

**INFORME DE LA COMISIÓN DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO**, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica (conocido como Ley Adriana).  
[BOLETÍN Nº 12.148-11.](#)

---

[Objetivo\(s\)](#) / [Constancias](#) / [Normas de Quórum Especial](#) (no tiene) / [Consulta Excma. Corte Suprema](#) (no hubo) / [Asistencia](#) / [Antecedentes de Hecho](#) / [Aspectos Centrales del Debate](#) / [Discusión en General](#) / [Votación en General](#) / [Discusión en particular](#) / [Modificaciones](#) / [Texto](#) / [Acordado](#) / [Resumen Ejecutivo](#).

**HONORABLE SENADO:**

La Comisión de la Mujer y Equidad de Género informa acerca del proyecto de ley de la referencia, iniciado en moción de la Diputada Claudia Mix Jiménez, de las Diputadas Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, del Diputado Patricio Rosas, de las ex Diputadas Maya Fernández y Karin Luck, y de los ex Diputados Miguel Crispi y Daniel Verdessi, con urgencia calificada de “suma”.

**Cabe señalar que la Sala del Senado, respecto de esta iniciativa acordó lo siguiente:**

**-En sesión de 10 de mayo de 2022, que fuera conocida por la Comisión de la Mujer y la Equidad de Género y posteriormente por la Comisión de Salud.**

**-En sesión de 20 de diciembre de 2022, que se discutiera en general y en particular en el primer informe.**

-----

**OBJETIVO DEL PROYECTO**

Establecer un cambio cultural y de procedimientos en la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, aborto y en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres o personas con capacidad de gestar, respetando su autonomía y erradicando la violencia gineco obstétrica.

## CONSTANCIAS

- Normas de quórum especial: No tiene.
- Consulta a la Excma. Corte Suprema: No hubo.

-----

## ASISTENCIA

- **Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión: Diputada Claudia Mix Jiménez y Senador Juan Luis Castro González.**

- **Representantes del Ejecutivo y otros:** la Directora del Departamento de Derechos Humanos y Género del Ministerio de Salud, señora Paula Araya y el asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Jaime Junyent, acompañado por las asesoras, señoras Patricia Contreras, Javiera Vela, Licán Martínez y Vivian González, y los asesores señores Gonzalo Rubio y Julián Ortiz. La Jefa de Reformas Legales del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, señora Camila de la Maza y las asesoras señoras Paloma Galaz y Laura Dragnic; la asesora del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES), señora Francisca Oyarzún; los asesores parlamentarios: de la Senadora Allende, el señor Hermes Ortega, de la Senadora Núñez, la señora Johana Godoy, el señor Luis Poncet y el señor Pablo Cantero, del Senador Sanhueza, la señora Carolina Navarrete, de la Senadora Pascual, la señora Macarena Galaz y los señores Roberto Carrasco y Rodrigo Flores, de la Diputada Mix, la señora Amaranta Tapia, del Senador Castro González, las señoras Teresita Fabres y Maggy López, de la Fundación Jaime Guzmán, el investigador, señor Ignacio Rodríguez, del Comité UDI la señora Cristina Pinochet y el señor William Valenzuela, y del Comité PS, la señora Javiera Riquelme.

Especialmente invitadas e invitado a la sesión de fecha 25 de octubre de 2022 concurrieron la Diputada Claudia Mix Jiménez, la señora Neith Aramayo, representante de Mil Relatos Más y el Director del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, señor Gonzalo Leiva.

Especialmente invitadas a la sesión de fecha 26 de octubre de 2022 asistieron en representación de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal, la señora Yanira Madariaga, de la ONG Matria Fecunda, la señora Claudia González y de la Organización de Ginecólogas de Chile, la doctora Claudia Santiago.

Especialmente invitadas e invitado a la sesión de fecha 16 de noviembre de 2022, concurrieron la Presidenta Nacional y la Secretaria Nacional del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, señoras Sandra Oyarzo y Eileen Estrada, respectivamente, y el Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, doctor Álvaro Insunza, acompañado por la doctora Carolina Liu Orellana y la abogada Elisa Walker.

Especialmente invitados e invitadas a la sesión de fecha 29 de noviembre de 2022, asistieron en representación del Ministerio de Salud, el señor Gonzalo Rubio de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio y la Directora Nacional de Matronería, señora Giorgia Cartes; la Directora Nacional del Instituto de Derechos Humanos (INDH), señora Consuelo Contreras, acompañada por los asesores señora Romina Palma y señor Juan Pi y el Presidente del Colegio Médico de Chile, doctor Patricio Meza, acompañado del jefe de gabinete, señor Cristián Fernández.

Especialmente invitadas a la sesión de fecha 13 de diciembre de 2022, concurrieron las siguientes personas: en representación de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile – ASOMAT, la matrona, señora Alejandra Mendoza; en representación de la Universidad Diego Portales, la directora de la Escuela de Obstetricia y Neonatología, académica, señora Marcela Puentes; en representación de la Corporación ParirNos Chile, la Directora, señora María José Morales; en representación de Comunidad y Justicia, la abogada, señora Rosario Corvalán y en representación de la Corporación Humanas, las abogadas, señoras Camila Maturana y Luz Reidel.

Especialmente invitadas a la sesión de 20 de diciembre de 2022, asistieron la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera, acompañada por los asesores, señores Jaime Junyent y Gonzalo Rubio. En representación de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile – ASOMAT, la matrona, señora Alejandra Mendoza. En representación de la Universidad Diego Portales, la académica, señora Marcela Puentes. En representación de ParirNos Chile, la Directora, señora María José Morales. En representación de Comunidad y Justicia, la abogada, señora Rosario Corvalán. En representación de Corporación Humanas, la abogada, señora Luz Reidel.

En sesión de fecha 20 de diciembre de 2022 estuvo presente el Senador Juan Luis Castro González.

Especialmente invitados a la sesión de fecha 3 de enero de 2023 concurrieron en representación de la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento, la matrona, señora Bárbara Peña; en representación de la Fundación Por Todas, la Directora Ejecutiva, señora Marta Manríquez, acompañada por la señora Ariana Quipallán de la comuna de Cochrane y en representación de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología como

abogada informante en derecho, la señora Elisa Walker, acompañada por el Presidente de dicha entidad, el señor Álvaro Insunza.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

A) Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración la moción de la Diputada Claudia Mix Jiménez, de las Diputadas Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, del Diputado Patricio Rosas, de las ex Diputadas Maya Fernández y Karin Luck, y de los ex Diputados Miguel Crispi y Daniel Verdessi.

La moción que da origen al presente proyecto de ley señala que busca erradicar la violencia gineco-obstétrica de nuestro país, a través de tres ideas centrales:

1) 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.

2) 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.

3) 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 crea 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.

Tramitación y texto original de la moción:  
[http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=12148-11](http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11)

B) Cabe dejar constancia que la Senadora Carvajal, en junio del año 2019, en conjunto con la entonces Diputada Marcela Hernando y otras parlamentarias presentaron un proyecto de ley que establece, garantiza y promueve los derechos gineco obstétricos de la mujer en el ámbito de las prestaciones de salud y sanciona su vulneración, correspondiente el Boletín N°12.707-11, que continúa pendiente en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputadas y Diputados.

El mencionado proyecto de ley en su fundamentación destaca que busca asegurar el respeto del rol protagónico y derechos de la mujer, el recién nacido, y el entorno familiar; el derecho a una atención integral, de calidad y sin discriminaciones, donde se provea de un ambiente de privacidad física y emocional para la madre, el/la niño/a y su familia, y donde se facilite el derecho de la mujer a elegir el tipo de atención que prefiera.

-----

### **ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE**

-El establecimiento normativo de un principio de respeto, protección y reconocimiento de la autonomía y dignidad de la mujer o persona con capacidad de gestar en cuanto a la atención de su salud sexual y reproductiva, estrechamente vinculado a la erradicación de la violencia ginecobstétrica.

-La formación integral de los profesionales de la salud.

-----

### **DISCUSIÓN EN GENERAL<sup>1</sup>**

A.- Presentación del proyecto de ley por parte de la autora de la moción.

### **SESIÓN CELEBRADA EL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

#### **DIPUTADA SEÑORA CLAUDIA MIX**

La Diputada señora Claudia Mix, en su calidad de coautora de la iniciativa, expuso el objeto de la moción cual es abordar el fenómeno de la violencia obstétrica, que configura una hipótesis de violencia

---

<sup>1</sup> Se puede acceder a las grabaciones de las sesiones en las páginas 135 y 136.

que ha sido invisibilizada a pesar de la existencia de múltiples conductas que constituyen una vulneración de los derechos de las mujeres.

Por ello, la iniciativa apunta a garantizar el parto respetado, con estándares de humanidad en la atención médica.

En ese contexto, manifestó que, más allá del aspecto sancionatorio, el proyecto propone avanzar en materia de prevención, formación y educación, con el objetivo de avanzar en un cambio cultural relativo al hecho del nacimiento. Para ello, considera diversos estudios que dan cuenta que la violencia generalmente se ejerce contra mujeres jóvenes, de baja escolaridad y de bajos recursos, con el propósito de abordar de forma integral la violencia en la atención gineco obstétrica.

Asimismo, contempla la aplicación de diversos principios, tales como el de dignidad en el trato, autonomía de la mujer, privacidad y confidencialidad, entre otros. Además, identifica los hechos que constituyen violencia gineco obstétrica, establece un conjunto de derechos vinculados al nacimiento, incluye los derechos de las mujeres en el proceso de parto y reconoce los derechos del recién nacido, del padre y otras personas significativas.

Finalmente, abogó por abordar la problemática descrita de forma integral, considerando que se trata de atenciones que frecuentemente son proveídas por el sistema público de salud.

#### **B.- Exposiciones de los invitados y debate suscitado en la Comisión con ocasión de ellas.**

##### **FUNDACIÓN OVO CHILE (Observatorio violencia obstétrica)**

En sesión de 25 de octubre de 2022, el representante de la Fundación OVO Chile, señor Gonzalo Leiva, expuso ante la Comisión.

Explicó que la fundación ha sido testigo de primera fuente de muchísimos casos de violencia obstétrica y cómo este tipo de violencia de género impacta en las mujeres y sus familias, junto a la dificultad de lograr una reparación efectiva en el escenario actual, lo que da cuenta de la necesidad de promover una ley para garantizar una atención de salud integral, respetuosa y basada en la evidencia de los partos que ocurren en Chile.

Destacó que en 2019 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos de las mujeres y ordenó a los Estados a hacerse cargo de dicha problemática, y en octubre de 2022 la Corte Interamericana

de Derechos Humanos reconoció la existencia de la violencia obstétrica, señalando que era rol de los Estados garantizar el parto respetado, prevenir la violencia obstétrica y garantizar que quienes la sufren puedan acceder a justicia y reparación.

Al referirse al objetivo de la iniciativa, afirmó que uno de sus aspectos más relevantes consiste en su enfoque preventivo y amplio, que apunta a un cambio de paradigma tanto en la forma de nacer como en la manera en que se aborda el aborto y la salud ginecológica y sexual en todo tipo de atención, elevando a rango legal la promoción de una atención de salud con enfoque de género basada en información actualizada, en donde prime el respeto, la autonomía y la información que permitan la decisión sobre el propio cuerpo.

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

En efecto, afirmó que el proyecto es importante no sólo porque en su gestación ha participado un grupo amplio de organizaciones formadas por diversos actores vinculados la atención y tratamiento en el ámbito gineco-obstétrico, sino porque se hace cargo de remediar todas aquellas situaciones de vulneración que durante tiempo han sido normalizadas, siendo un aporte importante en el cambio de paradigma hacia una atención con enfoque de derechos.

Respecto de la violencia obstétrica como manifestación de la violencia de género, afirmó que se trata de una violencia de género que, como tal, está caracterizada por la asimetría de poder y tiene a lo menos tres formas de expresión: trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procesos naturales del ciclo sexual y reproductivo de la mujer.

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

Por ello, el concepto de violencia obstétrica alude a las condiciones del sistema de salud y las prácticas que bajo cualquier punto de vista pueden ser calificadas como un atentado al respeto autónomo y poder de decisión sobre el propio cuerpo de las mujeres y las personas

gestantes. Lo que está detrás de este tipo de violencia es la negación de la mujer como sujeto y la infantilización y objetivación de su cuerpo como territorio de otros que supuestamente son los que “saben” y por ende “deciden”, muchas veces sin informar ni respetar sus decisiones.

En ese marco, afirmó que, si la situación de las personas gestantes ya era difícil, bajo la actual crisis sanitaria producto del COVID-19 han quedado en una situación de mayor vulnerabilidad, y expuestas de manera importante a situaciones de injusticia y afectación precisamente de sus derechos humanos.

Añadió que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tiempo mínimo ideal de contacto inmediato piel con piel entre la madre y el recién nacido es de una hora. Sin embargo, según datos de la encuesta del nacimiento de OVO Chile del año 2018, en una muestra de casi 7000 mujeres cuyos partos ocurrieron entre 2014 y 2017, menos del 20% reportó haber estado al menos media hora con su bebé tras el parto. Si bien esta práctica ha ido en aumento, gracias al impulso de políticas vinculadas con la primera infancia, como el programa Chile Crece Contigo, todavía sigue siendo bajo de acuerdo a todas las recomendaciones internacionales, y las cifras informadas por el Estado, difieren mucho de las reportadas por las mujeres.

En cuanto a la presencia de un acompañante significativo para la mujer durante el trabajo de parto y parto se trata de una práctica recomendada enfáticamente por organizaciones internacionales y nacionales de salud. De acuerdo a cifras del DEIS del Ministerio de Salud (MINSAL), en el 2020 solo un 72% de mujeres estuvieron acompañadas durante el parto, cifra que en el 2019 era de un 97%, mientras que en el trabajo de parto se observa una baja a un 43% de mujeres que estuvieron acompañadas versus el 72% de mujeres en el 2019, situación que resulta especialmente grave si se considera que fueron las mujeres atendidas en el sector público quienes sufrieron en mayor medida la prohibición de parir acompañadas.

Los datos de la encuesta OVO, al igual que lo que ocurría con el contacto precoz piel con piel, muestran un peor escenario en cuanto al acompañamiento que las cifras oficiales del Estado, pues, de los casos reportados entre 2014 y 2017, solo en un 39% de los trabajos de parto y parto ocurridos en salud pública hubo acompañamiento continuo de una persona significativa, mientras esta cifra fue de un 79% en el sector privado. Por ello, en salud pública, en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no pudieron contar con un acompañante significativo en algún o todo momento durante el trabajo de parto, mientras que esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias en salud privada, lo que muestra una gran brecha entre los dos sectores de atención.

En el caso del abuso verbal, que no puede ser justificado bajo ninguna circunstancia, y a pesar de su disminución progresiva en el tiempo, persisten casos de numerosas mujeres que reportan haberlo vivido. Según la encuesta de OVO, en el periodo 2014-2017, en un 43% de las experiencias de parto en el sector público, las mujeres declaran haber vivido crítica o represión de sus emociones y expresiones de dolor, lo cual se reportó en un 17% de las experiencias en el sector privado. Para el mismo periodo, en un 23% de las experiencias de parto en salud pública se reportó haber sido receptoras de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, o burlesco, mientras esto se reportó en un 5% de los casos de salud privada, y un 29% de mujeres en salud pública expresó haber sido amenazada durante la atención, versus un 7% en salud pública.

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

Además, los resultados de la encuesta OVO muestran grandes similitudes con el único estudio que se ha realizado en el país que detalla las intervenciones obstétricas practicadas durante la atención del parto. En 2016, Lorena Binfa y sus colegas de la Universidad de Chile publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado en 9 maternidades públicas de Chile (2 de la Región Metropolitana y 7 de otras regiones), cuyo objetivo fue evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Estado de Chile. La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de 1.882 mujeres con gestaciones fisiológicas que ingresaron a las maternidades en fase activa e iniciaron su trabajo de parto de forma espontánea. Si se comparan algunos datos de esa muestra con el reporte de experiencias de parto en salud pública de la encuesta de la institución, se encuentra que, para periodos de tiempo comparables, las mujeres que no contaron con alimentación durante el trabajo de parto fueron un 82% y 84% respectivamente; la episiotomía fue de 56% y de 58%; la rotura artificial de membranas de 59% y 48%; y los partos en posición de litotomía fueron de 80, lo que demuestra estándares deficientes de cuidado que no se alinean con las recomendaciones actuales.

Sobre las cesáreas, afirmó que, desde hace varios años, estudios internacionales y nacionales vienen alertando de las altas tasas en Chile y de sus consecuencias en la salud pública en el corto y largo plazo. La OMS, en 2015, reiteró su recomendación de 1985 de no superar el 15% de esta cirugía; no obstante, desde 2013 en Chile ocurren más cesáreas que partos vaginales, superando en los últimos años el 40% en hospitales, y el 70% en clínicas.

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

Agregó que hace casi una década, en 2006, investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), específicamente del grupo de investigación de salud materno perinatal, señalaron en una publicación en la revista Lancet que para cada aumento del 1% en la tasa de cesáreas, habría un incremento en los gastos del orden de los US\$9,5 millones. Es decir, considerando esa cifra y el aumento de 10% de cesáreas, en la última década, Chile ha aumentado su gasto en salud por concepto de nacimiento en US\$95 millones.

Por ello, surge la pregunta acerca de cuánto hubiese gastado FONASA si los más de 60 mil nacimientos que financia a través de la modalidad PAD (más de 46 mil millones de pesos), hubiesen ocurrido en los hospitales de la red pública de salud. En ese caso, habría gastado sólo una quinta parte de lo que gastó en el sistema privado. Estas gigantescas sumas de dinero que gastó FONASA en el tránsito de estas mujeres del sistema público al privado, subvencionando, además, un alto número de cesáreas (casi el doble que en el sistema público), muchas de ellas sin justificación médica, se podrían utilizar para mejorar otras áreas del cuidado materno y del recién nacido y/o para financiar mejoras la infraestructura mediante Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) y aumentar el número de profesionales en las maternidades públicas de nuestro país, y así alcanzar la relación de una matrona por cada mujer en trabajo de parto. Hoy los esfuerzos están puestos en que en los hospitales públicos haya una matrona por cada dos mujeres en trabajo de parto, algo que se cumple en muy pocas maternidades.

En el sistema privado de salud, cuyos datos, afirmó, se conocen con muy poco desglose, las cesáreas aumentan año a año, pues sobre un 60% de los partos ocurren por cesárea en el sistema

privado, en el sistema público es cerca de un 40%, en circunstancias que las cifras deberían ir entre un 15% y máximo un 30%. Las culturas de prácticas médicas, que tienen una alta injerencia en la forma en que se construye y reproduce el modelo de atención son una de las bases del problema, sin embargo la explicación de la situación actual es compleja, y en él interactúan diversas dimensiones y niveles: el sistema de salud de nuestro país en un sentido normativo, el sistema de salud en su dimensión simbólica y cómo impacta en los imaginarios del nacimiento en la población, la formación de los y las profesionales de la salud, la socialización hacia la población de los adecuados estándares, entre otros.

Por ello, sostuvo que es evidente que esto no sólo es un tema de recursos, de modo que, aunque la ley no comprometa recursos, apunta a cambiar el paradigma de atención.

Todos estos datos demuestran que las recomendaciones para la atención del nacimiento no se han logrado instalar, existiendo aún un modelo de atención fuertemente medicalizado y con prácticas invasivas practicadas en muchos más casos de los necesarios por motivos de salud que los ameriten, y tratos abusivos que impactan negativamente en la salud de las mujeres, junto a grandes inequidades entre mujeres de distintas posiciones socioeconómicas, particularmente en el caso de las mujeres ubicadas en las posiciones más vulneradas de la sociedad, pues son quienes reportan mayor frecuencia de abusos verbales, físicos, de discriminación, de sentirse desatendidas, acalladas o no tomadas en cuenta. En cuanto a grupo de edad, son las mujeres más jóvenes, en especial las adolescentes, quienes reportan los mayores abusos, cargados de recriminación del ejercicio de su sexualidad, por lo que reportan que hay una especie de castigo por haber iniciado su actividad sexual tempranamente.

Enseguida, al referirse a la ausencia de una regulación sobre la materia, afirmó que, pese a que Chile ha suscrito diversos pactos que obligan al Estado a hacerse cargo de adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, en concreto para garantizar los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el postparto, no existe una ley ni otro tipo de regulación que se haga cargo de este deber.

