cuenta ni habérseles informado sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas.

Por otro lado, en el estudio publicado el 2013, se menciona que el 27% de las encuestadas conoce el término de “violencia obstétrica”, y que sólo el 19% sabe dónde denunciarla. Además cabe destacar que en las investigaciones publicadas el año 2015, declara que “un 80,1% de las mujeres encuestadas dice no saber identificar un trato inadecuado, ni tampoco cuales son los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia obstétrica”. (Pereira, Dominguez, & Merlo, 2015)

Además, es importante mencionar “que ni siquiera el personal de salud tiene claridad respecto de qué actos son constitutivos de violencia obstétrica. Esto es relevante, porque el mismo personal declara conocer dicho concepto. Esta ignorancia se extiende a los mecanismos de denuncia de estas formas de agresión y las instituciones encargadas de prestar ayuda a las mujeres que la padecen.” (Faneite, Feo, & Merlo, 2012)

Argentina.

La situación en Argentina, no es tampoco muy alentadora, debido a que a pese que existen regulaciones y políticas públicas, los niveles de violencia obstétrica no han bajado de manera importante. Ya que, a pesar de crearse en el año 2011 la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), la cual tiene como fin diseñar sanciones en contra la violencia de género, para poder tener una medida reparadora hacia la víctima. Y el año 2013 se constituye la Comisión Nacional sobre la Violencia Obstétrica (CONSAVO), la cual se encarga a ver las sanciones posibles para la violencia de género. Esto debido a que se necesitaba tener un ente, que viera esta violencia de forma más específica.

Por otro lado, hay estudios hechos el año 2015, en la ciudad de Buenos Aires, donde se podía concluir que respecto a investigaciones hechas en el año 1998 y 2002, no habían muchos cambios significativos.

Un estudio aplicado en una maternidad pública de Buenos Aires el año 2015 permitió concluir que no se habían producido cambios significativos con relación a las investigaciones donde, la autora dice: “fueron relatadas en las entrevistas similares actitudes mecanizadas, impersonales, violentas y contrarias a las MSCF” (Maternidades Seguras y Centradas en la Familia) por parte del equipo de salud, incluso entre los médicos jóvenes” (Galimberti, 2015). Además están las cesáreas que carecen de justificación sanitaria, donde Argentina aparece con una tasa de

cesáreas sobre el total de partos está alrededor del 25%, de modo que ocupa el cuarto lugar a nivel Latinoamericano, detrás de Chile, Brasil y República Dominicana. Otro estudio hecho en dos hospitales públicos, en el año 2015, señala que en opinión de médicos: “las mujeres de bajo nivel socioeconómico y cultural son menos empoderadas e informadas y aceptan lo que ofrecen en el hospital como un favor gratuito”. Por otra parte: “todos los profesionales, salvo uno, tienen un conocimiento sobre la ley. Sin embargo, sus definiciones de la ley no eran completas”. (Kaplan, 2015)

Por concluyente, las políticas públicas creadas para erradicar la violencia obstétrica, no han hecho mucho efecto, sobre “la cultura organizacional que ha afectado los derechos de la mujeres, sus hijos/as y sus familias ni han cambiado las rutinas mecanizadas, a-criticas, medicalizadas y centradas en prácticas instrumentales que van a contrapelo de las Guías internacionales y nacionales” (Morrone, 2016).

México.

Existen diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos los cuales confirman que el tema de violencia obstétrica no está presente en las políticas de calidad en los servicios de salud, como tampoco están en la formación de profesionales del área gineco-obstetra.

Un estudio sobre la ausencia de políticas de calidad de los servicios de salud, analizó la percepción de mujeres las cuales fueron atendidas en dos hospitales públicos, en el año 2012 en el Estado de Morelos, donde se concluyó que “el 19,34% sostuvo haber sido víctima de violencia verbal, un 7,61% de violencia física y un 29,10% de violencia total” (García, 2018). Por otro lado, el mismo estudio, se determinó otros tipos de violencia obstétrica de carácter psicológico,

donde un 98% de las mujeres encuestadas, declaró que sufrieron alrededor de cinco tactos vaginales en promedio.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO.