Por su parte, el Comité de Expertas de la Convención de Belém do Pará fue el primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos y recomendó, en 2014, la promulgación de leyes que penalicen la violencia obstétrica. Por su parte, el Informe de la Asamblea General de Naciones Unidas de 2019 hizo un llamado a que los Estados elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garanticen la rendición de cuentas por las

violaciones de los derechos humanos, señalando que lo que ocurre en la atención privada de salud también es responsabilidad del Estado, al no dar directrices claras a estos y normas que regulen la violencia ejercida a mujeres en dichos establecimientos.

Ante la falencia de una regulación, indicó que el único instrumento jurídico con el que se cuenta en estos momentos para resolver la mayoría de los casos es la ley de derechos y deberes del paciente, que, al tener un enfoque general, no se hace cargo de manera adecuada de esta especial forma de violencia, en toda su extensión y con todos sus matices, lo que da cuenta de una normativa específica sobre la materia. Además, en octubre de 2022, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció la existencia de la violencia obstétrica, señalando que era rol de los Estados garantizar el parto respetado, prevenir la violencia obstétrica y garantizar que quienes la sufren puedan acceder a justicia y reparación.

### **MIL RELATOS MÁS**

En sesión de 25 de octubre de 2022, la señora Neith Aramayo, representante de Mil Relatos Más, expuso ante la Comisión.

Inició su presentación señalando que la entidad se creó en noviembre del 2020, con el fin de visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer a través de testimonios de parto que, en la gran mayoría, corresponden a experiencias de violencia obstétrica, la que constituye también una violación de los derechos humanos, desde la violencia hacia la mujer como desde el derecho a la salud y el trato humano. Por su parte, desde el punto de vista de la medicina, durante el siglo XX se instaura la idea de parto como un evento médico, donde hay uso de medicamentos e intervención constante de profesionales, patologizando un proceso natural de la mujer.

En los relatos recibidos por la organización, se repte sistemáticamente el acompañamiento intermitente, la falta o nula información de los procedimientos, la inexistencia de consentimientos para procedimientos físicos como rotura de membranas, tactos, entre otros, junto a la práctica de procedimientos sin justificación médica, violencia verbal y/o física y patologización del trabajo de parto.

Asimismo, en tales casos subyace la violencia de género, la que es invisibilizada y legitimada por la sociedad. Así, surge la idea consistente en que se trata de la palabra de la mujer contra la del médico, lo que constituye una manifestación de la estructura de poder del dominado y el dominante, donde las mujeres son las oprimidas por quienes tienen el poder y el control del conocimiento y supuestamente de la palabra.

En ese contexto, valoró la disposición contenida en la letra g) del artículo 8 aprobado en primer trámite constitucional, que establece que toda madre tiene derecho a 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 recién nacido.

### **OBSERVACIONES**

El Senador Sanhueza abogó por considerar distintos puntos de vista en relación a la iniciativa en estudio, particularmente en materia de formación de los especialistas y las observaciones de los gremios del sector de la salud.

El Senador Juan Luis Castro afirmó que en los últimos años se han verificado cambios en la forma en que se concibe la atención médica en el parto, al incorporar la perspectiva de los derechos de los pacientes, lo que requiere implementar una medida legislativa sobre la materia.

La Senadora Pascual coincidió en la necesidad de implementar medidas que garanticen una adecuada atención en los procedimientos médicos vinculados al ámbito gineco-obstétrico, lo que requiere el compromiso en la formación integral de los profesionales de la salud

### **SESIÓN CELEBRADA EL 26 DE OCTUBRE DE 2022**

La Comisión de la Mujer y Equidad de Género continuó escuchando opiniones relativas al contenido del proyecto de ley en estudio.

### **RED CHILENA DE SALUD MENTAL PERINATAL**

La psicóloga e integrante de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal, señora Yanira Madariaga, expuso ante la Comisión respecto del parto como experiencia biopsicosocial, sexual y espiritual y los elementos de salud perinatal que deben ser considerados durante el análisis de la iniciativa.

Al efecto, explicó que la evidencia científica señala que las condiciones psicológicas para el parto requieren un ambiente de seguridad, tranquilidad y baja estimulación cortical. Por ello, el miedo y la inseguridad del entorno inhibe y prolonga el parto, de modo que si las mujeres tienen una experiencia positiva se generará un incremento en la autoestima, impactando también en la experiencia de la maternidad.

Acerca de la experiencia psíquica del parto y sus implicancias, afirmó que, según estudios se trata de un evento psicológicamente muy significativo en la vida, que las mujeres recuerdan toda la vida, con gran detalle y emoción.

Por ello, afirmó que la experiencia positiva de parto es aquella que cumple o supera las creencias o expectativas personales o socioculturales previas de la mujer. En relación a los derechos de las mujeres y sus recién nacidos, la mujer tiene derecho a una experiencia positiva de parto, a un acompañamiento emocional continuo, a ser informada, a manifestar su consentimiento, al contacto piel con piel con el recién nacido y al inicio de la lactancia materna inmediatamente, es decir, a que la mujer y sus hijos e hijas sean los protagonistas del proceso.

En relación a las experiencias negativas de parto, describió que algunos estudios dan cuenta que la mayoría de respuestas reportaron falta de apoyo, sentimientos de engaño por parte del personal sanitario y diferentes problemas durante el parto y postparto. Por ello, el miedo, la soledad, el estrés, el trauma y la depresión son una constante en los diferentes discursos de las mujeres.

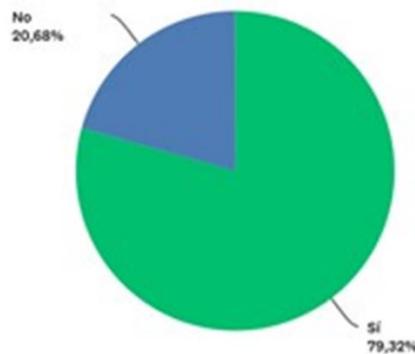
Al efecto, presentó una encuesta realizada en 2018 por la fundación OVO, que da cuenta de los siguientes resultados respecto de las experiencias negativas en el parto:



Agregó que, en una encuesta realizada por un colectivo de violencia obstétrica, el 79,32% de las mujeres dicen haber sido víctimas de algún tipo de violencia obstétrica. En el referido indicador, el 44,9% de las participantes fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos despersonalizantes ("mamita", "gordita", etc.) o como si fuera incapaz de comprender los procesos por los que estaban atravesando, el 42,8% fue criticada por expresar sus emociones (llorar, gritar de dolor, etcétera) durante el

trabajo de parto, un 45,9% manifiesta que le realizaron procedimientos sin pedir su consentimiento o sin explicar por qué eran necesarios y a un 28,6% se le prohibió estar acompañada por alguien de su confianza.

¿Sientes que has vivido alguna forma de violencia obstétrica?



Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica 2019 – 2020 en Chile

43

Tales experiencias negativas generan la percepción de ser infantilizadas o anuladas por parte del equipo médico, la percepción de vulnerabilidad que emerge de la atención recibida y el impedimento de estar acompañado durante el parto realización de procedimientos en ausencia de un consentimiento debidamente informado.

Además, las revisiones sistemáticas recientes de los factores de riesgo de trauma psíquico y estrés post trauma después del parto encontraron que el nivel de intervención obstétrica durante el parto, cesáreas y parto instrumental serían importantes predictores de trastorno del estrés post traumático, y existe una correlación entre partos traumáticos y sintomatología depresiva y ansiosa, pudiendo afectar también futuras gestaciones y partos, generando patologías que van en desmedro del establecimiento del vínculo saludable madre-hijo.

En relación al trauma y la violencia obstétrica, agregó que surge a partir de una relación asimétrica, donde las retóricas del cuidado hacen que el daño infringido por quienes se suponen que posiblemente deben cuidarlas pueda llegar a tener un efecto más profundo.

En razón de ello, propuso cambiar el paradigma vigente, para implementar una mirada preventiva, de promoción y reparación, junto a la educación, actualización y autocuidado de los y las profesionales de la salud.

Asimismo, se deben proteger los derechos de las mujeres, recién nacidos/as y sus familias, aplicar una ética de cuidados desde el periodo perinatal que facilite trayectorias de vida saludables, junto al acceso a educación prenatal con enfoque de género y de respeto de los derechos humanos.

Por ello, opinó que una ley de parto respetado permitiría garantizar derechos desde la gestación desde una mirada preventiva de promoción, favorecer experiencias positivas de parto y garantizar derechos de las mujeres y sus hijas e hijos, impactar de forma positiva en la salud mental de madres, bebés y sus familias -y, por tanto, de toda la sociedad-, y promover el derecho a maternar, junto a una más y mejor salud mental perinatal. Entre otras medidas, afirmó que tales objetivos requieren una formación de profesionales que incorporen este nuevo paradigma.

### **ONG MATRIA FECUNDA**

La señora Claudia González, psicóloga perinatal y representante de la ONG Matria Fecunda, expuso ante la Comisión.

En primer lugar, explicó que la organización nace el año 2015 a partir de experiencias deshumanizadas de parto, compartidas por sus integrantes, se constituyó como corporación el año 2016 y entre las líneas de acción de la ONG destaca la promoción de los derechos del parto y nacimiento, la visibilización de la violencia gineco-obstétrica y la reparación de esta última a través de acompañamiento psicoterapéutico de las víctimas, y representa a una región que, de acuerdo al Informe Anual de Derechos Humanos publicado por el INDH el año 2016, tiene la tasa de cesáreas más alta entre los hospitales públicos del país, alcanzando un 54%, y en que el 89,8% de los nacimientos ocurridos en el sector privado en los últimos 4 años (2018-2021) ha sido por cesárea. Dicho de otra manera, solo 9,2% de los nacimientos ocurridos en el sector privado en los últimos 4 años ha sido por parto vaginal (menos del 10%).

En efecto, en el caso de la región del Maule, durante los últimos 4 años, en promedio, todos los hospitales públicos superan el 50% de nacimientos por cesárea, alcanzando su mayor cifra el 2021 con un 57,1%, y existe una diferencia significativa entre el sector público y privado, pues en este último, las tasas de cesárea superan el 90% los años 2018, 2020 y 2021. Asimismo, a nivel regional en los últimos 4 años, se producen más nacimientos por cesárea que por vía vaginal.

En promedio, en los últimos 4 años, 4 de 7 hospitales públicos tienen tasas de cesáreas de 60% o más, y en el sector privado, un 89,8% de los nacimientos ocurren por cesárea. A excepción del

Hospital Regional de Talca, las cesáreas electivas, es decir, aquellas que se programan, superan el 80%.

En cuanto al uso de medidas no farmacológicas, afirmó que han tenido un aumento progresivo en los últimos 4 años, pero sigue siendo muy inferior en comparación con el uso de anestesia y analgesia, lo que se puede interpretar como un indicador de la exacerbada medicalización del trabajo de parto y procesos reproductivos de las mujeres.

A nivel regional, explicó que, del total de cesáreas practicadas en hospitales, 68,2% de ellas ocurrió en regiones, del total de cesáreas practicadas en clínicas privadas el 55,4% de ellas ocurrió en regiones, y del total de cesáreas practicadas en hospitales, 68,2% de ellas ocurrió en regiones.

En relación a las determinantes sociales en materia de salud, sostuvo que las mujeres y familias que viven en las regiones de Chile concentran un mayor porcentaje de pobreza por ingresos, pobreza extrema y pobreza multidimensional, que considera dimensiones como educación, vivienda, salud, trabajo y seguridad social. En materia de género, existen mayores brechas de género en las regiones del país y algunas variables que destacan son embarazo adolescente, violencia de género, entre otras. Ejemplo de ello es que, según la IV Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer, en 9 regiones aumentó significativamente la violencia intrafamiliar (VIF) en el periodo 2017 y 2020 y sólo disminuyó significativamente en la Región Metropolitana.

Acerca de la salud y la educación prenatal, afirmó que existe una menor implementación de talleres de educación prenatal del programa Chile Crece Contigo en regiones, junto a menos oferta de salud privada en regiones del país y menos acceso a maternidades en zonas de alta dispersión geográfica.

En materia de desigualdad, las mujeres con menos educación se exponen a mayor abuso verbal en la atención del parto, y el abuso verbal aumenta en las mujeres que tienen sus partos en hospitales públicos en relación a las clínicas. Además, las mujeres que dan a luz a sus bebés en un hospital tienen más riesgo de exponerse a abuso físico y las mujeres con menos acceso a educación prenatal, tienen más riesgo de intervenciones durante el parto.

Afirmó que ello permite concluir que no existe equidad en la atención del parto en las regiones de Chile, pues al analizar los partos y nacimientos desde la mirada de los determinantes sociales de la salud, la medicalización y patologización del parto y nacimiento en Chile, se explica mejor desde el determinante sistema de salud. Por ello, el intervencionismo del parto y nacimiento, considerando como indicador la tasa

de cesáreas, se agudiza en las regiones del país, de modo que vivir en región expone a las mujeres a una mayor probabilidad de que le practiquen una cesárea, indistintamente de su sistema previsional.

Así, las variables como el nivel educacional, acceso a talleres de educación prenatal, atención en sistema público de salud, se asocian a mayor prevalencia de abuso físico, abuso verbal e intervencionismo durante el trabajo de parto y parto. Todas estas características, sumadas a la pobreza por ingresos, pobreza extrema, pobreza multidimensional y brechas de género, ubican a las mujeres que les toca parir en regiones a una mayor exposición de las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica. Así, las mujeres que viven en zonas con alta dispersión geográfica, como son las mujeres de los desiertos de nuestro país, de los extremos sur de Chile y zonas rurales, tienen menos oportunidad de acceso a los servicios de salud que actualmente están habilitados para atender partos, dejando a las mujeres, bebés y familias en una vulnerabilidad aún mayor.

En consecuencia, la suma de vulnerabilidades sociales en regiones en integración con el determinante social consistente en el sistema de salud incrementa la inequidad en la atención del parto. Por ello, abogó por promover un cambio de paradigma en la atención de la gestación y el parto, desde un enfoque preventivo.

### **ORGANIZACIÓN DE GINECÓLOGAS DE CHILE**

La representante de la Organización de Ginecólogas de Chile, la doctora Claudia Santiago, expuso ante la Comisión.

Inició su exposición señalando que la asociación Ginecólogas Chile una agrupación de 55 ginecólogas que en distintas partes del país ejercen promoviendo el enfoque de género en el estudio y ejercicio de la obstetricia y ginecología.

Afirmó que los motivos para promover esta legislación son múltiples: el primero, la atención con enfoque de derechos, pues es imperativo entregar asistencia en el nacimiento desde el respeto y el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y sus familias. En efecto, tanto la ONU y su relatora oficial en el año 2019, como las distintas convenciones de derechos humanos y equidad de género, han suscrito ampliamente a esta problemática. Recientemente, el 15 de octubre, la Corte IDH instó a los Estados a prevenir y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva.

El segundo motivo es la perspectiva de género, entendiendo que el género no es solo un aspecto determinante de inequidad,

sino también un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el hecho de que hombres y mujeres enfermen y mueran. Por ello, cuando se habla de vulneraciones en el ámbito del parto se habla de experiencias traumáticas comparables a una agresión sexual en trauma y en secuelas, porque está relacionada con los procesos sexuales y reproductivos y con la genitalidad, porque se produce en un momento de gran vulnerabilidad y en el contexto de una relación asimétrica que además niega autonomía.

El tercer motivo es la evidencia científica y las recomendaciones nacionales e internacionales que apoyan el parto respetado.

Afirmó que, si bien los dos primeros pilares son de máxima importancia y resultan movilizadores, la agrupación propone enfocarse en el tercer pilar.

Por ello, antes de hablar de parto respetado se deben esclarecer conceptos de la fisiología del parto para entender que hay un sustento científico que se suma a argumentos legales y técnicos que le dan forma a esta ley.

El trabajo de parto es el proceso espontáneo o inducido que da lugar posteriormente al nacimiento de uno o más recién nacidos, y físicamente consiste en contracciones uterinas y en la dilatación del cuello del útero, lo que es posible gracias a múltiples procesos neurológicos y hormonales denominada "la cascada neuro hormonal", y para que siga su curso natural es absolutamente necesario contar con un ambiente de seguridad y confort. Con todo, el stress puede detener esta cascada, lo que es fundamental para la vinculación entre la madre y su cría y para que la experiencia de parto sea una experiencia favorable, agradable, donde cada recuerdo sea atesorado.

Por ello, el parto respetado es aquel en que el trabajo de parto, parto y postparto donde las y los funcionarios de salud respetan el proceso y su fisiología, a la gestante en su multi dimensionalidad y su autonomía, al que está por nacer y luego al recién nacido, y que todo dentro de un marco de seguridad. Este proceso requiere reconocer un enfoque inter seccional, de respeto irrestricto a los derechos y autonomía de la diversidad sexo genérico, de las personas con discapacidad, de las personas pertenecientes a pueblos originarios, de las migrantes y a las adolescentes que, a pesar de ser sujeto de derecho, desde la mirada adulto céntrica siempre son infantilizadas.

Ello requiere elevar el trato al máximo respeto, entregar información adecuada y ajustada a evidencia, valorar y validar el plan de parto de la gestante cuando éste no ponga en riesgo su salud o la del que está por nacer, evitar las intervenciones que no son necesarias y siempre obtener consentimiento antes de actuar.

Añadió que resulta fundamental recalcar que el concepto de parto respetado bajo ningún punto de vista es equivalente a parto inseguro o parto irresponsable, pues el parto respetado no tiene nada que ver con promover riesgos para la salud de gestante o hijo.

Agregó que la evidencia es clara y de buena calidad para afirmar que el acompañamiento continuo durante el parto favorece la experiencia, acorta el tiempo de dilatación, aumenta la probabilidad de parto fisiológico, disminuye los partos instrumentales (fórceps), las cesáreas, la necesidad de analgesia y el *apgar* bajo a los 5 minutos, sin ningún efecto adverso, siendo la medida más costo efectiva con buenos resultados perinatales. Por su parte, el parto en movimiento acorta el tiempo de la dilatación, disminuye las cesáreas, los partos instrumentales, las episiotomías y la necesidad de epidural, sin tener tampoco ningún efecto adverso.

Asimismo, el no alimentar durante el trabajo de parto disminuye el APGAR de los recién nacidos, provoca alteraciones metabólicas en la madre y los niños y disminuye de las contracciones, la libre posición al parir en mujeres sin epidural disminuye el expulsivo, las episiotomías y la instrumentalización, maniobras como el Kristeller están proscritas y causan daño y se recomienda, en trabajos de parto fisiológicos, monitorización electrónica fetal intermitente ya que la continua aumenta la tasa de cesáreas y parto instrumental. Además, se recomienda alivio no farmacológico del dolor, clampeo tardío del cordón umbilical, y no se recomienda episiotomía de rutina. Tales recomendaciones han sido consideradas en instrumentos nacionales e internacionales.

Con todo, a 10 años del programa de protección integral de la infancia "Chile crece contigo " un estudio de Lorena Binca demuestra que más del 80% de las mujeres en trabajo de parto no reciben alimentación, el 55% tiene monitorización continua lo que les impide moverse adecuadamente, el 91% esta con oxitocina sintética a pesar que la evidencia expuesta no lo apoya , un 30% está sin acompañante siendo que es la intervención más costo efectiva para buenos resultados, casi un 80% sigue pariendo acostada , y a un 56 por ciento se le realiza episiotomía cuando solo debería ser un 15-20%.

Por su parte, las mujeres señalan que el factor más relevante que aumentaba la satisfacción en sus partos era el acompañamiento continuo por un acompañante significativo elegido por ellas, y las acciones que se relacionaron con peor satisfacción fueron las cesáreas, el uso de analgesia epidural, la monitorización electrónica fetal continua y la episiotomía, lo que viene a confirmar que las recomendaciones científicas son las que generan una mejor experiencia de parto.

Por ello, propuso considerar que nacer es uno de los momentos más determinantes del ciclo vital de toda persona, razón por la

cual, se estima que tanto el período previo como el inmediatamente posterior son decisivos para el desarrollo de todas nuestras dimensiones humanas. La experiencia de parto para una mujer determinará en gran medida su salud mental en el postparto y ésta a su vez influenciará el desarrollo de herramientas para maternar.