Para poder dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados, se llevó a cabo una investigación de tipo exploratoria – comparativa con metodología cualitativa las cuales se definen a continuación:

Los estudios exploratorios sirven para preparar el terreno y, por lo común, anteceden a investigaciones con alcances descriptivos, correlacionales o explicativos. Por lo general, los estudios descriptivos son la base de las investigaciones correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y están muy estructurados (Sampieri, 2014, p. 91).

Por otra parte, los estudios comparativos buscan Contrastar grupos, categorías, clases o tipos de fenómenos en cuanto a alguna propiedad o variable (Sampieri, 2014, p. 43).

Los elementos que se consideraron para la búsqueda exploratoria de la información fue a través de la recopilación de documentos, artículos y leyes relacionadas con la violencia obstétrica en el mundo, para finalmente apuntar el estudio en base a tres normativas vigentes, las de Argentina, Venezuela y México, ya que según nuestro juicio nos permitirán comparar y dar respuesta a los objetivos planteados, debido a que con estos países compartimos bastantes similitudes como sociedad. Además, cabe señalar que estos países fueron propulsores en la región al promulgar políticas que sancionaban cualquier acto de violencia obstétrica.

Por otro lado, la investigación cualitativa, cuyos modelos son el método etnográfico y el análisis de textos, se apoya sobre: la idea de la unidad de la realidad de ahí que sea holística y en la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad. ¿Qué temas nos demandan la búsqueda de una respuesta holística que respete la perspectiva de los propios actores? Aquellos estudios que traten con colectivos (como es el aula, la escuela) y en los que sea necesario conocer cómo funciona el conjunto; los estudios en los cuales se intenta describir o explicar un proceso, donde la generación, emergencia y cambio sean aspectos centrales para la comprensión del tema a investigar; los estudios en los cuales el “lenguaje” sea una parte constitutiva central del objetivo; y los análisis donde la interacción mutua entre actores, la construcción de significados y el contexto en el que actúan forme parte del tema a investigar. Totalidad, tiempo, lenguaje, interacción, interconexión. Son ideas propias de las metodologías cualitativas (Sautur, 2005, p. 32).

Nuestro trabajo, lo realizaremos a través de la herramienta de análisis de documentos, por lo que utilizaremos solamente fuentes secundarias, las cuales serían sobre un Universo de recopilaciones de información tanto de las leyes, ya creadas, en Venezuela, México y Argentina, como el proyecto de ley presentado en el congreso de Chile el año 2018. Además de la recopilación de noticias, informes y documentación acerca de las críticas y fallas encontradas, que se han hecho acerca de las leyes ya implementadas, para así poder descubrir y ver, que dificultades podría presentar la ley de parto respetado y fin a la violencia gineco - obstétrica, si se llegase a aprobar e implementar en Chile.

Por último, decidimos hacerlo de este modo, debido a que, como explicamos anteriormente, las leyes que hay vigentes sobre violencia obstétrica, las cuales son la Venezolana, Mexicana y Argentina, son justamente una de las únicas que hay en el mundo, además de tener el caso de la ley Venezolana que fue la primera ley en el mundo la cual sanciona la violencia obstétrica en sí, sumándole además, que es la primera que impone el concepto de “violencia obstétrica” dentro de norma. Y teniendo estos ejemplos, en países vecinos, los cuales están en la

misma región, y por ende, son tan parecidos a Chile, hay que saber aprovechar y analizar el cómo fueron implementadas estas leyes en los respectivos países y las dificultades que se generaron y se generan hasta hoy, y así tratar de no replicarlas en Chile.

3.1 Análisis comparativo de los Países en Estudio.

	Argentina	Venezuela	México
	N° 25.929 Parto Humanizado (Decreto 2035/2015)	Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia.	Norma oficial Mexicana, para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016)
Contexto	Argentina cuenta desde el año 2004 con la Ley N° 25.929 Parto Humanizado, su objetivo es garantizar que la mamá y el bebé sean los protagonistas y que el nacimiento se desarrolle de la forma más natural posible, priorizando el parto natural por sobre la cesaria.	El 19 de marzo de 2007 fue promulgada la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Desde entonces, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela a través de la Sección de Salud Sexual y Reproductiva se ha encargado de difundir entre sus miembros y al público en general el contenido de esta Ley	Norma oficial Mexicana, para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016).
Objetivo	La norma especifica que "toda mujer tiene derecho a un parto natural, a estar acompañada por la persona que ella desee, a elegir la posición en la que quiere parir, a transitar su embarazo, parto y posparto respetados en todos los sentidos y a ser protagonista activa y recibir información necesaria para decidir".	Esta ley reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer, considerándose por entonces que la violencia obstétrica era la de regulación más novedosa. En cuanto a dicha forma de violencia, se tratan esencialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción.	Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Penalización	El incumplimiento de las obligaciones que se desprenden de la ley que la misma impone a los servidores de la salud públicos y privados- por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder. Del mismo modo, los profesionales de la salud y sus colaboradores están obligados a cumplir cada uno de los aspectos que impone y detalla la ley, con el objeto de garantizar los derechos de la mujer y de su hijo por nacer o recién nacido.	La ley regula dos clases de sanciones. Para la esterilización forzada se fija una pena privativa de libertad. Para las demás formas de violencia obstétrica se establecen penas pecuniarias	Tipifica como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Penaliza además la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, como emergencias obstétricas; practica del parto por vía de cesárea, pese a existir condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario; obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
Implementación	La aplicación de la ley N° 25.929 está a cargo del Ministerio de Salud, que opera como autoridad de aplicación en el ámbito de su competencia, y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, sus respectivas autoridades sanitarias.	Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género	Secretaría de Salud (SSa)

Elaboración propia información extraída de las distintas leyes mencionadas.

	Proyecto de Ley Chile
	Ley Parto Respetado y fin a la Violencia Obstétrica en Chile (Moción 12148-11 con fecha 02 de Oct. de 2018)
Contexto	Este proyecto de Ley fue ingresado con fecha 02 de octubre 2018 por diversas organizaciones sociales y por diferentes actores políticos, asumiendo la urgencia de legislar sobre esta materia, logro que varios diputados de distintos partidos políticos se unieran de manera transversal, para apuntar a penalizar la violencia obstétrica en todas sus formas, Es por ello que este proyecto de ley busca erradicar la violencia gineco-obstétrica de nuestro país, a través de tres ideas centrales:
Objetivo	La iniciativa de proyecto de Ley Parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile, tiene como fin erradicar en todas sus formas la violencia hacia la mujer, La violencia gineco-obstétrica es una de las formas de violencia contra las mujeres más invisibilizada y normalizada en nuestra sociedad, tanto por aspectos culturales, sociales, económicos y políticos. En tanto que es su invisibilización y naturalización, es la que permite mantener en constante vulneración a las mujeres que reciben atenciones ginecológicas y obstétricas en nuestro país.
Penalización	La iniciativa de proyecto de Ley Parto respetado y fin a la violencia obstétrica en Chile, tiene como fin erradicar en todas sus formas la violencia hacia la mujer,
Implementación	Por definir.

Elaboración propia (datos extraídos desde la Moción 12148-11)

A partir de lo sostenido en los recuadros antes visualizados, resulta posible sostener al menos dos cosas en el caso de Chile. En primer lugar, que la experiencia comparada indica que la violencia obstétrica no puede ser resuelta

mediante normas, pues se requiere un cambio cultural. Esto significa difusión de derechos en la ciudadanía, adecuaciones en los planes de estudio de quienes se desempeñan en el ámbito de la salud (modificación del currículum oculto) y la institucionalización de procedimientos sanitarios que impidan la victimización de la mujer en contextos perinatales, entre otras medidas. En segundo lugar, que ni la legislación vigente, ni el proyecto de ley sobre violencia obstétrica en actual tramitación parlamentaria se hará cargo de esos aspectos.