En consecuencia, una experiencia positiva de parto es un factor promotor de salud para el binomio mejora indicadores de salud mental materna, promueve la lactancia materna, el vínculo madre - hijo y con ello la salud física y emocional del recién nacido.

En ese contexto, manifestó que este cambio de paradigma debe tener un enfoque preventivo más que punitivo, y para ello resulta fundamental que se incluya en las mallas curriculares de centros formadores el enfoque de derechos, la perspectiva de género y el concepto de parto respetado para todos quienes posteriormente trabajen en estos procesos. Además, sugirió procesos de capacitación formal para todo el personal de atención del nacimiento y que esta sea obligatoria y requisito de acreditación de los centros de salud.

Finalmente, sostuvo que la educación prenatal debe ser optimizada, acorde a la cultura, territorio y centro de salud de la gestante y deben utilizarse metodologías que permitan tener una mejor llegada a ellas y sus familias.

En relación al recurso humano necesario para poder brindar atenciones realmente respetuosas y seguras, propuso avanzar hacia maternidades que cuenten con una proporción de una matrona por gestante, como también lograr que siempre haya a lo menos dos médicos o médicas residentes de turno en cada maternidad de centros terciarios y un neonatólogo y anestesiista.

### **OBSERVACIONES**

El Senador Juan Luis Castro coincidió en los alarmantes indicadores relativos al número de cesáreas, lo que requiere analizar el rol que cumple el personal médico en los hospitales públicos, las prestaciones comprendidas en el uso del bono PAD y las tasas de sobre uso en el acceso a cesáreas.

Respecto a los casos del maltrato, consultó acerca de las medidas regulatorias que pueden adoptarse en la materia y para mejorar los índices de cesáreas, considerando los elementos economicistas que subyacen a los indicadores que registra nuestro país.

La psicóloga e integrante de la Red Chilena de Salud Mental Perinatal, señora Yanira Madariaga, afirmó que en materia de educación se requiere enfatizar la formación de especialistas de forma transversal durante los estudios universitarios.

La representante de la Organización de Ginecólogas de Chile, la doctora Claudia Santiago, coincidió con dicha observación, y sugirió incorporar la perspectiva de conocimientos más allá de la ciencia médica, por ejemplo, mediante el aporte de la antropología, incorporando la perspectiva de género en la formación de los especialistas.

Agregó que, en relación a los índices de cesáreas, señaló que los índices dan cuenta de su utilización excesiva, sin perjuicio que muchas pacientes la solicitan. Uno de los mecanismos de solución podría consistir en el cambio de paradigma sobre el parto y la necesidad de mejores prácticas y un parto humanizado, lo que requiere el empoderamiento de la gestante y la formación de especialistas.

La señora Claudia González, psicóloga perinatal y representante de la ONG Matria Fecunda, agregó que se debe considerar que los equipos médicos enfrentan una serie de problemáticas derivadas de la falta de humanización en el proceso de atención médica, lo que requiere transitar a un modelo integral de protección de los pacientes y del equipo médico.

-----

## **SESIÓN CELEBRADA EL 16 DE NOVIEMBRE DE 2022**

En esta sesión se recibió en audiencia a representantes de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y del Colegio de Matronas y Matrones de Chile.

### **SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

El presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, doctor Álvaro Insunza, expuso ante la Comisión las observaciones de la organización.

En términos generales, expresó que el proyecto abarca todas las prestaciones que puede recibir una mujer durante su vida, dado que en la definición de “salud sexual y reproductiva” se incluyen las niñas y las adolescentes y también las mujeres en la pre y post menopausia, de modo que no es una ley que abarque solo el embarazo, parto y puerperio como erróneamente se ha comentado.

Acerca de la situación actual en relación a derechos sexuales y reproductivos, afirmó que el artículo 19 la Constitución “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, y que la ley protege al que está por nacer”, de manera tal que proteger la salud de la mujer en todas las etapas de su vida y durante el embarazo, parto y puerperio y la de su hijo por nacer es un mandato constitucional, de modo que junto a tal garantía y la vocación de servicio se han obtenido éxito en los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal que no pueden desconocerse.

Con todo, afirmó que no existe actualmente una ley que aluda directamente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, por lo que concuerdan en que las atenciones en salud sexual y reproductivas deben enmarcarse en éstos, entendiendo por tales aquellos que permiten a todas las personas, sin discriminación ni violencia o coerción, ejercer plenamente su sexualidad como fuente de desarrollo personal y decidir autónomamente sobre la sexualidad y reproducción, contando para ello con la información, los medios y servicios que así lo permitan.

En este contexto, son derechos sexuales y reproductivos los siguientes, relacionados con las prestaciones en relación al embarazo, parto y puerperio: el derecho a acceso a los servicios de salud, el derecho al respecto de la integridad física, el derecho a la atención obstétrica, el derecho a la protección especial antes y después del parto y el derecho a la planificación familiar. De igual manera, afirmó que adhieren a que las atenciones y prestaciones en salud sexual y reproductiva deben enmarcarse en el apego irrestricto a la bioética con sus principios básicos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, y rechazan el irrespeto y el maltrato en la relación con las mujeres, su acompañante significativo y su entorno familiar.

Enseguida, afirmó que existen diversas normas en materia de protección al embarazo, parto y puerperio y del recién nacido actualmente vigentes.

En relación al concepto de violencia obstétrica, afirmó que a partir de la definición contenida en el proyecto resulta inapropiado, tendencioso e injusto que se utilice el concepto “*violencia obstétrica*” como término utilizado para referirse a las eventuales complicaciones de todo acto quirúrgico y a aquellas intervenciones médicas durante el proceso del parto, a menudo rutinarias bajo la evidencia científica.

Por ello, la organización rechaza que se realicen intervenciones innecesarias, o intervenciones ajustadas a protocolo, pero sin proporcionar información suficiente a las mujeres sin solicitarles su consentimiento por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente.

Con todo, reconoció que han existido y aún pueden existir algunas prácticas irrespetuosas; sin embargo, este modo de atención clínica no se ajusta a la realidad de la gran mayoría de las prestaciones del embarazo, parto y posparto y demás en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en nuestro país y criminaliza las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica.

Por ello, manifestó que la organización rechaza el término de “violencia obstétrica” y recuerda el compromiso de los especialistas en ginecología y obstetricia de velar, en todo momento, por el bienestar de las mujeres, su salud y la de sus hijos y por la mejora de la práctica clínica basada en la evidencia y en la ética, atención respetuosa, consentida y personalizada y garantizar el derecho a servicios de alta calidad para la atención del embarazo y el parto y a una atención de salud digna y respetuosa para todas las mujeres (OMS-OPS).

Acerca de la modificación propuesta al Código Penal, sostuvo que la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología considera que esta modificación es inconstitucional, puesto que vulnera el principio de igualdad ante la ley.

Enseguida, afirmó que entre las fortalezas del proyecto de ley se encuentra la incorporación explícita de los derechos sexuales y reproductivos en las prestaciones de salud sexual y reproductiva de la mujer y personas con capacidad de gestar desde la adolescencia hasta la posmenopausia, coloca a Chile en el ámbito de las recomendaciones internacionales de protección y respeto con enfoque de género y de derechos, incorpora al acompañante significativo en las prestaciones y rechaza el irrespecto y maltrato en la relación médico – paciente.

Entre las oportunidades que genera el proyecto, se encuentra la promoción en la atención sexual y reproductiva del buen trato, la atención personalizada y respetuosa y el parto como experiencia positiva, permite mantener y mejorar los actuales estándares de buenos resultados en indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, implementar las recomendaciones nacionales e internacionales en la atención del embarazo, parto y puerperio, producir un cambio actitudinal positivo en el personal de salud (educación de todo el personal) y en las usuarias (educación comunitaria), producir la participación de las usuarias en el tipo de atenciones (participación ciudadana) y lograr mejoras en equipamiento, personal (matronas en relación 1:1; dos médicos especialistas de turno en todas las maternidades del país) e infraestructura (salas de atención integral del parto)

Sin embargo, advirtió que las debilidades consisten en no contar con financiamiento para su adecuada implementación, no resuelve las brechas (justicia/equidad) para otorgar las prestaciones (infraestructura/personal), no responde adecuadamente al conflicto entre las

demandas de atención del “plan de parto” y las posibilidades del establecimiento para darles satisfacción, considerando que la mayoría de las maternidades públicas de Chile no cuentan con pre-partos que permiten la privacidad, el acompañamiento continuo ni acoger las preferencias de cada usuaria como tampoco salas de atención integral ni acompañamiento de matrona en relación 1:1. Asimismo, entra en detalles propios de recomendaciones técnicas o guías clínicas que debiera asumir el ente técnico (MINSAL), las que van cambiando en el tiempo de acuerdo a la medicina basada en la evidencia, e incorpora el concepto de “violencia obstétrica” y lo convierte en un delito en vez de utilizar un lenguaje propositivo.

En cuanto a las amenazas del proyecto, afirmó que introduce el ejercer “violencia obstétrica” con una connotación punitiva y con el deseo de producir un daño, promoverá la judicialización de la atención del parto y del resto de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, encarecerá las prestaciones por el costo de seguros de práctica clínica, no cuenta con el apoyo de los profesionales prestadores (matronas y matrones, gineco-obstetras) y disminuirá el interés de dedicarse a esta rama de la medicina y matronería.

Además, enfrenta a proveedores con las usuarias bajo el concepto de potenciales “violentadores” y obstaculizará las políticas públicas destinadas a acercar a la población a prestaciones de SS y RR: vacuna HPV, PAP, control prenatal, planificación familiar, alejando a las usuarias de los Centros de Salud en un momento en que se necesita retomar las atenciones no cumplidas y los desafíos para mejorar indicadores de salud materna y perinatal.

Por ello, entre las propuestas de la organización se encuentra la necesidad de legislar sobre el derecho a la atención en base a los derechos sexuales y reproductivos (como en el caso de Uruguay), eliminar los artículos que definen aspectos técnicos de la atención lo que debiera abordar la Comisión de Salud del Senado, instruir al MINSAL a la redacción de Normas Técnicas específicas (Comisión de Salud), eliminar el concepto de “violencia obstétrica” y sustituirla por “irrespeto y maltrato”, eliminar la modificación del Código Penal por ser inconstitucional, lo que debiera abordar la Comisión de Constitución del Senado, y solicitar al Ejecutivo el envío de un proyecto de ley que cuente con financiamiento para la mejora de los tres pilares para el cambio del paradigma de la relación entre mujeres y personas con capacidad de gestar y los prestadores de salud: la educación de población y personal, la mejora en infraestructura y la mejora en dotación de personal.

### COLEGIO DE MATRONAS Y MATRONES DE CHILE A.G.

La presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, señora Sandra Oyarzo, expuso ante la Comisión.

Inició su presentación señalando que el Colegio de Matronas y Matrones de Chile está compuesto por un directorio nacional y 20 consejos regionales, ambas entidades constituyen el Consejo Nacional, que es la máxima entidad. Además, afirmó que en Chile existen alrededor de 15.000 matronas y matrones distribuidos en los distintos sectores de atención, de las que 8.000 están colegiadas.

Dentro de los parámetros de atención, afirmó que las competencias actualizadas están escritas como declaraciones holísticas que reflejan la Filosofía y el Modelo de Atención de Partería/Matronería de la ICM, además de la Definición de la ICM de Matrona/Matrón y Alcance de la Práctica de la Partería/Matronería. De esta manera, las competencias promueven la autonomía de las matronas/matrones para ejercer en todo el ámbito de la práctica de la partería/matronería y en todos los entornos, el papel de la matrona/matrón para ofrecer apoyo psicológico y promover el parto natural, el papel de la matrona/matrón en la defensa de los derechos humanos, el consentimiento informado y la toma de decisiones para las mujeres, el papel de la matrona/matrón para promover la práctica basada en la evidencia, incluida la reducción de intervenciones innecesarias y el papel de la matrona/matrón para evaluar, diagnosticar, actuar, intervenir, consultar y referir según sea necesario, incluso proporcionar intervenciones de emergencia.

En relación a la práctica basada en la evidencia, afirmó que el grupo de Trabajo Regional para la reducción de la mortalidad materna establecidos lineamientos elaborados que comprometen una atención respetuosa.

Asimismo, afirmó que existen sanciones aplicables a los profesionales de la salud en diversas disposiciones legales, lo que da cuenta de la insuficiencia del aspecto punitivo, existen datos estadísticos, pues los profesionales del área envían mensualmente información al Ministerio de Salud respecto a partos, abortos, muertes fetales y se realizan auditorías por cada muerte fetal y materna, lo que genera planes de mejora que mantienen nuestros indicadores de morbimortalidad. Con todo, no cuentan con recursos físicos y humanos para cumplir la ley, pues no existen hospitales de alta complejidad sin matronas en las urgencias ginecobstétricas, junto a una brecha en la atención, servicios sin especialistas, anestesistas para analgesia ni tampoco unidades de atención de parto integral, por lo que se requieren recursos urgentemente. Sin embargo, afirmó que el proyecto no cuenta con financiamiento.

Agregó que los profesionales de la especialidad tienen normas apuntadas al trato respetuoso y se encuentran trabajando en mejorar la salud sexual y reproductiva generando normativas tanto a nivel central como normativas locales, teniendo como dificultad infraestructura y los recursos financieros y de capacitación.

Además, existe la falta de consideración por el programa careciendo de una dirección ministerial que actualice los protocolos de acuerdo a las actualizaciones, lo que constituye un caso de violencia.

Entre las oportunidades del proyecto, propuso un cambio de paradigma en cuanto a la atención sanitaria, no solo de la especialidad, requiriendo inyección de recursos para capacitación, promover el buen trato, la atención personalizada y respetuosa y el parto como experiencia positiva, basada en recomendaciones internacionales, mantener y mejorar los actuales estándares de buenos resultados en indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y promover la implementación de entornos laborales habilitantes y respetuosos para las y los profesionales de la salud que trabajan en el área de salud sexual y reproductiva (mejoras en equipamiento, personal e infraestructura), junto con poner en el centro de la atención de salud a las personas y sus familias.

Al referirse a las normas contenidas en la iniciativa, afirmó que se trata de un proyecto extemporáneo, pues han surgido varias leyes desde su presentación, carece de fundamento técnico, generaría un serio impacto en materia de salud pública ante una ley que no fomenta el desarrollo de la especialidad y aumentará la brecha de profesionales que deseen especializarse en el área, reduciendo inevitablemente los indicadores materno fetales.

En consecuencia, propuso reevaluar el proyecto, para convertirlo en una iniciativa dirigida a la protección de los derechos en salud basados en la creación de políticas públicas con financiamiento y que aporten reales soluciones y que no se enmarquen en técnicas que van cambiando en el tiempo según los nuevos descubrimientos científicos. Para ello, propuso considerar a los referentes técnicos del área y considerar que la normativa en salud sexual no tiene actualizaciones en sus políticas públicas desde hace 25 años.

### **OBSERVACIONES**

La Senadora Pascual afirmó que la iniciativa, en lugar de contener una finalidad meramente sancionatoria, apunta a establecer parámetros de atención de las personas en materia de salud sexual y reproductiva.

La secretaria del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, señora Eileen Estrada, reiteró que el proyecto reproduce normativa actualmente contenida en diversos cuerpos legales y no genera un cambio de paradigma en la atención de salud ni en la formación de especialistas.

La abogada de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, señora Elisa Walker, explicó que la agravante que el proyecto incorpora al Código Penal vulnera la igualdad ante la ley, pues operaría únicamente en el caso de profesionales de determinada área de la atención sanitaria, particularmente en el caso de la ginecología y obstetricia, y contendría una sanción desproporcionada y que resulta arbitraria.

### **SESIÓN CELEBRADA EL 29 DE NOVIEMBRE DE 2022**

En esta sesión se recibió en audiencia a entidades del Ejecutivo y al Colegio Médico.

#### **UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL MINISTERIO DE SALUD**

El representante de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, señor Gonzalo Rubio, y la representante de la directora nacional de Matronería, señora Giorgia Cartes, expusieron ante la Comisión.

Al iniciar su exposición, el señor Gonzalo Rubio afirmó que existe maltrato en la atención gineco obstétrica, de modo que se trata de un fenómeno que debe ser rechazado por los diversos actores de la comunidad. Con todo, sostuvo que no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir las conductas que constituyen dicho fenómeno. Al efecto, la OMS lo llama atención irrespetuosa o maltrato en obstetricia, lo que da cuenta de la necesidad de establecer una definición más precisa.

En ese sentido, propuso considerar una definición de violencia obstétrica que permita diferenciar el maltrato y las acciones de salud que pueden ser variaciones a la luz de la evidencia científica, que por definición es cambiante. Por ello, no resulta adecuado que las acciones de salud estén reguladas por ley, toda vez que deberían estar reguladas por un reglamento.

Agregó que existen problemas derivados de la falta de privacidad y posibilidad de acompañamiento a las pacientes, lo que constituye una demanda más vinculada a la infraestructura y recursos humanos en los centros de salud.

En cuanto a la penalización de los equipos de salud, afirmó que puede tener un efecto contraproducente, pues implica desatender

los lugares que no tengan una infraestructura ni personal adecuado ante la eventual aplicación de sanciones al personal médico.

A continuación, la representante de la directora nacional de Matronería, señora Giorgia Cartes, añadió que resulta adecuado analizar las implicancias presupuestarias del proyecto, sin perjuicio de incorporar un punto de vista intersectorial en el análisis de la iniciativa.

### **INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (INDH)**

La directora nacional del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), señora Consuelo Contreras, expuso ante la Comisión.

En el marco de prácticas de violencia obstétrica, afirmó que hay diversos derechos humanos que pueden verse vulnerados, tales como el derecho a la salud, en particular, a la salud sexual y reproductiva, a una vida libre de violencia, a la no discriminación, y la integridad física y psíquica, entre otros. En el caso del derecho a la salud, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo y señala que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y, a título de ejemplo, establece diversas medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, y que es obligación de los Estados de dar protección a las madres antes y después del parto.

Al interpretar el contenido de dicho artículo, mediante la Observación General 14, afirmó que el Comité PIDESC argumentó que “el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”.

Asimismo, el derecho a la salud también se reconoce, en particular, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5), de 1965; en el artículo 11 y 12 de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.

En cualquier caso, se debe considerar que el nivel más alto de salud constituye una obligación de máximos, aun cuando es de medios y no resultados.

Por su parte, en relación con la salud sexual y reproductiva, el Programa de acción de la Conferencia de Población de El Cairo de 1994, se refirió a los derechos reproductivos, afirmando que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En relación con la discriminación que afecta el ejercicio de derechos fundamentales por parte de las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), señala en el artículo 12 que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizaran a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le aseguraran una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Si bien la CEDAW no contiene disposiciones específicas acerca de violencia contra las mujeres, sostuvo que el Comité que vigila el cumplimiento de la Convención ha señalado que la violencia contra la mujer puede contravenir disposiciones concretas de la CEDAW, independientemente de que en ellas se mencione expresamente a la violencia o no, y que la violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce por la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de convenios específicos de derechos humanos, constituye discriminación, tal como se entiende en el artículo 1 de la Convención.

Finalmente, la Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes define por el término 'tortura' todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa

persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. El Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, señala en su informe de 2013: “La conceptualización como tortura o malos tratos de los abusos cometidos en entornos de atención de la salud es un fenómeno relativamente reciente”.

Agregó que tal documento señala que numerosos informes han documentado una variedad de abusos cometidos contra pacientes y personas bajo supervisión médica. Según el Relator, los cuidados médicos que causan graves sufrimientos sin ningún motivo aparente podrían considerarse crueles, inhumanos o degradantes, pues la jurisprudencia y las interpretaciones autorizadas de los órganos internacionales de derechos humanos sirven de orientación para aplicar los cuatro criterios de la definición de tortura en el contexto propio de la atención de la salud.

A su turno, según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos afirmó que “puede conculcarse el artículo 3 cuando, aun no siendo el propósito o el objeto del acto del Estado, por acción u omisión, degradar, humillar o castigar a la víctima, el resultado de ese acto no fuera otro que ese”. Respecto de la necesidad médica, el Relator señala que “Los pacientes en los centros de atención de la salud dependen de los profesionales sanitarios que les prestan servicios. En palabras del anterior Relator Especial: “La tortura, por ser la violación más grave del derecho humano a la integridad y la dignidad de la persona, supone una ‘situación de impotencia’, en que la víctima está bajo el control absoluto de otra persona”. Una de esas situaciones, además de la privación de libertad en cárceles u otros lugares, es la privación de la capacidad jurídica, que acaece cuando una persona se ve despojada de su capacidad para tomar decisiones y esta se asigna a terceros. Este es el caso especialmente cuando se somete a tratamientos invasivos, irreversibles y no consentidos a pacientes que pertenecen a grupos marginados, como las personas con discapacidad, independientemente de las alegaciones de buenas intenciones o de necesidad médica que se puedan realizar” (...) “ En otros casos, la administración no consentida de medicamentos o la esterilización involuntaria a menudo se defienden afirmando que son tratamientos necesarios que redundan en beneficio del denominado interés superior de la persona afectada”.

Sobre el uso del consentimiento informado como parte de las prácticas médicas, el Relator indica que “no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada. Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la

dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud”.

A nivel interamericano, el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señala que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” Además se dispone de un instrumento específico, la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (también conocida como Belém do Pará ), ratificada por Chile en 1998, que reconoce especial protección a las mujeres que puedan encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad a la violencia, en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada. La Convención dispone como deberes del Estado condenar “ todas las formas de violencia contra la mujer y conviene(n) en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia y en llevar a cabo lo siguiente: abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; e incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso.

En consecuencia, el Estado debe adoptar, en forma progresiva, medidas y programas para, entre otros aspectos, modificar patrones socioculturales que se basen en la premisa de la inferioridad de las mujeres o en los papeles estereotipados de género que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer; suministrar servicios especializados apropiados para la atención necesaria a las víctimas; y garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente respecto de las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

Finalmente, en su informe acerca del Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos (2010), la Relatoría de Comisión IDH hizo hincapié en cómo la protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de los Estados de garantizar por disposiciones legislativas o de otro carácter, que las mujeres disfruten del derecho al nivel más alto posible de salud física y mental sin discriminación. Respecto del particular, la Comisión IDH identificó barreras al acceso a estos servicios que

caracterizó como discriminatorias, por ello el Estado tiene la obligación inmediata de abordarlas. En ese sentido, señaló ciertos obstáculos que perpetúan estereotipos que consideran a las mujeres vulnerables e incapaces de tomar decisiones autónomas de salud. Entre ellos, se enumeran: la indiferencia, el maltrato y la discriminación por parte de funcionarios del sector salud; los estereotipos de género persistentes en este sector; las leyes, políticas y prácticas exigiendo a las mujeres la autorización de terceras personas para obtener atención médica; y la esterilización de la mujer sin su consentimiento, entre otros.

En materia de reparación, afirmó que un principio de Derecho internacional, que la jurisprudencia ha considerado «incluso una concepción general de derecho», consiste en que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente. La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

Para reforzar el alcance del deber de respeto y garantía del estado en materia de derechos humanos, hizo presente lo señalado por la Corte Interamericana de Derechos humanos en el caso Velázquez Rodríguez, pues se trata de un deber que implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación, los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos. (...) La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos”

A modo de recomendación, propuso que el Ministerio de Salud registre y sistematice información que permita cuantificar y cualificar la violencia hacia las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, en sus diversas dimensiones, a nivel nacional y regional, y que los poderes colegisladores aprueban normativa de atención de salud acorde a estándares internacionales de derechos humanos, que se haga cargo de las prácticas

adecuadas y respetuosas de la dignidad humana en materia de embarazo, parto y puerperio.

Asimismo, propuso asegurar la aplicación de la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención en salud, en las atenciones ginecobstetricias, para identificar, prevenir, sancionar y erradicar las distintas formas de violencia contra las mujeres.

Además, recomendó que los poderes colegisladores establezcan un sistema expedito y eficaz para investigar los reclamos y quejas en materia de violencia contra la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y, en caso que procedan, determinar responsabilidades, establecer sanciones y reparaciones, y recomendó al Poder Ejecutivo, por medio del MINSAL, realizar capacitaciones sistemáticas para el personal de salud y sus equipos, referidas a los estándares de derechos humanos y las recomendaciones de la OMS en el ámbito de la atención en salud obstétrica, con el fin de asegurar que las prácticas médicas respeten los derechos de las mujeres en este ámbito.

Finalmente, recomendó al Poder Ejecutivo, por intermedio del MINSAL, realizar acciones de promoción de derechos – por ejemplo, talleres, cartillas u otros– con las pacientes embarazadas, para informar acerca de sus derechos en el proceso de desarrollo del embarazo, parto y puerperio. Asimismo, los servicios de salud deben informar a las mujeres de los lugares y formas de presentar quejas y reclamos.

### **COLMED**

El presidente del Colegio Médico de Chile, doctor Patricio Meza, presentó las observaciones de la entidad.

En primer lugar, afirmó que la entidad empatiza con las personas que se han visto expuestas a condiciones de parto inadecuadas que han marcado negativamente la experiencia del nacimiento de sus hijas e hijos, ante la infraestructura anacrónica y precaria, recursos humanos y financieros insuficientes, malos tratos y falta de respeto a su autonomía en las decisiones, los que son algunas de las manifestaciones centrales de esta violencia. Por ello, afirmó que el objetivo del organismo consiste en aportar para lograr una atención en salud que respetando la autonomía y de manera inclusiva entregue estándares de calidad y seguridad al binomio madre-hijo.

Al mismo tiempo, puntualizó que el Colegio Médico no comparte la forma de abordar problemas sanitarios reales, complejos y multidimensionales mediante legislación particular para cada uno de ellos.

Luego, reconoció que la normativa actual ha sido insuficientemente aplicada para abordar adecuadamente la violencia obstétrica. Por ello, afirmó que se requieren reformas a la ley N°19.966, sobre régimen general de garantías en salud, y la ley N° 20.584 de derechos y deberes de pacientes, cuerpos legales que permitirían incorporar los ejes del proyecto de ley, y donde deberían incluirse este tipo de materias para contar con una legislación que efectivamente resguarde la dignidad de las personas gestantes, recién nacidos y sus familias. Sumado a lo anterior, sostuvo que la ausencia del Ministerio de Salud como ente rector y promotor de la política sanitaria es desconocer la historia de las políticas de salud en nuestro país, que tantos éxitos nos han dado.

Agregó que resulta adecuado fortalecer las condiciones para un parto humanizado, para que todas las personas tengan una experiencia en condiciones de respeto y que reconozcan la autonomía de las mujeres, lo que permite reconocer el problema y asegurar la dignidad del trato, la privacidad, confidencialidad y reconocimiento a la multiculturalidad. Afirmó que la capacitación y la formación que propone el proyecto de ley es necesaria y es posible abordarla al alero del marco normativo actual.

Enseguida, opinó que para hacer efectivos los principios que movilizan la ley, que busca asegurar el derecho a un parto humanizado e instalar este principio en el quehacer y cultura hospitalaria, resulta fundamental contar con los recursos económicos que permitan alcanzar las condiciones de bienestar para personas gestantes y por nacer, considerando que las condiciones de atención en el parto tienen un componente y explicación en la precariedad de la infraestructura y falta de recursos humanos hospitalarios, ya que no se puede reducir la problemática a la responsabilidad del personal de salud.

En línea con lo anterior, advirtió que el proyecto de ley arriesga un aumento en la judicialización sin abordar el problema de fondo, lo que es perjudicial tanto para profesionales de la salud como pacientes. Además, diluye la responsabilidad de la autoridad sanitaria sobre la problemática, pues todo procedimiento médico tiene riesgo de complicaciones que no son sinónimo de violencia ginecobstétrica. Asimismo, la ley establece que cada mujer puede llegar con su plan de parto y es obligación del centro de salud respetarlo, aun cuando las condiciones de las maternidades están lejos de poder cumplir dicha norma, como ha sido presentado por los actores directamente involucrados en la atención del parto en más de una oportunidad.

Finalmente, manifestó que el proyecto plantea una serie de disposiciones que apuntan más a temas reglamentarios que al ámbito de un proyecto de ley, mediante normativas, guías clínicas, protocolos y otros pertinentes de la discusión de organismos técnicos ad hoc. Por ello, afirmó que enumerar procedimientos específicos en un proyecto de ley no

responde a la naturaleza variable en el tiempo de las evidencias asociadas a procedimientos sanitarios.

### **CONSULTAS**

El Senador Juan Luis Castro afirmó que de las observaciones del Colegio Médico se deduce un planteamiento para no legislar en la materia, lo que no resulta justificado atendido el avance de la iniciativa que pretende resolver una materia de gran relevancia.

En relación a las estadísticas de cesáreas, consultó las razones que explican el número de casos a nivel nacional, que superan largamente los estándares sobre la materia.

La Senadora Núñez compartió tales observaciones, considerando que la presentación del Colegio Médico propone no avanzar en la resolución de una materia particularmente relevante. Asimismo, consultó acerca de la disponibilidad de financiamiento para la implementación de la normativa.

La Senadora Carvajal vinculó el estudio de la iniciativa con el contenido del proyecto de su autoría, correspondiente al Boletín N° 12.707- 11, que establece, garantiza y promueve los derechos gineco obstétricos de la mujer en el ámbito de las prestaciones de salud, y sanciona su vulneración. Enseguida, consultó las razones que explican los indicadores de la aplicación de cesáreas en el país.

Luego, consultó acerca de las medidas ha adoptado el Colegio Médico ante las denuncias por violencia obstétrica.

El Senador Sanhueza coincidió en la necesidad de conocer las razones que explican los indicadores de la aplicación de cesáreas particularmente en el sector privado, y propuso considerar que la regulación para la atención sanitaria constituye una materia de Estado, sobre todo en el caso del sector público, lo que requiere establecer estándares sobre el particular.

El presidente del Colegio Médico de Chile, doctor Patricio Meza, comentó que algunos de los objetivos del proyecto se pueden alcanzar mediante mecanismos distintos a una ley, por ejemplo, en materia de protocolos y reglamentos. Con todo, afirmó que resulta adecuado legislar consensuadamente en materias que promuevan estándares de atención de parto de acuerdo a las expectativas de las personas gestantes y de sus familias.

Acerca del porcentaje de cesáreas, afirmó que se trata de una materia que debe ser abordada en protocolos o guías clínicas, junto al aumento en la fiscalización en el cumplimiento de estas normas. Luego, entre otras medidas, solicitó la recuperación de la tuición ética por parte de los colegios profesionales y la disposición de recursos para el cumplimiento de los objetivos de la ley.

El representante de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, señor Gonzalo Rubio, en relación a los parámetros para la aplicación de cesáreas, afirmó que rige una norma de vigilancia sobre la materia, sin perjuicio de su uso excesivo en el sector privado aduciendo la solicitud materna, aun cuando no debería superar el 20% de los casos.

Enseguida, la directora nacional de Matronería, señora Giorgia Cartes, en relación al trato de los pacientes, afirmó que se debe abordar lo relativo a los recursos humanos necesarios junto a materias vinculadas a infraestructura para la atención integral del parto.

### **SESIÓN CELEBRADA EL 13 DE DICIEMBRE DE 2022**

En sesión de fecha 13 de diciembre de 2022, se recibió en audiencia a diversas entidades vinculadas con las materias reguladas en la iniciativa legal conocida como Ley Adriana.

#### **ASOCIACIÓN NACIONAL DE MATRONAS Y MATRONES DE CHILE (ASOMAT)**

La representante de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile -ASOMAT-, señora Alejandra Mendoza, expuso ante la Comisión.

En primer lugar, afirmó que existe la necesidad de promover la aprobación de la ley, pues permite aplicar los principios relativos a la salud integral, sexual y reproductiva, el respeto a la autonomía de la mujer y el no sometimiento a un daño innecesario, la humanización y la confidencialidad en la atención.

Explicó que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente, pues la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.

Por su parte, el parto no solo obedece a cambios físicos, sino también a una transición emocional y sensitiva de la madre y del

hijo que está por nacer. Según John Bowlby, resulta esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce.

Asimismo, al final de la gestación, la región cerebral que se ocupa de las emociones está madura, lo que podría ayudar a comprender la memoria “corporal” o incluso emocional del nacimiento.

A pesar de la creciente aceptación del parto como algo mecánico como todos los demás procesos corporales, afirmó que pasó de ser visto como un proceso mecánico inherentemente imperfecto y poco fiable, en que primaba la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa, lo que formó la base filosófica de la obstetricia moderna. A medida que la producción mecanizada de productos se fue convirtiendo en una metáfora organizativa fundamental de la vida social, también pasó a ser una metáfora dominante del parto, en que el hospital se convirtió en fábrica, el cuerpo de la madre en la máquina, y el bebé en el producto de un proceso de fabricación industrial.

Por ello, indicó que se requiere pasar de un modelo tecnocrático hacia un modelo humanista, personalizado y respetado, en que la esfera física y emocional se intergan como un todo y en que las mujeres son sujetos de derechos que requieren la entrega de información para otorgar su consentimiento.

Entre las medidas requeridas, afirmó que se requiere avanzar hacia el acompañamiento de una persona significativa, el acompañamiento significativo en cesárea y la preocupación de importancia del primer vínculo.

En consecuencia, señaló que cada mujer tiene derecho a estar libre de riesgo y no ser tratada como enferma (paciente), junto al derecho a la información, al consentimiento informado, al respeto a sus decisiones y preferencias -incluyendo su derecho a elegir su acompañante durante el proceso de atención-, a la privacidad y confidencialidad, a ser tratada con dignidad y respeto y a la igualdad, cuidado equitativo y sin discriminación.

Asimismo, abogó por establecer que la atención de salud alcance el nivel más elevado alcanzable, garantizando la libertad, autonomía, autodeterminación y ausencia de coerción, lo que requiere acabar con la violencia obstétrica.

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, SEÑORA MARCELA PUENTES**

La directora de la Escuela de Obstetricia y Neonatología Universidad Diego Portales, señora Marcela Puentes, expuso ante la Comisión.

Entre los aspectos positivos de la iniciativa, propuso considerar que se trata de una iniciativa amplia que da respuesta a una demanda histórica de las mujeres y sus cuerpos, y que rompe con el orden biomédico, donde las mujeres son objetos de estudio y no sujetos de derecho. Asimismo, integra a todos los grupos humanos que tienen capacidad reproductiva como cuerpos gestantes, visibiliza que niñas y adolescentes también son sujetas de derecho y da un espacio a las mujeres privadas de libertad, que, aunque estén cumpliendo una pena, no dejan de ser personas.

En el mismo sentido, afirmó que el proyecto considera la necesidad de poner a la mujer en el centro de sus procesos reproductivos, visibiliza más formas de violencia, no solo la obstétrica, incluye espacios habitualmente poco visibilizados y reconocidos, en lo relativo a la muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud sexual y reproductiva. Además, afirmó que la ley detalla con claridad todos los aspectos que serán considerados como violencia gineco-obstétrica, es equitativa para servicios públicos y privados, y genera esperanza, pues es un esfuerzo desde el Estado respecto del reconocimiento de derechos que en el mundo son básicos hace décadas, y sitúa a las mujeres como protagonistas de sus procesos reproductivos y no meras espectadoras.

Con todo, entre las posibles amenazas, explicó que existen obstáculos para ser implementada, por ejemplo, en materia de formación y especialización, junto a un sistema de salud muy jerarquizado con tendencia a la inamovilidad de sus bases, lo que queda de manifiesto en que hace más de 30 años se habla de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, lo que aún no termina de ser una realidad.

Además, existen necesidades estructurales y sociales semejantes y se requerirá aunar voluntades y crear consciencia que esta no es una amenaza si no un gran logro. Asimismo, sostuvo que la forma en que interactúa la sociedad se verá reflejada en su implementación, siendo el punto de inflexión, y los equipos clínicos también experimentan violencias estructurales en su vida y dentro de los espacios de trabajo. Ello requiere compromisos del mundo académico para que la formación de nuevas generaciones de profesionales, para pensar cómo hacer de la formación de las/os nuevas/os profesionales de salud agentes de cambio y renovación.

En razón de ello, afirmó que ha habido avances a raíz de la incorporación de la atención integral del parto en los hospitales públicos y clínicas privadas del país, junto a procesos a las garantías explícitas en salud.

Para continuar con los avances, propuso implementar medidas para que las nuevas generaciones de mujeres tengan claridad sobre sus derechos, junto a la revisión de las mallas curriculares, trabajar por el buen trato desde las primeras experiencias clínicas con las/os estudiantes, integrar conscientemente en el currículum la perspectiva de género, la atención basada en derechos humanos como piedra angular de la formación, y avanzar en buenas prácticas en centros de salud.

### **PARIRNOS CHILE**

La directora de la organización Parirnos Chile, señora María José Morales, presentó las observaciones de la entidad.

Luego de exponer una serie de casos de violencia obstétrica, valoró que el proyecto de ley sea integral y abarque las distintas prestaciones gineco obstétricas, incluyendo el aborto en tres causales.

En lo que respecta a la violencia obstétrica en contexto de la gestación y el parto, sostuvo las mujeres y personas que gestan tienen miedo fundado de parir, de modo que resulta injustificable que uno de los argumentos para no aprobar el proyecto de ley sea el temor a la judicialización por violencia obstétrica, cuando las buenas prácticas y la voluntad son lo más importante para evitarla.

Describió que constituye violencia obstétrica la circunstancia que casi el 80% da a luz en posición ginecológica, el 85,1% de mujeres no puede comer ni beber durante su trabajo de parto, en casi un 60% de los partos se rompe artificialmente las membranas (bolsa), más del 90% recibe oxitocina sintética, para acelerar el parto. Además, en algunos hospitales y clínicas tal proceder se usa en el 99% de los partos, lo que brinda comodidad al equipo obstétrico a costa del bienestar de la mujer y salud del bebé. En casi un 60% de los partos se rompe artificialmente las membranas, sólo un 25% de los hospitales públicos permite un acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto, indicador que en las clínicas privadas alcanza al 87%, y a diferencia de otros países de la región y el mundo, aun cuando Chile cuenta con profesionales altamente capacitados desde lo técnico, alta cobertura de control prenatal y atención profesional del parto. Por tanto, es necesario ocuparse de la calidad y percepción positiva de la experiencia de las mujeres que paren e interrumpen sus gestaciones por las tres causales.

Agregó que la gestación, parto y postparto son hitos en la vida sexual y reproductiva de la mujer que comparten una característica, al ser eventos fisiológicos. Sin embargo, la norma cultural indica que la gestación y el parto deben ocurrir en un contexto médico, lo que ha tenido enorme influencia en la manera en que vivimos y acompañamos estos procesos, asimilándolos cada vez más a una patología.

Por ello, puntualizó que dejar de ver el parto como una enfermedad es aprender a acompañar las necesidades básicas de una mujer de parto, que son muy simples y que no requieren una gran tecnología: seguridad, intimidad, tranquilidad y el libre movimiento. En consecuencia, sostuvo que la mujer necesita sentirse cómoda físicamente, en un ambiente oscuro y silencioso, rodeada de pocas personas en las que confíe, su pareja o una doula, que le permitan hacer el trabajo de parto a su ritmo. Tal situación favorece el fluir hormonal necesario para que el parto avance, pues si la mujer siente frío, miedo, soledad, se siente amenazada, humillada o ridiculizada se viola su intimidad, y si tiene que defenderse se gatilla una respuesta de estrés que bloquea, dificulta e incluso detiene el proceso fisiológico, natural e involuntario de dar a luz.

Desde el punto de vista de la dignidad, respeto y autonomía de la mujer, explicó que junto a tales necesidades básicas resulta esencial que la mujer siempre sienta que tiene el control de la situación, pues es la real protagonista en la toma de decisiones en lo que respecta a su parto.

Tal noción de autonomía significa que las mujeres tienen el derecho a la última palabra cuando se trata de tomar decisiones que afectan su cuerpo y salud, y que nadie puede intervenir en dicho territorio íntimo sin su consentimiento, mucho menos mediante amenaza o coacción. Tal consagración de la autonomía debe ir de la mano de un cambio de mirada, en que la mujer sea considerada una sujeta adulta, competente, capaz de ponderar riesgos y beneficios y ser responsable, pudiendo decidir aun cuando esa decisión contradiga el consejo médico.

En consecuencia, si se concibe a la mujer como la protagonista en la toma de decisiones, a los profesionales de salud les corresponde poner a disposición de la mujer información actualizada, certera y comprensible sobre sus alternativas. Al efecto, la iniciativa consagra una herramienta que facilita este diálogo, correspondiente al plan de parto, pues en su artículo 6 dispone que será obligación de las instituciones y centros de salud acoger el plan de parto presentado por la mujer, en cuyo caso 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.