Conclusiones con respecto a los países analizados

Si bien, los casos analizados en cuanto a los resultados de las leyes en Venezuela, México y Argentina, no son de muy reciente data. Podemos sacar conclusiones en cuanto a algunos puntos en común en estos tres casos que pueden ser muy útiles en el caso chileno, si es que se aprobara la ley, como por ejemplo, lo fundamental que es la educación en cuanto a poder enseñarles a las víctimas de violencia, el cómo poder reconocer un acto de violencia obstétrica, cuando son víctimas de ella. O también el cómo poder denunciarlas e informar sobre lugares habilitados exclusivos para poder hacerlo.

En cuanto a una ley orgánica contra la violencia obstétrica, podemos decir que América latina es pionera. Ya que, como se mencionó anteriormente, Venezuela fue el primer país en el mundo en tener una ley orgánica donde se reconociera la violencia obstétrica y se combatiera como tal, después vinieron por la misma senda los casos de Argentina y México. Pero en otros lados del orbe es muy difícil, encontrar una ley orgánica como tal.

Podemos encontrar dentro de la misma región el caso de Surinam, donde según su código penal (1911) enmendado el año 2009, donde se penaliza cualquier acto de violencia perpetrado por agencias estatales. Donde incluye la prostitución

forzada, la violencia obstétrica y la violación dentro del matrimonio. (Essayag, 2017).

Hay casos que no se menciona en ninguna parte de la legislatura, el concepto de violencia obstétrica América del Norte (Estados Unidos y Canadá), aunque muchas organizaciones están poniendo el tema sobre la mesa.

Por otro lado, en Europa, tampoco existen países con algún tipo de ley orgánica que abarque la problemática de la violencia obstétrica. Aunque igualmente cabe destacar que la discusión está igualmente implementada, debido que ya se han instalado Observatorios de Violencia Obstétrica en España, Francia e Italia. Además, cabe destacar el caso de España, que si bien no tiene una ley específica contra la violencia obstétrica, igualmente las practicas que la constituyen se encuentran prohibidas en el Código Penal y en la Constitución española, a través del derecho a la integridad física (Artículo 15), a la libertad (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18). (Ferreiro & Brigidi, 2018).

Será fundamental agilizar un proyecto de Ley que tenga como eje principal sancionar la violencia obstétrica en Chile, por otra parte concientizar a través de proceso informativos el parto respetado o humanizado y por último revisar la formación académica de los profesionales de la Salud que se encargan del procedimiento médico del parto, ya que se sabe del currículo oculto de diversas Universidades que enseñanza a sus alumnos procedimientos que atentan contra la mujer durante el proceso de parto, generando violencia obstétrica, debido a que estos naturalizan el acto de violencia con métodos que ya no se deberían emplear como los son la maniobra de Kristeller, un movimiento muy poco recomendable, que consiste en ponerse encima de la madre y presionar con mucha fuerza el fondo del útero para apurar la salida del bebé, provocando una violencia desmedida, dicho procedimiento según el testimonio de profesionales vinculada al proceso de parto aún siguen siendo practicas comunes en los centros hospitalarios. También será importante naturalizar el parto y volviendo a como se practicaba antiguamente el proceso de parto, este era empleado únicamente por

mujeres parteras y en la casa, la mujer gozaba de compañía vital para que el nuevo ser que iba a dar a luz, llegue a este mundo de la forma más armónica posible, generando un vínculo esencial entre madre e hijo.

Bibliografía

Essayag, S. (2017). From Commitment to Action: Policies to End Violence Against Women in Latin America and the Caribbean. Regional Analysis Document. UN Woman Latin America and the Caribbean. Panamá: Panamá.

Humanizado, L. N. (2015). Ley N° 25.929 Parto Humanizado. Buenos Aires.

Ley, P. d. (2018). Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. Santiago: Cámara de Diputados.

Norma oficial Mexicana, p. I. (2016). Norma oficial Mexicana, para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. CD de México.

Proyecto de Ley parto respetado, Boletín 12148-11 (2018).

Sampieri, R. H. (2014). Método de la Investigación Sexta edición (Vol. Sexta Edición). México D.F, México D.F: McGRAW-HILL.

Sautur, R. (2005). Todo es Teoría. Buenos Aires: Ediciones Lurniere S.A.

violencia, L. O. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas.