Desde el punto de vista internacional, afirmó que la violencia gineco obstétrica es un problema que ha suscitado una discusión a nivel mundial, tal como ha sido destacado por la ONU, que ha alertado sobre el “fenómeno generalizado y sistemático de esta forma de violencia” e insta a los responsables de cada país a tomar medidas urgentes, e insta a que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas cuando ocurran vulneraciones.

Siguiendo tal propuesta, describió que existen muchos países con modelos de cuidados que respetan la fisiología del parto, los que se centran no solo en mejorar los indicadores de salud materna y neonatal, si no con un fuerte énfasis en la autonomía de la mujer y respeto de sus derechos humanos.

Agregó que es evidente que existe la necesidad de garantizar que en el momento del parto toda mujer pueda parir sintiéndose fuerte, libre y poderosa, y que los profesionales partan del supuesto que son personas competentes y sujetos de derecho, que ninguna mujer recuerde su parto y el nacimiento de su bebé como una experiencia negativa, y que sea posible elegir el lugar que otorgue seguridad para el parto, ya sea en una institución o en la casa, y que tal decisión no sea un privilegio.

Asimismo, se requiere que ante cualquier procedimiento se informe y se pida autorización, que gestar y parir rodeada de respeto, dignidad y compañía sea una garantía del sistema.

Finalmente, subrayó que también se requiere que todas las personas, independientemente de la etnia, color, recursos, estudios, religión, orientación sexual e identidad de género, puedan tener partos respetados, tranquilos y amorosos.

### **COMUNIDAD Y JUSTICIA**

La abogada de la Corporación Comunidad y Justicia, señora Rosario Corvalán, expuso ante la Comisión.

Al iniciar su presentación, afirmó que el proyecto de ley presenta falencias graves tanto a nivel de técnica legislativa como de fondo.

Al efecto, puntualizó que para formular un proyecto de ley deben responderse muchas preguntas, las que suelen comenzar por el diagnóstico de un problema, del que surge la pregunta de

cómo resolverlo. Algunas veces la respuesta podrá ser que una ley es una herramienta jurídica que puede contribuir a dicha solución, y luego vienen otras preguntas, por ejemplo, relativas a determinar si hay legislación vigente relacionada con el tema, si esa legislación es contraria a la que se quiere proponer y por lo tanto hay que modificarla, o si acaso ya existen leyes que regulen la materia en el mismo sentido y por lo tanto en realidad la solución del problema no pareciera ser legal.

En ese contexto, afirmó que al reconocer que las vulneraciones de derechos a mujeres en el ámbito de la gestación y el parto son una realidad en nuestro país no significa necesariamente que haya que dictar una ley y menos que el proyecto sea la solución adecuada.

Por ello, opinó que hay aspectos del proyecto de ley que no solo no solucionan este problema, sino que crean otros, atentando contra derechos fundamentales, y que hay herramientas jurídicas que permiten hacerse cargo de esos problemas, de modo que el problema sería de aplicación de las normas vigentes.

Respecto de los problemas del proyecto, en primer lugar, afirmó que en su fundamentación da por hecho que el aborto es un derecho en nuestro ordenamiento jurídico, lo que en su opinión constituye un error, la ley del año 2017 solo despenalizó el aborto, pero no lo convirtió en un derecho.

Un segundo problema dice relación con el lenguaje que utiliza el proyecto de ley, en particular con la frase “mujer u otra persona gestante”, pues ello -advirtió- quiere decir que el proyecto considera que no solo las mujeres pueden gestar, aun cuando gestar es algo propio y exclusivo de las mujeres y aun cuando una mujer se pueda percibir a sí misma como un hombre.

Añadió que un tercer problema es especialmente grave y consiste en que el proyecto menciona en varias ocasiones a “la madre o persona que lo gestó” (al hijo). Con todo, el ordenamiento jurídico establece que la maternidad se determina por el parto, pues el artículo 183 del Código Civil dispone que “la maternidad queda determinada legalmente por el parto”, lo que significa que quien gesta es la madre del niño, independiente, obviamente, de que después pueda ser dado en adopción. El proyecto, en cambio, pretende que pueda existir una persona que geste y que no sea considerada madre, lo que refiere, según se puede inferir, a la situación de los vientres de alquiler. Así, “la persona que lo gestó” – en términos del mismo proyecto – sería quien “presta” su vientre, y la madre sería la “contraparte”, lo que resulta grave, pues en nuestro país dicha materia no está regulada.

Otro problema dice relación con la vulneración al derecho y deber preferente de los padres a educar a sus hijos, pues el artículo 4, letra k), del proyecto de ley considera como hecho constitutivo de violencia gineco-obstétrica el “introducir barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad”. En la misma línea, la letra o) de ese artículo señala que es violencia gineco-obstétrica el “no respetar el consentimiento y la autonomía de una niña adolescente”, lo que implica que una niña de cualquier edad puede acceder a cualquier tipo de anticonceptivo sin necesidad, siquiera, de informar a los padres. Tal regulación resulta más laxa que la legislación vigente, pues el artículo 2 de la ley N° 20.418, señala que, si el método anticonceptivo al que accederá la niña es la pastilla del día después, se deberá informar “posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale”.

Además, opinó que la referida letra k) del artículo 4 del proyecto de ley es redundante, porque el mismo artículo 2 de la citada ley vigente ya señala que “toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de fertilidad femenina y masculina”. La diferencia es que, en el caso de este proyecto de ley, la contravención al artículo trae aparejada una sanción pecuniaria, de modo que se podría sancionar por entre 30 a 60 UTM (en los términos del artículo 15 del proyecto) a un establecimiento de salud porque un funcionario no entregó a una niña de 12 años una pastilla del día después sin el consentimiento, o incluso conocimiento, de sus padres, pues podría ser visto como una barrera de acceso, configurándose una de las hipótesis de violencia gineco obstétrica que enumera el proyecto de ley, y por lo tanto haciéndose aplicable la sanción que el mismo proyecto señala.

Más allá de la sanción pecuniaria, afirmó que tal artículo del proyecto de ley pretende que los padres puedan ser dejados fuera de decisiones relevantes incluso de sus hijos menores de 14 años, como lo son el solicitar acceso a anticonceptivos o a una pastilla del día después, lo que vulnera el derecho de los padres a educar a sus hijos, reconocido en el artículo 19 N°10 de nuestra Constitución.

Agregó que otros aspectos preocupantes dicen relación con la agravante que se intenta incorporar al Código Penal, pues genera problemas jurídicos serios al atentar contra el principio del non bis in ídem, que es uno de los principales del derecho penal, y que significa que un mismo hecho no puede castigarse dos veces.

Un último punto consiste en las redundancias del proyecto respecto de la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes. Por ejemplo, afirmó que la ley sobre derechos y deberes de los pacientes dice que “las personas tienen derecho a recibir un trato digno y

respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia”, mientras el proyecto de ley dice que “ los prestadores deberán entregar un trato digno a la mujer u otra persona gestante durante todo el período de su atención de salud”; la ley de derechos y deberes de los pacientes señala que “ toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización, y el proyecto de ley señala que “el padre o persona significativa” tiene derecho a “estar presentes durante todo el proceso de nacimiento”; y la ley de derechos y deberes de los pacientes señala que toda persona tiene derecho a “información suficiente, oportuna, veraz y comprensible”, mientras que el proyecto de ley señala que “la mujer u otra persona gestante” tiene derecho a “ser informada sobre el estado de evolución de su parto”, entre otras reiteraciones entre la ley vigente y el proyecto.

A modo de conclusión, mencionó que el proyecto, por un lado, reitera regulaciones que ya existen y, por otro, incorpora artículos que atentan contra otros derechos o bienes jurídicos, de modo que la pregunta para aprobar o no este proyecto no es si “la violencia gineco-obstétrica existe o no”, sino si se trata de una ley que permita solucionar estos problemas.

### CORPORACIÓN HUMANAS

La representante de la Corporación Humanas, señora Luz Reidel, expuso ante la Comisión.

Entre los antecedentes de la presentación, afirmó que la Corporación valora el debate el proyecto de ley, pues se trata de una moción de diputadas y diputados de diversos partidos políticos en alianza con organizaciones de la sociedad civil que trabajaron por largo tiempo en su preparación, que contó con apoyo transversal durante su tramitación y aprobación en primer trámite constitucional ante la Cámara Baja.

Describió que la iniciativa apunta a enfrentar una particular manifestación de la violencia de género -la violencia ginecobstétrica- que afecta a mujeres en el contexto de atenciones de salud sexual y reproductiva, tanto en establecimientos públicos como privados, y que causa sufrimiento psicológico, físico, sexual y graves daños, e incluso puede llevar a la muerte.

Afirmó que, durante la discusión del proyecto de ley, ante la Cámara de Diputadas y Diputados, se han expuesto casos que dan cuenta del impacto y extensión de las conductas constitutivas de violencia ginecobstétrica en la atención de salud de las mujeres, así como de su naturalización e invisibilización como manifestación de violencia de género.

De acuerdo a un estudio realizado en 2019 a mujeres mayores de edad residentes en la región de Valparaíso que alguna vez han recibido atención ginecológica: “un 11,8% reporta haber recibido comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, referidos a su comportamiento sexual, por parte del personal de salud ginecológica que la atendió. Un 10% sintió que sus prácticas sexuales eran juzgadas o que se hablaba de ellas en tono moralizante. Del mismo modo, un 18,7% expresa que sus consultas no eran apropiadamente atendidas por los equipos de salud. Un 7,2% recibió comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o genitales y un 9% recibió comentarios impertinentes sobre su físico, su vestimenta o higiene personal. Un 11,9% de las mujeres de la muestra fue blanco de retos o amenazas del personal que la atendió y un 18,5% se sintió infantilizada o ignorada al realizar consultas sobre su salud ginecológica”.

Por otra parte, un 9,8% sintió vulnerada su intimidad pues se le realizaron tactos "inapropiados" dado su motivo de consulta. Un 23,1% reporta la realización de procedimientos que le causaron dolor de forma intencional, un 11,8% fue víctima de otras prácticas violentas (uso de fuerza y procedimientos dolorosos innecesarios) y a un 3,8% se le obligó a desnudarse cuando aquello no guardaba relación con su consulta. Un 4,2% siente que fue víctima, de algún modo, de violencia sexual (un 3,8% adicional no está segura de ello) por parte de algún miembro del equipo médico. Finalmente, un 8,8% de las participantes siente que la han medicado sin tener claridad de qué modo dichos medicamentos pueden ser de utilidad para su salud ginecológica.

En materia de violencia obstétrica durante la atención del parto, a partir de la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile (GINOBS2020), se ha señalado que: “de las 2.105 mujeres encuestadas, 79,28% considera que experimentó VO [violencia obstétrica] durante su parto. En relación con el tipo de institución en que se realizó el parto, esta cifra aumenta a 86,5% en los hospitales públicos y desciende a 72,4% en clínicas privadas [...]. Los resultados indican que la percepción de ser infantilizadas o anuladas por parte del equipo médico, la percepción de vulnerabilidad que emerge de la atención recibida, el impedimento de estar acompañadas durante el parto y la realización de procedimientos en ausencia de un consentimiento debidamente informado son las más frecuentes.

Al analizar los resultados segmentados por el tipo de institución (privada o pública), se observa que, en los hospitales públicos, las medias más altas refieren a la sensación de sentirse infantilizada o anulada por el equipo médico, la dificultad de manifestar inquietudes o temores, expresar sus emociones durante el trabajo de parto y la exposición a la mirada de personas ajenas al equipo médico, todas situaciones que las hicieron sentir vulnerables. En el caso de las clínicas privadas, la sensación

de sentirse infantilizadas o anuladas es la experiencia comunicada con mayor frecuencia, al mismo tiempo que la realización de procedimientos sin entregar consentimiento ni recibir información, el uso de sobrenombres o diminutivos como si fueran incapaces de comprender la experiencia por la que atravesaban, y la sensación de vulnerabilidad que emerge de ella son las que logran las medias más altas. [...]. Se observa una gran cantidad de comunicaciones de prácticas tales como la prohibición de consumir líquidos y alimentos (68,8%), la indicación de mantenerse acostada durante todo el tiempo que duró el parto (57,7%), la administración de medicamentos para “apurar” el parto (51,2%), el rasurado de genitales externos (50,2%), los tactos vaginales reiterados y realizados por personas diferentes (48,8%), las cesáreas (48,1%), la rotura artificial de membranas (45,9%) y las episiotomías (43,3%), entre otros.

En relación a las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, sostuvo que el Estado de Chile es parte de tratados internacionales que protegen los derechos humanos de las mujeres y las niñas, incluyendo su derecho a una vida libre de violencia y los derechos sexuales y reproductivos. En particular, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) –vigente en Chile desde 1998– define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”, cuyas manifestaciones abarcan la violencia física, sexual y psicológica que se ejerza en diversos espacios como la familia y otras relaciones interpersonales, la comunidad en general, los establecimientos de salud, entre otros, y comprende la violencia ejercida o tolerada por agentes del Estado, donde quiera que ocurra.

Además de condenar la violencia contra las mujeres, los Estados se encuentran obligados a no incurrir en ella y velar por que sus autoridades, agentes e instituciones tampoco lo hagan; actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia; adoptar leyes y medidas administrativas u otras para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y medidas de protección frente a riesgos a la vida o integridad de las mujeres; modificar normativas y prácticas de tolerancia frente a la violencia; definir procedimientos que permitan proteger a las víctimas y asegurar su acceso a la justicia y reparación de los daños; entre otras.

En ese contexto, afirmó que los derechos sexuales y reproductivos, aunque no estén reconocidos con esa denominación precisa en algún tratado internacional específico, hacen parte de los derechos y libertades protegidas por los tratados de derechos humanos vigentes en Chile y por diversos instrumentos internacionales, y por ello se les reconoce como derechos humanos. Se trata de derechos que permiten a todas las personas, sin discriminación ni bajo ninguna clase de violencia o coerción,

ejercer plenamente su sexualidad como fuente de desarrollo personal y decidir autónomamente sobre su cuerpo, su sexualidad, reproducción y proyecto de vida, contando para ello con la información, los servicios y los medios que así lo permitan.

Entre los derechos y libertades protegidos por los tratados internacionales de derechos humanos se encuentran específicamente garantizados el derecho a la vida; el derecho a la integridad personal y la prohibición de torturas y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes; el derecho a la igualdad ante la ley; el derecho a la vida privada; la libertad de pensamiento, conciencia y religión; la libertad de expresión y de información; el derecho a la protección de la familia; el derecho a la protección de la maternidad; el derecho a la salud; el derecho a gozar de los beneficios de avances científicos; el derecho a la educación; el derecho a elegir el número y espaciamiento de los/as hijos/as; el derecho de las mujeres y las niñas a una vida libre violencia, entre otros.

En virtud de los tratados internacionales sobre derechos humanos vigentes en el país, el Estado de Chile se encuentra obligado a respetar, garantizar, promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos a todas las personas en el territorio nacional, en el marco del principio de igualdad y no discriminación. En especial, destacó que de acuerdo a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) –vigente en el país desde 1989–, el Estado de Chile se encuentra obligado a garantizar a las mujeres, en condiciones de igualdad, su atención de salud, incluyendo información y servicios de planificación familiar, así como en relación al embarazo, parto y período posterior al parto; asegurar su derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos; y a acceder a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Entre otros instrumentos internacionales sobre derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha definido en diversos instrumentos el concepto de violencia obstétrica señalando que esta “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”, reconociéndola como una forma de violencia en contra de las mujeres que se encuentra proscrita en razón de lo dispuesto por tratados internacionales, como la precitada Convención Belem do Pará, y que importa además una manifestación de discriminación.

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General Núm. 24, sobre la Mujer y la Salud recomienda a los Estados Partes “ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su

ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica”; y particularmente “e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa; f) Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”.

En el año 2013, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, acordado por los países participantes de la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se señalan como medidas prioritarias a adoptar por los países: “43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida “y “45. [...] Mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias “.

Enseguida, se refirió al proyecto de ley aprobado en primer trámite constitucional.

Al efecto, conforme a las obligaciones asumidas por el Estado de Chile, manifestó que la violencia ginecobstétrica es una manifestación de la violencia de género, que limita severamente el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Se trata de un concepto reconocido por los órganos internacionales de derechos humanos, cuya conceptualización emana, por una parte, de la realidad de los países conocida por dichos órganos en el ejercicio de sus funciones y, por otra, de los derechos humanos reconocidos en los tratados internacionales.

En razón de ello, estimó pertinente destacar las fortalezas del proyecto de ley actualmente en discusión por esta Comisión, a la luz de los tratados y estándares internacionales de derechos humanos.

Respecto de las vulneraciones de derechos hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar, sostuvo que debido a discriminaciones múltiples que enfrentan grupos diversos de mujeres, las

brechas en el acceso a las atenciones de salud, y la calidad y las características de las mismas, tales vulneraciones se han agudizado a raíz de la pandemia desde el mes de marzo de 2020. En razón de las obligaciones contenidas en los tratados internacionales vigentes en nuestro país, es responsabilidad del Estado abordar estas problemáticas, asegurando el acceso a los bienes y prestaciones de salud sexual y reproductiva, eliminando todos los obstáculos para ello, entre los que se cuenta la violencia vivida en los recintos de salud, pues sólo asegurando una atención libre de violencia, se asegura el acceso a las atenciones.

En ese contexto, aseveró que el proyecto de ley constituye un aporte para el cumplimiento de las obligaciones del Estado de Chile en la materia, pues garantiza y promueve los derechos de las mujeres y personas gestantes, así como de la persona recién nacida y del padre o persona significativa en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto, así como también en torno a su salud sexual y reproductiva.

Además, el proyecto incorpora en nuestro sistema normativo el concepto de violencia ginecobstétrica, en términos similares a los ya revisados en el apartado relativo a las obligaciones internacionales de Chile en materia de derechos humanos. Ello requiere considerar que suele hacerse referencia con mayor frecuencia a la violencia que rodea la atención de los embarazos y partos (violencia obstétrica) en desmedro de la violencia que ocurre en la atención de salud sexual (violencia ginecológica), a pesar de la gravedad de ambas, por lo que es destacable que el proyecto considere un concepto amplio que comprende la ocurrencia de hechos de violencia en estos dos ámbitos.

Agregó que el proyecto facilita la interpretación de este concepto estableciendo un catálogo no taxativo de hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, que recogen de manera adecuada los malos tratos que han sido documentados a través de estudios estadísticos de organizaciones con extensa experiencia en la materia.

Además, afirmó que el proyecto contempla una serie de principios que son relevantes conforme con el derecho internacional de los derechos humanos (dignidad en el trato, autonomía, privacidad y confidencialidad, interculturalidad, interpretación desde los derechos humanos y transparencia), incorporando en nuestro sistema jurídico principios fundamentales para la atención de salud de las mujeres en garantía de sus derechos humanos. Tales principios son relevantes pues al quedar consagrados en la legislación, deberán plasmarse luego en las reglamentaciones, protocolos, normas técnicas, y en general, en toda definición que se adopte para la atención de salud sexual y reproductiva.

Enseguida, establece un catálogo de derechos del nacimiento, de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre o persona significativa. De su simple lectura queda de manifiesto que se trata de derechos de carácter general, vinculados a la garantía de del bienestar, adecuada atención, integridad personal, salud y dignidad de las personas, todas cuestiones que son materia de ley, que en caso alguno constituyen una intromisión en las atribuciones normativas del Ministerio de Salud. Por el contrario, afirmó que son mandatos generales que deberán ser recogidos por el órgano encargado, para establecer los procedimientos específicos que permitirán garantizar los derechos, a través de las recomendaciones técnicas y demás instrumentos normativos correspondientes.

Añadió que el proyecto considera además obligaciones de formación y capacitación constantes para el personal que interviene en estas atenciones de salud, lo que contribuirá de manera positiva a la erradicación de los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica.

En razón de ello, expresó que todos estos elementos permiten afirmar que se trata de una materia que tiene un carácter preventivo y dispone además otras medidas en relación al plan de parto, fomento al parto respetado y la atención de salud sexual y reproductiva respetuosa, que apuntan precisamente al fomento de una experiencia que garantice los derechos de las personas involucradas, principalmente las mujeres, y a evitar la ocurrencia de violencia en las atenciones de salud.

Por otra parte, manifestó que el contenido del proyecto no se superpone ni se opone al de otras normas relacionadas, pues la ley N° 21.372 contiene disposiciones específicas en relación con el acompañamiento de personas hospitalizadas, mientras que la ley N°21.371, contempla medidas especiales para el caso de muerte perinatal. Tanto estas leyes como el proyecto refieren a asuntos relativos a las prestaciones de salud relacionadas con los procesos reproductivos; sin embargo el proyecto aborda las atenciones de salud obstétrica y ginecológica, y en general, de la salud sexual y reproductiva, aportando definiciones conceptuales y derechos que hasta ahora no existen en nuestro sistema normativo y que deben ser incorporadas en orden a cumplir las obligaciones del Estado de Chile en materia de violencia contra las mujeres.

Agregó que, dado que el proyecto reconoce derechos a las personas, dispone asimismo de mecanismos para hacer efectiva la responsabilidad de los prestadores de salud que los contravinieren, los que deben ser más efectivos y accesibles para las personas, siendo relevante que estén considerados en la ley y en caso alguno puede afirmarse que buscan fomentar la judicialización de los casos, sino asegurar el acceso a la justicia, cuestión que no debe ser interpretada

como un problema, pues por el contrario, se trata de un estándar mínimo de garantía de derechos.

Estimó necesario que, si bien en el ámbito de las atenciones de salud es posible la ocurrencia de hechos constitutivos de delito o cuasi delito, la sanción de estos se encuentra contenida en los tipos penales pertinentes, que no son objeto del proyecto de ley en discusión, que no introduce nuevos tipos penales en nuestro ordenamiento jurídico. El proyecto reconoce una manifestación específica de violencia contra las mujeres, la aborda a través de un conjunto amplio de medidas, pero no la tipifica como delito.

En relación con lo anterior, se propone una nueva agravante penal, consistente en “cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica”. Es decir, sólo en aquellos casos en que la conducta desplegada sea de tal gravedad que se encuentre tipificada como delito en nuestro sistema penal, será relevante para dichos efectos su carácter de violencia ginecobstétrica. Al remitirse al catálogo de conductas consideradas como hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, señaló que hay escasas conductas descritas que eventualmente pudieran ser consideradas constitutivas de delito en nuestro Código Penal y, por tanto, la aplicación de la agravante contemplada en el proyecto será sumamente excepcional.

Además, comentó que la agravante propuesta no se sostiene en quiénes son sus autores, sino en la mayor gravedad que representaría la comisión de un delito en el contexto de la atención de salud durante la gestación, parto, parto y postparto, y en general de la salud sexual y reproductiva, en razón de los derechos que serían vulnerados en estos contextos, adicionales al bien jurídico lesionado por el delito.

En conclusión, afirmó que se trata de un proyecto de ley cuyo contenido apunta de manera efectiva a alcanzar el objetivo que se plantea de garantizar y promover los derechos de las mujeres y demás titulares de derechos, y que ello se enmarca en el cumplimiento de las obligaciones del Estado de Chile en orden a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

-----

## SESIÓN CELEBRADA EL 20 DE DICIEMBRE DE 2022

La Comisión de la Mujer y Equidad de Género continuó recibiendo opiniones acerca del proyecto de ley en análisis. En primer lugar, de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera y luego respuestas y observaciones de las invitadas de la sesión anterior.

### MINISTRA DE SALUD, SEÑORA XIMENA AGUILERA

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera, expuso las observaciones del Ejecutivo al proyecto de ley en discusión.

Entre las consideraciones atinentes a la iniciativa, afirmó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la existencia del trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud, y recomienda que los países establezcan estrategias en favor de una atención respetuosa y de calidad que permitan una experiencia positiva en las personas. Al efecto, denomina tales conductas como prácticas que constituyen maltrato e irrespeto.

A su turno, en algunos países y movimientos sociales ello se ha tipificado como violencia obstétrica, y existen 3 países en América Latina que cuentan con legislación al respecto, y lo tipifican abiertamente como tal (Venezuela, Argentina, México).

Asimismo, afirmó que, en relación a la atención de salud, las recomendaciones indican específicamente una matrona por mujer en trabajo de parto, lo que en la actualidad no puede ser satisfecho por el sistema público, por lo que urge un aumento progresivo de recursos humanos y mejoras de infraestructura.

En relación a los problemas de falta de privacidad y posibilidad de acompañamiento, agregó que se trata de aspectos relacionados con las brechas existentes de infraestructura y recursos humanos. Por ello, afirmó que la penalización de los equipos de salud por tales causas puede tener un efecto contraproducente.

Conforme a ello, entre las recomendaciones del Ministerio de Salud respecto del proyecto de ley sostuvo que la intención de mejora y prevención debe estar vinculado a un aumento de recursos. Asimismo, debe operar un enfoque en la prevención institucional del maltrato en lugar de una sanción penal del equipo de salud.

Además, la definición de violencia obstétrica debe diferenciar entre el maltrato y las acciones de salud que consisten en intervenciones médicas que pueden tener variaciones a la luz de la evidencia

científica que por definición es evolutiva, de modo que resulta conveniente que las acciones de salud sean reguladas por un reglamento.

Finalmente, manifestó que para la prevención de los malos tratos y falta de respeto en salud sexual y reproductiva debe estar vinculada una sensibilización y capacitación permanente a todo el equipo de salud, considerando que el acceso a una atención respetuosa debe ser de acceso universal, incluyendo a mujeres que cursan abortos espontáneos o presuntamente inducidos.

### **OBSERVACIONES**

El Senador Sanhueza consultó acerca de los planes que se han dispuesto para la atención en salud mental de los trabajadores del sector de la salud.

La Senadora Allende consultó acerca de las acciones concretas en materia de atención del parto y de formación de especialistas.

Enseguida, consultó la opinión del Ministerio de Salud respecto de la agravante que propone el proyecto. Sobre el particular, comentó que, más allá de la agravante, se requiere que el personal médico adquiera mayor conciencia respecto de la importancia del rol del personal médico en el cuidado en la atención obstétrica.

La Senadora señor Carvajal abogó por reconocer la existencia de violencia obstétrica en la atención del parto, lo que requiere, entre otras medidas, garantizar el acompañamiento de la mujer durante la atención sanitaria, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

La Senadora Pascual consultó acerca de las medidas dispuestas para sancionar la violencia gineco obstétrica, distinguiéndola de otras acciones médicas del personal de salud que son propias de la atención sanitaria. Luego, abogó por garantizar el acompañamiento de las personas durante la atención médica.

Luego, consultó la opinión de las invitadas a la Comisión respecto de la aplicabilidad de la agravante que se propone incorporar al Código Penal. Al efecto, afirmó que se debe evitar la aplicación del tipo propuesto ante hipótesis que derivan de cuestiones tales como los niveles de infraestructura en la atención de salud.

Enseguida, afirmó que el proyecto ha permitido dar cuenta del alto nivel de cesáreas en el país, lo que requiere adoptar medidas por parte del Ministerio de Salud en la materia.

La Senadora Núñez valoró la propuesta que contempla una agravante penal, que apunta a sancionar una conducta cuando el delito se realice en el marco de una atención de salud.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera, en relación a los planes de salud mental de los trabajadores, afirmó que se trata de una prioridad del Ministerio, y se han dispuesto medidas en el ámbito de la salud preventiva. Con todo, sostuvo que se trata de un fenómeno de alcance global que deriva de la emergencia sanitaria.

En relación al mejoramiento de infraestructura y recursos humanos, manifestó que se ha avanzado en un plan de inversiones y aumento de personal, en salas de parto humanizado, que alcanza al 50% de las salas del país. Asimismo, indicó que se han realizado labores de capacitación para la prevención de la violencia obstétrica.

Acerca de las medidas para el acompañamiento ante la interrupción voluntaria del embarazo, afirmó que se ha implementado la normativa vigente, tal como ocurre en materia de duelo perinatal.

Luego, coincidió en la necesidad de visibilizar la problemática que aborda el proyecto, lo que requiere mejores sistemas de monitoreo en la atención médica.

En cuanto a las estadísticas de cesárea, expresó que se trata de una materia en que en el sector público se ha logrado la reducción de casos, a diferencia del sector privado, en que existe un exceso en el uso de dicha prestación de salud.

La abogada de Corporación Humanas, señora Luz Reidel, acerca de la agravante que el proyecto incorpora al Código Penal, afirmó que, aun cuando no constituye el foco central del proyecto -que presenta un carácter preventivo y de atención de salud-, reconoce la existencia de violencia obstétrica. En ese contexto, describió que en general una agravante da cuenta de la mayor gravedad de un delito cuando dentro de la atención de salud un profesional del área realiza una conducta actualmente sancionada penalmente. Tal mayor gravedad no está dada por la profesión del sujeto activo, sino por los derechos de la víctima que pueden ser vulnerados.

La directora de ParirNos Chile, señora María José Morales, afirmó que resulta adecuado incorporar una agravante, pues en otras legislaciones se ha hecho presente la necesidad de dicha medida. Agregó que las condiciones de atención van más allá de la infraestructura, lo que requiere adoptar medidas de capacitación y un cambio de paradigma en la atención.

La abogada de la fundación Comunidad y Justicia, señora Rosario Corvalán, afirmó que la agravante propuesta implica vulnerar el principio de *non bis in idem*, al castigar doblemente un mismo hecho, pues existen muchos delitos que incorporan la violencia como elemento del tipo, como en el caso del artículo 361 del Código Penal.

La académica de la Universidad Diego Portales, señora Marcela Puentes, reiteró la relevancia de establecer medidas que garanticen el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos en la atención obstétrica.

### **SESIÓN CELEBRADA EL 3 DE ENERO DE 2023**

En esta sesión se escucharon las opiniones de representantes de entidades que se dedican a visibilizar la realidad de la atención gineco obstétrica.

#### **COORDINADORA POR LOS DERECHOS DEL NACIMIENTO CHILE**

La coordinadora de la mesa técnica de la Coordinadora por los derechos del nacimiento Chile, señora Bárbara Peña, expuso ante la Comisión las observaciones de la organización respecto del proyecto de ley en discusión.

Inició su presentación señalando que la iniciativa surge tras un largo trabajo de investigación y activismo basado en evidencia científica, en que participaron distintas voces de la sociedad civil, desde representantes de la academia hasta profesionales del área clínica, incorporando todas sus distintas visiones.

En ese contexto, enfatizó en la necesidad de avanzar en materia de derechos en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto, aborto, salud sexual y reproductiva, junto a la sanción a la violencia ginecobstetricia, considerando que cuando estos derechos se ven vulnerados es deber del Estado proveer una sanción o al menos una reparación adecuada.

Por ello, comentó que la iniciativa surge porque la normativa vigente en la actualidad es insuficiente y no se hace cargo de la raíz del problema, lo que requiere poner en el foco de la atención en los derechos humanos, respetando la voluntad de las mujeres y personas gestantes, humanizando el nacimiento, proceso que hoy en Chile y el mundo ha sido totalmente medicalizado, tal como ha sido reconocido por la ONU, que en 2019

calificó la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos de las mujeres, lo que requiere establecer parámetros en la calidad de atención.

Agregó que los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos afectan la fuerza de la costumbre y los roles de poder que dieron un orden y seguridad a un grupo determinado, quienes se ven enfrentados a un nuevo modelo, pero existe evidencia científica relativa a la necesidad de avanzar en la materia.

Por lo anterior, manifestó que la definición de violencia gineco obstétrica mediante el principio de transparencia permite medir indicadores que construirán los diagnósticos para tomar mejores decisiones y protocolos específicos en la atención de salud gineco-obstétrica, lo que logra diferenciar el concepto de bienestar entre una persona enferma enfrentando un proceso hospitalario y aquella mujer que se encuentre en un proceso fisiológico de gestación, trabajo de parto, parto y post parto.

Dicha noción se diferencia de la negligencia, entendida como el incumplimiento a nivel científico del comportamiento frente a una mujer que es el debido en el ámbito médico, y del mal resultado obstétrico, que configura un término usado en la práctica clínica, sin tener una definición oficial, pero que ha sido entendido como la presencia de alguna complicación del periodo de gestación, trabajo de parto, parto o puerperio, que tiene un deterioro grave de la salud (permanente o no) o incluso la muerte de la gestante, del feto o del recién nacido.

Por tanto, comentó que no cualquier acto en el ámbito de la salud sexual y reproductiva será violencia gineco obstétrica, pues pueden presentarse simultáneamente o aisladas. Para su erradicación se requiere adoptar medidas concretas, lo que requiere alentar a mujeres y personas gestantes a conocer los indicadores sobre la calidad de la atención gineco obstétrica en los establecimientos de salud.

Además, permite reconocer los aspectos especiales de vulnerabilidad del tipo de población que protege este proyecto de ley, instalando mejores prácticas y disminuyendo las barreras para un acceso de calidad en salud, considerando que este tipo de violencia tiene un componente estructural, que ocurre en las atenciones de salud públicas y privadas, de modo que las instituciones del Estado deben facilitar su prevención, reparación y sanción, con una regulación integral.

Tal debate -advirtió- se debe desarrollar lejos de la distorsión de la idea punitiva que una parte de los gremios de profesionales de la salud ha deseado instalar.

Por otra parte, hizo presente la necesidad de analizar el alto porcentaje de cesáreas, lo que expone a más mujeres a nuevos problemas de salud. Además, debido a su mayor costo, las tasas elevadas de cesáreas innecesarias pueden consumir recursos de otros servicios en los sistemas de salud. Ante dicha realidad, afirmó que se aduce que el aumento se debe a solicitud materna, sin embargo, se debe analizar el componente histórico de vulneraciones en derechos y la expropiación de los procesos fisiológicos del trabajo de parto y parto con procedimientos médicos estandarizados conocidos como la cascada de intervenciones del parto.

Enseguida, afirmó que una de las acciones de prevención, sin costos adicionales y alta efectividad que provee el proyecto de ley es el plan de parto, que ha sido implementado por grandes maternidades y equipos de salud dentro de sus prácticas. Dicho instrumento, en conjunto con los talleres prenatales, son una oportunidad para las y los involucrados, consistente en tomar decisiones consensuadas e informadas durante la gestación, trabajo de parto y parto, incluso modificando el plan de parto si la situación de salud de la diada cambia o haya voluntad expresa de la mujer o persona gestante durante cualquier punto de su atención en salud.

Considerando que la mujer o persona de parto es quien está más interesada en resguardar la seguridad de su futuro hijo o hija, el plan de parto le entrega una doble protección, pues estará construido en base a aspectos relevantes de su proceso de salud, impartidos por personal idóneo, con enfoque de derechos, de género, desde con un abordaje teórico-práctico, y con un conocimiento previo de las capacidades técnicas e infraestructura del lugar de parto elegido.

De las 56 recomendaciones emanadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre experiencia de parto positiva del año 2018, afirmó que el trato respetuoso, la comunicación efectiva profesional-consultante y el acompañamiento son estrategias costo-efectivas que no implican una alta inversión en infraestructura ni recursos, si no que una reorientación de la actitud profesional, lo que constituye uno de los objetivos de la ley.

Agregó que ello da cuenta de la importancia de la interseccionalidad de los eventos relacionándolos con una mayor prevalencia quienes presentan un nivel socioeconómico bajo, considerando que la ley de deberes y derechos del paciente contempla tiempos y procesos que se escapan de la realidad de la salud sexual y reproductiva del país.

Finalmente, valoró la disposición de la Ministra de Salud en sumarse al respaldo de este proyecto de ley, y abogó por incorporar

el buen trato y el respeto en la atención ginecobstetricia como un estándar de calidad de atención.

### **FUNDACIÓN POR TODAS**

La directora ejecutiva de la Fundación Por Todas, señora Marta Manríquez, expuso ante la Comisión.

Inició su presentación señalando que la organización es una red nacional de mujeres diversas que trabajan por un objetivo común, consistente en visibilizar y fortalecer los liderazgos femeninos de los territorios para generar impacto en la sociedad.

Para efectos del análisis de la iniciativa, explicó que se han celebrado 12 sesiones sobre violencia obstétrica basada en la experiencia de las lideresas sociales de la comuna de La Granja y de Cochrane: Valeska Ramírez y Ariana Quipallán, respectivamente.

A partir de ello, señaló que el proyecto es un gran paso que visibiliza una violencia existente, naturalizada y, lamentablemente, común, y viene a homogeneizar la “experiencia” que viven las mujeres en centros de salud públicos y privados. Asimismo, permite relevar el derecho a las decisiones que las niñas y mujeres tienen sobre la gestación, pre parto, parto, posparto, aborto en las tres causales, salud ginecológica y sexual.

En particular, explicó que el proyecto de ley señala que busca erradicar la violencia gineco-obstétrica a través de tres ideas centrales: que sea un proyecto integral, con criterio de realidad, y sustentado en los derechos y soberanía de las mujeres sobre su cuerpo.

En relación al criterio de realidad, indicó que la realidad que viven las mujeres respecto de la salud gineco-obstétrica a la que tienen acceso no solo depende de si la recibe en un centro de salud público o privado, si no de la existencia o no de estos en el lugar de residencia de la niña o mujer. Por lo tanto, es importante sumar dentro de los principios que sustentan el proyecto las nociones de dignidad en el trato, autonomía de la mujer, privacidad y confidencialidad, multiculturalidad y territorialidad en la atención de salud gineco obstétrica, que se haga cargo de la realidad en zonas extremas y de difícil acceso que no cuentan con centros de salud de alta complejidad.

Por ello, sostuvo que el principio de “territorialidad” permitiría asegurar el derecho a nacer en el lugar donde reside la madre, eliminando los traslados que deben efectuar las mujeres en etapa final de su embarazo, muchas veces en condiciones no adecuadas, a otras ciudades para esperar su parto en casas ajenas, sin la compañía del padre o acompañante significativo para ella por no contar con un centro de salud para el parto. En

concordancia, sostuvo que una posible solución es implementar salas de parto en los lugares donde no existen centro de salud de alta complejidad.

Acerca del criterio de los derechos y soberanía de las mujeres sobre su cuerpo, afirmó que incluye el derecho al acompañamiento del padre, madre, recién nacido (a), pareja y/o acompañante significativo para la mujer, mencionados en el contenido del proyecto en su artículo 10. Por ello, menciona una serie de derechos para el padre y/o acompañante que se relacionan con su participación desde el trabajo de parto hasta el nacimiento. Sin embargo, no aborda la compañía necesaria en la etapa final del embarazo, en que muchas mujeres están obligadas a alejarse de su casa y redes de apoyo para ir a tener a su hijo(a) a otra ciudad por la falta de centros de salud de alta complejidad necesarios para el parto.

En este sentido, propuso considerar un proyecto de ley -pendiente en la Cámara de Diputados- que busca modificar el Código del Trabajo y regular un permiso especial para quien acompañe a la madre por nacimiento de un hijo (a), en etapa final del embarazo, antes del dar a luz.

En cuanto al criterio de integralidad, busca abordar la atención sexual y reproductiva en un sentido amplio, tanto en la gestación, parto y post parto, así como en las atenciones ginecológicas, para considerar así, todos los espacios donde una mujer puede ser violentada. En este sentido, el acceso a la información, educación y capacitación son relevantes para la prevención de esta violencia, dispuesta en el título IV del proyecto de ley, de modo que resulta crucial que se mantenga y fortalezca este contenido en el proyecto, de manera tal de garantizar y fomentar la prevención de la violencia gineco-obstétrica.

En consecuencia, manifestó que la formación y capacitación deben realizarse tanto para las y los sujetos de derechos de este proyecto, como para quiénes son o serán los ejecutores del mismo, de modo que las escuelas deben incorporar asignaturas sobre equidad de género donde se traten los derechos de las mujeres, entre ellos los reproductivos, y las casas de estudios deben implementar efectivamente los cambios en las mallas curriculares de las carreras afines a la salud, incorporando asignaturas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica. Por su parte, los prestadores de salud deben capacitar efectivamente a los equipos de salud en un corto tiempo luego de aprobada la ley, puesto que es aquí, donde se concentra el mayor desafío para la prevención y respeto de los derechos reproductivos y sexuales.

Enseguida, la señora Ariana Quipallán, denunció que en las localidades más extremas del país no existen las condiciones adecuadas para la atención del pre parto y por parto, por lo que deben trasladarse hacia centros urbanos alejados. Por ello, abogó por garantizar el derecho a la atención de salud en todas las regiones del país.