SERNAMEG. (27 de Abril de 2019). Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Recuperado el 27 de Abril de 2019, de Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: <https://www.minmujeryeg.gob.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/femicidios/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Recuperado el 23 de Abril de 2019, de Recomendaciones de la OMS para cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

OVO, 2015 El discurso de la Violencia Obstétrica en Chile.

2015 <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Discurso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>

OVO. (Febrero de 2018). Ovo Chile Observatorio de Violencia Obstétrica.

Recuperado el 27 de Abril de 2019, de Ovo Chile Observatorio de Violencia Obstétrica: <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primera-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>

Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales:

<https://repositorio.uam.es/handle/10486/684184>

Dirección del Trabajo. (2019). Glosario de Género. Recuperado el 25 de Mayo de 2019, de Glosario de Género: https://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-116605_recurso_3.pdf

Muñoz, D. (02 de Enero de 2019). Violencia obstétrica: Los casos en Chile que recuerdan al episodio ocurrido en Guatemala. Recuperado el 2019 de Mayo de 09, de ADN Radio: <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/violencia-obstetrica-los-casos-en-chile-que-recuerdan-al-episodio-ocurrido-en-guatemala/20190102/nota/3845146.aspx>

National Sexual Violence Resource Center. (2012). Que es la violencia sexual?

Recuperado el 23 de Mayo de 2019, de ¿Que es la violencia sexual?:

https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf

ONU. (2019). Temas Mundiales. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de

<https://www.un.org/es/globalissues/women/violencia.shtml>

Red Chilena contra la violencia hacia las mujeres. (2019). Registro de femicidios.

Recuperado el 25 de Mayo de 2019, de

<http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/femicidio-ano-2015/>

Velasco, M. P. (2007). Sobre el concepto de “violencia de género”. Violencia simbólica, lenguaje, representación. Revista electrónica de literatura comparada Extravío. , 14.

.

Ferreiro, S., & Brigidi, S. (20 de Febrero de 2018). Observatorio de violencia

obstétrica España. Recuperado el 05 de junio de 2019, de

file:///C:/Users/nico_/Downloads/BrigidiFerreiro.pdf

Proyecto de Ley parto respetado, Boletín 12148-11 (2018).

Goberna-Tricas, J., & Boladeras, M. (2018). El concepto <<Violencia Obstetrica>> y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: EDITORIAL TECNOS.

Ortiz, T. (1995). La experiencia escrita de las matronas s. XVII- XVIII. Granada: Universidad de Granada.

Usandizaga, M. (1944). Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España. Barcelona: Labor.

Faneite, J., Feo, A., & Merlo, J. T. (2012). Grado de conocimiento de la violencia obstétrica por el personal de salud. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 72 , 1.

García, L. I. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América Latina: El caso de Venezuela, Argentina, Mexico y Chile. SCIELO , 123-143.

Goberna-Tricas, J., & Boladeras, M. (2018). El concepto <<Violencia Obstetrica>> y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: EDITORIAL TECNOS.

Montero, M. G. (2004). El procedimiento legislativo en América Latina. USAL , 17-55.

OMS. (2019). OMS (Vol. 1). (1, Ed.) MADRID:
<https://www.who.int/topics/violence/es/>.

Ortiz, T. (1995). La experiencia escrita de las matronas s. XVII- XVIII. Granada: Universidad de Granada.

Pereira, C. J., Dominguez, A., & Merlo, J. T. (2015). Violencia obstetrica desde la perspectiva de la paciente. Obstetricia y Ginecología de Venezuela 75 , 2.

Usandizaga, M. (1944). Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España. Barcelona: Labor.

Galimberti, Diana, Violencia obstétrica (2015). Disponible [en línea]: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf.

Kaplán Westbrook, Lara, El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires, en Independent Study Project (ISP) Collection (2015). Disponible [en línea]:
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245/

Morrone, Beatriz, Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan, en Jornadas de género y diversidad sexual. Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos (La Plata, 2016), Disponible [en línea]: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia_obstetrica__cuando_las_leyes_no_alcanzan_.pdf.