### **OBSERVACIONES**

La Senadora Carvajal coincidió en la necesidad de adoptar medidas para que el Ministerio de Salud garantice condiciones de atención de parto igualitarias en todas las regiones del país.

La directora ejecutiva de la Fundación Por Todas, señora Marta Manríquez, recordó que bajo la normativa vigente la atención de parto requiere contar con salas de alta complejidad. Con todo, ante la falta de especialistas, en las zonas alejadas de los centros urbanos muchos partos se producen en el hogar de la madre, lo que requiere establecer salas de atención en dichas localidades.

La señora Ariana Quipallán agregó que en la práctica se requiere que la normativa permita el uso de las salas de atención de parto, mediante la destinación de especialistas.

### **ABOGADA SEÑORA ELISA WALKER**

La abogada señora Elisa Walker presentó sus observaciones ante una solicitud de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, respecto de la agravante que el proyecto propone incorporar al Código Penal.

Al efecto, explicó que la agravante propuesta consiste en cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica. Por ello, aun cuando parece tratarse de un delito vinculado a la atención sanitaria, bajo la redacción propuesta podría ocurrir que en cualquier delito pudiera aplicarse dicha agravante. Lo anterior exige analizar el concepto de violencia gineco obstetrica, que en el proyecto aparece definida como todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer u otra persona gestante.

En conformidad a ello, afirmó que en cualquier delito que se cometa en el marco de una atención gienológica recibirá la aplicación de la agravante.

Un segundo elemento consiste en que hay situaciones que justifican la aplicación de agravantes en el marco de la atención sanitaria, como cometer el delito con abuso de confianza, o abusar el delincuente de la superioridad de su sexo o de sus fuerzas, en términos que el ofendido no pudiera defenderse con probabilidades de repeler la ofensa. Por ello, aseveró que existen herramientas que permitan sancionar las conductas que constituyen violencia gineco obstétrica, sin incorporar una nueva agravante

que sanciona el ámbito en que se desenvuelve el sujeto activo, sin que exista algún elemento de la conducta que justifique la agravación de la pena, lo que podría generar la inconstitucionalidad de la norma propuesta.

En relación a los estándares de atención de salud y los deberes del personal sanitaria, afirmó que se trata de obligaciones generales que van más allá del ámbito gineco obstétrico. Asimismo, sostuvo que la propuesta resulta discriminatoria, pues sólo agrava las conductas cometidas por determinados especialistas, a diferencia del resto de los profesionales médicos, sin que exista una razón que justifique tal tratamiento diferenciado. Agregó que ello justifica que en los países que constituyen una referencia en la materia no se agraven los delitos cometidos en el marco de la atención ginecológica.

El Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG), doctor Álvaro Insunza, envió por escrito sus observaciones, las que son las siguientes:

#### 1.- Ordenamiento de la atención de partos en Chile.

En la actualidad, el ordenamiento jurídico se basa en un criterio técnico para enfrentar las potenciales complicaciones de un parto, aun en el escenario de mujeres de “bajo riesgo”. Estas intervenciones comprenden la administración de anestesia (anestesiólogo), la atención de parto vaginal operatorio (médico entrenado), operación de cesárea (médico entrenado) y complicaciones del recién nacido (médico entrenado).

La experiencia de los países europeos señala que cuando una mujer -con los cuidados de un sistema integrado- de bajo riesgo planea tener el parto fuera del hospital (casa, casa de parto, unidad adosada al hospital), entre un 15% y 40% de ellas debe ser trasladada a un hospital por las razones antes expuestas. La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología estima que el impacto de la normativa actual en los indicadores de morbilidad materna y perinatal ha sido muy significativa reconociendo lo expuesto en esta sesión, en cuanto a la separación de la madre de su entorno.

Por lo tanto, cualquier modificación a la norma actual requiere de una muy cuidadosa evaluación multifactorial que está más allá del proyecto de ley y que debiera ser liderada por el Ministerio de Salud.

#### 2.- Modificación del Código Penal.

Conforme a lo expuesto por la abogada Elisa Walker, la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología reitera su opinión de que las modificaciones técnicas y conductuales para erradicar el irrespeto y maltrato en las atenciones de salud sexual y reproductiva necesitan que los actores directos (médicos gineco obstetras, matronas, técnicos paramédicos)

estén en la mejor disposición para el cambio (hemos hablado de “deconstruir nuestros paradigmas) y una norma que introduce la agravante ya comentada producirá un efecto negativo para el cambio y se teme que disminuya la disposición de ejercer las labores propias de las atenciones en salud sexual y reproductiva.

Eliminar la agravante no modifica los otros aspectos del proyecto tal como lo expuso la abogada Elisa Walker. Si se mantiene, la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología concurrirá al Tribunal Constitucional para solicitar su opinión.

### **CONSULTAS**

La Senadora Allende consultó acerca de la necesidad de modificar o suprimir la agravante propuesta.

La abogada señora Elisa Walker indicó que lo adecuado consistiría en suprimir la agravante propuesta, en el entendido que existen diversas o disposiciones en el Código Penal que pueden sancionar los casos de violencia en la atención sanitaria.

#### **C.-Votación en general y fundamento de voto**

**-Puesto en votación en general el proyecto, fue aprobado por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual.**

### **DISCUSIÓN EN PARTICULAR**

#### **INDICACIONES FORMULADAS**

##### **Indicación 1**

**PARA SUSTITUIR EN TODO EL TEXTO DEL PROYECTO DE LEY LA FRASE “U OTRA PERSONA GESTANTE” POR “O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR”**

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual hicieron presente la indicación 1, sustituyendo en la totalidad de los artículos del proyecto de ley la frase “u otra persona gestante” por “o persona con capacidad de gestar”.

**-La unanimidad de las y el integrante de la Comisión concordó que también se entienden aprobadas las indicaciones 18 (1), 20 y 23, formuladas por la Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, en conjunto con la indicación 1 y puestas en votación resultaron**

**aprobadas por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y el Senador Sanhueza.**

Indicación 1 bis

PARA SUPRIMIR EN TODO EL TEXTO DEL PROYECTO DE LEY LA FRASE “EN LAS CAUSALES ESTABLECIDAS POR LA LEY” (REFERIDA A LA MENCIÓN DEL ABORTO O ABORTOS)

La Senadora Pascual formuló la indicación 1 bis, con la finalidad de suprimir -en todo el texto de la iniciativa- la frase “en las causales establecidas por la ley”.

La Senadora Pascual explicó que el proyecto de ley se refiere esencialmente a la violencia en la atención de la salud sexual y reproductiva contra una mujer, por lo que no está haciendo un vínculo a la autorización o no autorización de la interrupción del embarazo. Si una mujer, en cualquier circunstancia se provoca o tiene una intervención que interrumpa el embarazo que no coincide con las tres causales establecidas en la ley, también tiene derecho a ser atendida sin violencia.

La Senadora Núñez dijo entender que la inclusión de la frase en el texto aprobado en general por la Comisión, que es el mismo despachado por la Cámara de Diputadas y Diputados, tiene como finalidad asegurar la atención además en los casos de aborto por las tres causales.

La doctora Vivian González, asesora del Ministerio de Salud explicó que el concepto aborto no sólo incluye los inducidos, sino que también comprende aquellos abortos espontáneos, de modo que en el texto en discusión no estaría considerada esa realidad que sufren muchas mujeres a lo largo de su vida fértil.

La asesora del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, señora Laura Dragnic agregó que también existe el aborto ejecutado por terceros y no consentido por la mujer (artículo 342 del Código Penal), por lo cual ningún tipo de aborto puede quedar excluido. En cuanto a la redacción manifestó que podría hacerse una referencia al objetivo de esta iniciativa y no enfocarse en el aborto en tres causales.

**-La Comisión concordó en referirse sólo al aborto, por la unanimidad de sus integrantes, teniendo como base la aprobación de la indicación que define la violencia ginecobstétrica.**

Indicación 1 ter

PARA REORDENAR LOS TÍTULOS DEL PROYECTO DE LEY APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS Y APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN

La Senadora Pascual presentó la indicación 1 bis con la finalidad de reordenar los títulos de la siguiente manera:

**“Título I** “Disposiciones generales”; **Título II** “De los derechos del nacimiento”; **Título III** “De la prevención y educación”; **Título IV** “Vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica” (propuesto en la indicación 29); **Título V** “Violencia ginecobstétrica”; **Título VI** “De la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación” y **Título VII** “Modificación a otros cuerpos legales”.”.

La Senadora Pascual explicó que es una propuesta metodológica para una mejor comprensión de la iniciativa legal.

**-Puesta en votación la indicación 1 bis fue aprobada por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza.**

Indicación 2  
PARA REEMPLAZAR EL ARTÍCULO 1

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza formularon la indicación 2, para reemplazar el artículo 1 de la siguiente forma:

“Artículo 1.- Objeto. Esta ley tiene como objeto establecer, promover y garantizar los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en cualquier etapa del ciclo vital y de la persona recién nacida, en el ámbito de la atención ginecológica de la salud sexual y reproductiva, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto en las causales establecidas por la ley, muerte gestacional o perinatal.

También serán aplicables las normas de la presente ley al padre de la persona recién nacida; o persona significativa.

Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer o persona con capacidad de gestar señale como su acompañante.”.

El texto despachado por la Cámara de Diputadas y Diputados contiene, además, la aplicación de la ley Adriana para los establecimientos de salud pública y privada, y la aplicación supletoria de la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas. Dichas materias, la Senadora Núñez y el Senador Sanhueza proponen su inclusión en el artículo 2 bis, nuevo.

No obstante, la aprobación que se detalla más adelante, se acordó dejar pendiente el tema vinculado a la indicación 1 bis relativa a eliminar.

Asimismo, a instancia y explicación del asesor del Ministerio de Salud, Jaime Junyent, se sustituyó en la indicación 2 la palabra “garantizar” por “asegurar”.

Asimismo, en el inciso segundo de la indicación 2 se incorporó lo propuesto por la indicación 1 B, explicando la Senadora Pascual que dice relación con parejas del mismo sexo y en el caso específico de madre y madre. Al respecto, la Senadora Allende recordó que en la ley de matrimonio igualitario se reconoce explícitamente la posibilidad de tener dos madres al modificarse el Código Civil incorporando un artículo 34 nuevo.

**-Puesta en votación la indicación 2 fue aprobada con modificaciones e incorporando lo propuesto en las indicaciones 1 A y 1 B por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y del Senador Sanhueza.**

Indicación 1 A

PARA ELIMINAR EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 1 LA PALABRA “REGULAR”.

La Senadora Pascual presentó esta indicación coincidiendo con la indicación 2 en la supresión de la palabra “regular”.

**-Puesta en votación en conjunto con la indicación 2 fue aprobada por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y del Senador Sanhueza.**

Indicación 1 B

PARA AGREGAR EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 1, A CONTINUACIÓN DE LA EXPRESIÓN “DEL PADRE”, LA FRASE “O DE LA MADRE”

La Senadora Pascual formuló la indicación 1 B con el objetivo de incorporar la situación de las parejas del mismo sexo (en el caso específico se trata de madre-madre) y propuso que sea aplicada en el inciso segundo del artículo 1 propuesto en la indicación 2.

**-Puesta en votación en conjunto con la indicación 2 fue aprobada con modificaciones por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y del Senador Sanhueza.**

Indicación 3

PARA AGREGAR EN EL INCISO CUARTO DEL ARTÍCULO 1 FRASE FINAL  
RELATIVA A MUJERES O PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR  
PRIVADAS DE LIBERTAD

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual con la indicación 3 proponen agregar frase en el inciso cuarto del artículo 1 de la iniciativa de ley, a continuación del texto que se transcribe; la frase va en negrilla:

“Estas normas también son aplicables en todos aquellos organismos del Estado que tengan niñas y mujeres bajo su custodia y/o tutela, **especialmente aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad.**”.

En sesión de 17 de enero de 2023, la Senadora Pascual, teniendo en consideración que con la indicación 5 se propuso intercalar un artículo 2 bis (que pasa a ser artículo 3) y la materia comprendida en la indicación queda establecida en tal artículo 3, sugirió agregarla en su inciso segundo, luego de la expresión “y/o tutela,”.

**-Puesta en votación la indicación 3 resultó aprobada por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y del Senador Sanhueza.**

Indicación 4

PARA SUSTITUIR EL ARTÍCULO 2, QUE CONTIENE LOS PRINCIPIOS  
APLICABLES A LA LEY

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, mediante la indicación 2 proponen sustituir el artículo 2 por el siguiente:

“Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley:

a) Dignidad en el trato. Los prestadores de salud deberán dar un trato digno a la mujer o persona con capacidad de gestar durante todo el periodo de su atención de salud. Ninguna mujer o persona con capacidad de gestar podrá ser objeto de maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual durante la atención de salud, especialmente en la atención de salud sexual y reproductiva.

b) Autonomía. Toda mujer y persona con capacidad de gestar deberá consentir de manera previa cualquier prestación de salud sexual y reproductiva que reciba, sin perjuicio de las excepciones establecidas en 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.

c) Privacidad y confidencialidad. Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se llevarán a cabo asegurando la privacidad de la mujer o persona con capacidad de gestar. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, asegurándose la confidencialidad de la misma conforme a 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.

d) Interculturalidad. Los prestadores de salud promoverán adecuaciones interculturales en el diseño de los espacios y los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, favoreciendo la sensibilidad cultural.

e) Territorialidad. El Estado promoverá el derecho a nacer del hijo en el lugar donde resida la madre.

f) Transparencia. Los establecimientos de salud señalados en el inciso tercero del artículo 1 deberán contar con un registro de procedimientos realizados en cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, así como también sobre el uso de oxitocina sintética y la tasa de lactancia materna exclusiva al alta, entre otros aspectos. Asimismo, deberán tener esta información a libre disposición del público, en medios visibles, y facilitar su acceso a los usuarios de la salud.”.

El artículo 2 aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados contiene los mismos principios de la indicación, con algunas diferencias y un principio referido a la interpretación desde los derechos humanos que, en la indicación es reemplazado por el principio de territorialidad.

En sesión de 17 de enero de 2023, la Senadora Núñez respecto a la indicación 25, que propone la interpretación y aplicación de la ley con un enfoque de derechos humanos y de género, en conformidad con los Tratados Internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes, subrayó que la indicación 5 contiene la misma finalidad con una redacción diferente.

Enseguida, explicó que el principio de territorialidad que se consigna en la indicación 4 es muy importante para ella y el Senador Sanhueza, porque se trata de un principio que busca la promoción por parte del Estado del derecho del hijo a nacer en el lugar donde resida la madre, teniendo en consideración las comunas pequeñas de las distintas regiones del país que no cuentan con la infraestructura adecuada.

### Principio de dignidad en el trato

Luego, en el análisis del primer principio aplicable a la ley, Principio de dignidad en el trato, la Senadora Núñez y la Senadora Pascual coincidieron en que se debe tomar una decisión respecto de la inclusión o no del texto que hace referencia a las situaciones o ámbitos en que se violenta la voluntad y la dignidad de la mujer u otra persona con capacidad de gestar, o se ubica en los artículos del inicio como norma que abarque todo el proyecto de ley.

La Senadora Carvajal advirtió que la frase “o persona con capacidad de gestar” es disociadora de una idea que involucra tanto a toda mujer y a una persona con capacidad de gestar. Al respecto, la Senadora Pascual propuso sustituir en el primer principio sugerido por la Senadora Núñez y el Senador Sanhueza la conjunción “o” por la letra “u”.

**-Puesta en votación la indicación 4, en lo tocante al primer principio, fue aprobada por la unanimidad de las y el integrante de la Comisión, Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza, con modificaciones.**

### Principio de la autonomía

La Comisión, en sesión de 17 de enero de 2023 prosiguió con el segundo principio contenido en la indicación 4, Principio de la Autonomía.

La Senadora Carvajal manifestó su desacuerdo con la indicación de la Senadora Núñez y del Senador Sanhueza, porque estima más adecuado describir las situaciones o ámbitos en que se violenta la voluntad de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

La Senadora Pascual propuso igualar la redacción en cuanto a decir “u otra persona con capacidad de gestar”.

**-Puesta en votación la indicación 4, en lo atinente al segundo principio, fue aprobada -con la modificación de redacción- por 3 votos a favor, de las Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 voto en contra de la Senadora Carvajal.**

La Senadora Carvajal votó en contra, dado que no se establece claramente cómo se manifiesta el consentimiento de la mujer.

### Principio de privacidad y confidencialidad

**-En sesión de 18 de enero de 2023, se aprobó - por la unanimidad de las integrantes presentes, Senadoras Allende,**

**Carvajal, Núñez y Pascual, el principio de Privacidad y confidencialidad consignado en la letra c) del artículo 2 propuesto en la indicación 4 en conjunto con la indicación 25 bis, con la modificación consistente en agregar, a continuación de la frase “con capacidad de gestar”, la siguiente: “cuando las condiciones del establecimiento de salud lo permitan”.**

La Senadora Pascual dejó constancia que el aseguramiento de la privacidad dice relación con la infraestructura, capacidad y distribución de los establecimientos de salud, respecto de lo cual la Senadora Núñez propuso la frase indicada y aprobada como se consigna precedentemente.

Asimismo, la Senadora Pascual dejó constancia que en la ley N° 20.584, artículo 5°, letra c), se establece la obligación de los prestadores de salud de respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud, como respuesta a la inquietud de la Senadora Allende de no encontrar una mención explícita en el principio de privacidad y confidencialidad.

#### Principio de interculturalidad

En la misma sesión de 18 de enero de 2023, la Senadora Núñez retiró la letra d) de la indicación 2, referida al Principio de Interculturalidad, en atención a que se aprobó el texto aprobado en general, con una enmienda.

**-Consecuentemente, la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, aprobó la letra d) del artículo 2, que considera el principio de Interculturalidad, despachada por la Cámara de Diputados con una enmienda consistente en sustituir la frase “deberán propender” por la palabra “promoverán”.**

La Senadora Núñez dejó constancia que la indicación por ella presentada en conjunto con el Senador Sanhueza pretendía que el principio cubriera todos los ámbitos relacionados de la interculturalidad con la atención de salud sexual y reproductiva de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

#### Principio de territorialidad

En la misma sesión de 18 de enero de 2023, se inició el análisis de la letra e) propuesta en la indicación 4, referida al Principio de Territorialidad.

La Doctora Vivian González manifestó su preocupación por el tenor del principio, dado que actualmente no existe una red de hospitales en todas las comunas del país y se crearía una falsa expectativa.

La Senadora Carvajal comentó que hoy en Chile no existe el derecho del hijo a nacer en el lugar donde resida la madre, por lo tanto la indicación sería inadmisibile.

La Senadora Núñez precisó que la indicación propone un principio de que el Estado fomente -en algún momento- hacer realidad el derecho del hijo a nacer en el lugar donde resida la madre, por medio de establecimientos de salud con una infraestructura mínima en las comunas del país.

La Senadora Allende estimó que es un principio que debe considerarse en la ley, con la redacción propuesta, porque al Estado se le incluye como un promotor de un derecho. Si no se pudiese, sugirió considerarlo como un deber del Estado, para lo cual el Ejecutivo debería pronunciarse.

La Senadora Pascual señaló que la idea es contribuir al mejoramiento de la red de salud, y no pensando en megahospitales, sino que de una manera que evite en la mayor cantidad de casos el desarraigo de aquellas mujeres al momento del parto.

En sesión de 14 de marzo de 2023, la Comisión consideró una propuesta que establece que el Estado promoverá el derecho de la mujer o persona con capacidad de gestar a que su hijo o hija nazca en el lugar donde ella reside.

**-Puesta en votación la propuesta, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

#### Principio de la transparencia

La Comisión en sesión de fecha 18 de enero de 2023 se abocó al Principio de la Transparencia contenido en la indicación 4, que es similar al texto aprobado en general, porque la indicación 4 reemplaza todo el artículo 2.

La Senadora Allende consultó a la asesora del Ministerio de Salud, señora Paula Araya, acerca de la existencia del registro estadístico a que se alude en el principio y cuánta información se recibe desde los establecimientos de salud, públicos y privados, como también de aquellos centros de salud que prestan atención ginecobstétrica. La representante del Ministerio informará en sesión próxima.

En sesión de 14 de marzo de 2023, la Comisión analizó una propuesta para establecer, como una disposición final del proyecto de ley, que el Ministerio de Salud, en el marco de las funciones y atribuciones establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469, elaborará una publicación anual, que contenga información de indicadores segmentada por establecimientos de salud, correspondiente a la calidad, oportunidad, acceso y satisfacción en relación con la atención de la salud sexual y reproductiva, en específico la frecuencia de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, uso de oxitocina sintética, entre otros que pudiera determinar el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud propenderá a que esta publicación se encuentre a libre disposición del público, en medios visibles y de fácil acceso.

La Senadora Pascual explicó que la propuesta permite propender hacia una labor que deberá desarrollar el Ministerio de Salud con alcance general, en lugar de concebir la hipótesis descrita como un derecho individual de las personas.

**-Puesta en votación la propuesta, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

#### Indicación 25

#### PARA SUSTITUIR EL ENCABEZADO DEL ARTÍCULO 2

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual con la indicación 25 proponen sustituir el encabezado del artículo 2 por el siguiente:

“Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley. Las disposiciones de la presente ley se interpretarán y aplicarán con un enfoque de derechos humanos y de género, en conformidad con los Tratados Internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.”.

Este encabezado se vincula con la indicación 5 y con la indicación 26.

**-Esta indicación fue aprobada en conjunto con la indicación 5 que incorpora un nuevo artículo 3, referido al Marco interpretativo y de aplicación.**

Indicación 25 bis

PARA AGREGAR EN LA LETRA C) DEL ARTÍCULO 2 UNA FRASE FINAL QUE VINCULA EL PRINCIPIO DE LA PRIVACIDAD CON LA NORMATIVA DE LA LEY N°20.584

La Senadora Pascual formuló la indicación 25 bis con la mencionada finalidad.

**-Puestas en votación la indicación 4 en lo que corresponde al principio de privacidad y confidencialidad y la indicación 25 bis, fueron aprobadas por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual.**

Indicación 26

PARA ELIMINAR LETRA E) DEL ARTÍCULO 2, REFERIDA AL PRINCIPIO DE LA INTERPRETACIÓN DESDE LOS DERECHOS HUMANOS

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, mediante la indicación 26 proponen la eliminación de la letra e) del artículo 2, referida al principio de la interpretación desde los derechos humanos, dado que en la indicación 25 sustituyen el encabezado del artículo 2 consignando la interpretación y aplicación de las disposiciones de la ley con un enfoque de derechos humanos y de género, en conformidad con los tratados internacionales ratificados por Chile.

**-Esta indicación fue retirada por la Senadora Pascual en sesión efectuada el 18 de enero de 2023, dado que la materia se regula en el artículo 3 que se agrega.**

Indicación 5

PARA INTERCALAR UN ARTÍCULO 2 BIS, NUEVO, REFERIDO AL MARCO INTERPRETATIVO Y DE APLICACIÓN

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 5 proponen intercalar el siguiente artículo 2 bis, nuevo:

“Artículo 2 bis.- Marco Interpretativo y de aplicación. La Interpretación y aplicación de la presente ley se hará en conformidad con los Tratados Internacionales ratificados y vigentes en Chile y, se tendrá en especial consideración para ello, el enfoque de derechos humanos.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán aplicables a todos los establecimientos de salud públicos o privados, a toda institución en que se preste atención ginecobstétrica, incluyendo aquellos organismos públicos o privados que tengan niñas y mujeres bajo su custodia y/o tutela, y a todo prestador individual.

En particular, estas disposiciones serán aplicables al personal de salud que cumpla una función administrativa, asistencial y/o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente 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.”.

En sesión de 17 de enero de 2023, la Senadora Allende propuso intercalar, en el inciso segundo del artículo 2 bis (que pasa a ser artículo 3), a continuación de la expresión “y/o tutela,”, la frase “especialmente aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad”, conforme a la indicación 3.

La unanimidad de la Comisión aprobó la incorporación de la indicación 3 en el texto del inciso segundo de la indicación 5, luego de la expresión “y/o tutela,”.

La Senadora Núñez dejó constancia que la redacción del inciso segundo que aplica los derechos y deberes contemplados en la ley a todos los establecimientos de salud públicos o privados y también a toda institución en que se preste atención ginecobstétrica tiene su razón de ser, porque se entienden incorporados aquellos centros de salud que no son hospitales o clínicas.

Agregó que en el inciso tercero se especifica la aplicación de la ley al personal de salud que cumple otras funciones vinculadas al ámbito de la salud sexual y reproductiva.

**-Puesta en votación la indicación 5, con la incorporación del texto de la indicación 3, fue aprobada por la unanimidad de las Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y del Senador Sanhueza.**

#### Indicación 6

PARA REEMPLAZAR EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 3 QUE DEFINE LA VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza con la indicación 6 proponen reemplazar el inciso primero del artículo 3 por el siguiente:

“Artículo 3.- Definición de violencia ginecobstétrica. Se entenderá por violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada que suceda durante la atención de la salud sexual preventiva y reproductiva de la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente en la atención ginecológica,

de la gestación, parto, parto puerperio, aborto en las causales establecidas por la ley, muerte gestacional o perinatal.”.

El texto despachado por la Cámara de Diputadas y Diputados coincide en la redacción.

Indicación 27

PARA SUPRIMIR EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 3 LA PALABRA “DISCRIMINACIÓN” Y PARA ELIMINAR LA FRASE “EN LAS CAUSALES ESTABLECIDAS POR LA LEY”

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, por medio de la indicación 27 proponen suprimir en el inciso primero del artículo 3 la palabra “discriminación” y la frase “en las causales establecidas por la ley”.

La palabra discriminación se incluye en la definición de violencia ginecobstétrica, al igual que la frase aludida, la que se vincula al aborto.

En sesión de 7 de marzo de 2023, la Comisión consideró el concepto de violencia ginecobstétrica que ha sido acordado por las Comisiones de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento y de la Mujer y Equidad de Género, unidas durante la tramitación del proyecto de ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Boletín N°11.077-07).

Al efecto, dicho texto establece que violencia ginecobstétrica es todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, negación injustificada o abuso que suceda en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer, especialmente durante la atención de gestación, parto, parto puerperio, aborto o urgencia ginecológica.

Enseguida, la Senadora Pascual propuso incorporar dicho concepto en el artículo 3 del proyecto de ley, con el objeto de propender a la congruencia entre distintos cuerpos legales.

La Senadora Núñez coincidió con dicho razonamiento, con el propósito de evitar una contradicción entre los conceptos contenidos en los referidos cuerpos legales.

**-Puestas en votación las indicaciones 6 y 27, fueron aprobadas, con modificaciones, por 3 votos a favor, de las Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 abstención, del Senador Sanhueza, agregando en el texto aprobado la mención a la persona con capacidad de gestar.**

Indicación 7  
 PARA SUSTITUIR EL ARTÍCULO 4, REFERIDO A LOS HECHOS  
 CONSTITUTIVOS DE VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, mediante la indicación 7 proponen sustituir el artículo 4 por el siguiente:

“Artículo 4.- Serán hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, que ocurran en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer o persona con capacidad de gestar.”.

El texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados define 17 hechos constitutivos de violencia ginecobstrética.

Indicación 8  
 PARA REEMPLAZAR EN EL TEXTO DEL ARTÍCULO 4 LA FRASE “U OTRA  
 PERSONA GESTANTE” POR “U OTRA PERSONA CON CAPACIDAD DE  
 GESTAR”.

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza formularon la indicación 8, **la que resultó aprobada en conjunto con la indicación 28 que reemplaza la letra a) del artículo 4, por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
 PARA REEMPLAZAR LA LETRA A) DEL ARTÍCULO 4, REFERIDA AL  
 HECHO CONSTITUTIVO DE VIOLENCIA GINECOBSTRÉTICA DE EJERCER  
 VIOLENCIA FÍSICA, SEXUAL O PSICOLÓGICA

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, con la indicación 28 proponen reemplazar la letra a) del artículo 4 por la siguiente:

“a) Ejercer violencia física, sexual o psicológica contra la mujer o persona con capacidad de gestar en el contexto de su atención de salud sexual y reproductiva.”.

El texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

“a) Abandonar, burlarse, abusar, insultar, amenazar, dar malos tratos, coaccionar, excluir, desinformar, ejercer violencia física o

psicológica contra la mujer u otra persona gestante en torno a su atención de salud sexual y reproductiva.”.

**-Puesta en votación esta indicación, resultó aprobada en conjunto con la indicación 8 por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28

PARA SUPRIMIR LA LETRA B) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, mediante la indicación 28 proponen suprimir la letra b) aprobada por la Cámara de Diputadas y Diputados.

La letra b) contempla como hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica el demostrar insensibilidad, ignorar deliberadamente, subvalorar y/o acallar el dolor o las enfermedades, por parte del personal de salud en dicho contexto.

**-Esta indicación fue rechazada como consecuencia de la aprobación de la indicación 9 por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 9

PARA SUSTITUIR LA LETRA B) DEL ARTÍCULO 4

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza con la indicación 9 proponen sustituir la letra b) del artículo 4 por la siguiente:

“b) Ignorar deliberadamente, subvalorar y/o acallar el dolor o las enfermedades, por parte del personal de salud en dicho contexto.”.

**-Puesta en votación la indicación 9, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
PARA ELIMINAR EN LA LETRA C) DEL ARTÍCULO 4 LA PALABRA  
“RETRASAR”

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen eliminar en la letra c) del artículo 4 la palabra retrasar, como se consigna a continuación:

“c) Omitir ~~retrasar~~ o negar injustificadamente la atención oportuna ante una emergencia ginecobstétrica.”.

**-Puesta en votación la indicación 28 que elimina la palabra “retrasar”, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA D) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra d) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

“d) Manipular u ocultar la información solicitada por la mujer u otra persona gestante o por un tercero, con su consentimiento y autorización.”.

**-Puesta en votación la indicación 28 para suprimir la letra d), fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA E) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra e) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

“e) Utilizar el caso clínico de una mujer u otra persona gestante en actividades de docencia e investigación, sin su consentimiento.”.

**-Puesta en votación la indicación 28 para suprimir la letra e), fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senador Juan Luis Castro, Senadoras Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28

PARA SUPRIMIR LA LETRA F) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra f) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

“f) Abusar o negar medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.”.

Indicación 10

PARA REEMPLAZAR LA LETRA F) DEL ARTÍCULO 4

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 10 proponen reemplazarla por la siguiente:

“f) Abusar o negar injustificadamente la medicación cuando es solicitada, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.”.

En sesión de 7 de marzo de 2023, la Senadora Pascual explicó que las indicaciones 28, que elimina el literal letra f) del artículo 4 del proyecto aprobado en general, y 10, en lo pertinente, considera el reordenamiento de las disposiciones aprobadas en primer trámite constitucional, de modo que la referida disposición, que en los términos contenidos en dicho texto constituyen hipótesis constitutivas de violencia ginecobstétrica, configuren hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, en conformidad a la indicación 29.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

**-Enseguida, puesta en votación la indicación 10, que agrega un literal al artículo que la indicación 29 incorpora al texto aprobado en general, relativo a hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza. En consecuencia, el texto se ubica en el nuevo título que se intercala.**

Indicación 28  
PARA SUSTITUIR LA LETRA G) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual con la indicación 28 proponen sustituir la letra g) del artículo 4 por la siguiente:

“g) Obligar a la mujer u otra persona gestante a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación médica.”.

La letra g) aprobada por la Cámara de Diputadas y Diputados es la siguiente:

g) Obligar a la mujer u otra persona gestante a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación ni consentimiento de ella, especialmente si se encuentra privada de libertad.

En sesión de 7 de marzo de 2023, la Senadora Pascual afirmó que la indicación contempla una norma de alcance general, con el propósito de salvaguardar la comodidad de la mujer, el plan de parto y la justificación médica. No obstante, propuso incorporar los casos relativos a las personas que se encuentran privadas de libertad.

La Senadora Allende propuso incorporar el consentimiento de la mujer como un elemento adicional a la justificación médica, toda vez que permite reconocer una regla general en materia de atención de salud. Hizo presente que el consentimiento del paciente constituye un elemento central de la ley N°20.584, sobre derechos y deberes del paciente, sin perjuicio que en su artículo 15 establece los casos en que no se requerirá la manifestación de voluntad, incluyendo aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

El Senador Sanhueza advirtió que el elemento relativo al consentimiento de la paciente puede resultar complejo, considerando que puede ocurrir una emergencia médica en que dicho consentimiento no puede expresarse, lo que permite concluir que basta con una justificación médica. Agregó que el consentimiento de la mujer constituye uno de los elementos centrales de la iniciativa, sin perjuicio de la complejidad que caracteriza a las atenciones médicas de urgencia.

En relación al consentimiento, la Senadora Pascual afirmó que en el caso de una emergencia médica se aplica la recomendación del personal de salud a cargo de la atención sanitaria. Advirtió que la propuesta

considera que en determinados recintos hospitalarios existen varias alternativas relativas al plan de parto de la mujer o persona con capacidad de gestar, cuya aplicación requiere su consentimiento.

Con todo, hizo presente que la propuesta apunta a evitar que se obligue a una mujer a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación médica ni consentimiento de ella, especialmente si se encuentra privada de libertad. Puntualizó que la conducta descrita constituye una norma de alcance general aplicable no sólo al personal médico, sino también a los servicios encargados del cuidado de personas privadas de libertad.

La Senadora Núñez afirmó que el consentimiento de la mujer constituye uno de los ejes centrales del proyecto, de modo que debe ser reconocido durante la atención de salud, sin perjuicio que una emergencia en la atención de salud puede prevalecer la justificación médica. Seguidamente, manifestó su conformidad con la propuesta.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada, con las referidas enmiendas, por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

#### Indicación 28

PARA REEMPLAZAR EN LA LETRA H) DEL ARTÍCULO 4 LA FRASE “NI CONSENTIMIENTO DE” POR “O ENTREGA DE INFORMACIÓN A”

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual mediante la indicación 28 proponen reemplazar la letra h) del artículo 4 la frase “ni consentimiento de” por “o entrega de información a”.

El texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

h) Acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de *Kristeller* y la episiotomía, entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer u otra persona gestante.

En caso de aprobarse la indicación el texto sería el siguiente:

h) Acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de *Kristeller* y la episiotomía, entre otros, sin justificación médica o entrega de información a la mujer u otra persona gestante.

En sesión de 7 de marzo de 2023, la Senadora Allende consultó acerca de la práctica de la maniobra de *Kristeller* y la episiotomía.

El jefe del Departamento de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, Gonzalo Rubio, explicó que la maniobra de *Kristeller* se encuentra prohibida, aun cuando existen denuncias relativas a la aplicación de dicha práctica, y consiste en apoyar la fuerza del cuerno del personal médico sobre la mujer, para forzar la expulsión del feto. Explicó que dicha maniobra ha sido modificada por la presión el fondo del útero para ayudar el descenso del feto. En el caso de la episiotomía, se trata de un corte que se realizaba en la vulva, con el propósito de evitar la incontinencia urinaria y el desgarro. Afirmó que dicha maniobra no previene tales complicaciones, de modo que no se realiza salvo en el caso de partos instrumentales, los que actualmente equivale a menos del 3% del total de procedimientos.

La Senadora Pascual propuso establecer, como una de las hipótesis constitutivas de violencia ginecobstétrica, acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía de uso rutinario, entre otros, sin la debida entrega de información a la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

La asesora del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Laura Dragnic, propuso especificar la necesidad de requerir una justificación médica y el consentimiento de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

En atención a dicha propuesta, la Senadora Pascual propuso establecer, como una de las hipótesis constitutivas de violencia ginecobstétrica, acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía de uso rutinario, entre otros, sin justificación médica y sin consentimiento de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada, con las referidas enmiendas, por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA I) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra i) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

i) Efectuar prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen sustento específico alguno para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

La Senadora Pascual explicó que dicha propuesta considera que la hipótesis descrita constituye un hecho constitutivo de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, en conformidad a la indicación 29.

**-Puestas en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza. Por lo tanto, dicho texto se contempla en el nuevo capítulo que se intercala.**

Indicación 11  
PARA REEMPLAZAR LA LETRA J) DEL ARTÍCULO 4

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 11 proponen reemplazar la letra j) del artículo 4 por la siguiente:

“j) Provocar un aborto o efectuar una esterilización no consentida por la mujer u otra persona con capacidad de gestar, sin justificación médica.”.

El texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados dispone lo siguiente:

“j) Interrumpir el embarazo o efectuar una esterilización forzada no consentida por la mujer u otra persona gestante, sin justificación médica.”.

La Senadora Pascual propuso establecer que constituyen hipótesis de violencia ginecobstétrica practicar esterilización forzada a la mujer o persona con capacidad de gestar sin el consentimiento de ésta ni justificación médica.

La Senadora Allende consultó acerca de aquellos casos en que pudiera requerirse una justificación médica para una esterilización no consentida por la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

El jefe del Departamento de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, Gonzalo Rubio, explicó que no existe ninguna justificación médica para la esterilización no autorizada por la mujer u otra persona con capacidad de gestar, salvo que se trate de una persona que se encuentre inconsciente y que presente un daño uterino muy grande

El Senador Sanhueza afirmó que la expresión esterilización forzada resulta equívoca, pues supone el ejercicio de fuerza física, lo que no necesariamente ocurre en los casos de esterilización sin consentimiento.

La asesora del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Laura Dragnic, sostuvo que el concepto de esterilización forzada deriva de los estándares de derecho internacional humanitario, lo que requiere mantener dicha referencia.

La Senadora Pascual propuso establecer que constituyen hipótesis de violencia ginecobstétrica practicar esterilización a la mujer o persona con capacidad de gestar sin el consentimiento de ésta. Al efecto, hizo presente que dicho concepto considera y recoge el concepto de esterilización forzada que contienen las convenciones internacionales que tratan dicho fenómeno.

**-Puesta en votación la indicación 11, fue aprobada, con las referidas enmiendas, por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Enseguida, la Senadora Pascual propuso incorporar una nueva causal constitutiva de violencia ginecobstétrica, consistente en causar maliciosamente un aborto o interrupción del embarazo sin el consentimiento de la madre o persona con capacidad de gestar.

El Senador Sanhueza consultó acerca de los casos en que se trate de un aborto en las causales que establece la ley.

La Senadora Pascual afirmó que en tales hipótesis no se está ante un aborto malicioso, pues requiere el consentimiento de la mujer.

**-Puesta en votación dicha proposición, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

#### Indicación 28

#### PARA SUPRIMIR LA LETRA K) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra k) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

k) Introducir barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de

emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

La Senadora Pascual explicó que dicha propuesta considera que la hipótesis descrita constituye un hecho constitutivo de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, en conformidad a la indicación 29.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza. En consecuencia, su texto se ubica en el nuevo capítulo que se intercala.**

Indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA L) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra l) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

l) Retardar injustificadamente u omitir la atención de salud, y que ello genere como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

La Senadora Pascual explicó que dicha propuesta considera que la hipótesis descrita consiste en un hecho constitutivo de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, en conformidad a la indicación 29.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza. En consecuencia, su texto se ubica en el nuevo capítulo que se intercala.**

Indicación 12 e indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA M) DEL ARTÍCULO 4

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, y las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, mediante las indicaciones 12 y 28 proponen suprimir la letra m) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

m) Retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley.

Indicación 13  
PARA REEMPLAZAR LA LETRA M) DEL ARTÍCULO 4 POR LA SIGUIENTE:

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, con la indicación 13 proponen reemplazar la letra m) del artículo 4 por la siguiente:

“m) Retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley; salvo que la omisión se deba a motivos de conciencia.”.

En sesión de 7 de marzo de 2023, la Senadora Pascual explicó que la indicación 28 considera que la hipótesis descrita es un hecho constitutivo de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, en conformidad a la indicación 29.

Enseguida, afirmó, en relación a la indicación 13, que en los casos de objeción de conciencia subsiste el deber de los médicos, consistente en no poder impedir el retardo en la atención y derivación de la paciente.

Las Senadoras Allende y Núñez compartieron dicho razonamiento.

El jefe del Departamento de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, Gonzalo Rubio, explicó que la ley N°21.030, sobre interrupción del embarazo en tres causales, contempla la objeción de conciencia circunscrita al pabellón quirúrgico, de modo que tal objeción alcanza a la intervención sólo si no existe otro profesional que pueda realizarla. Por ello, afirmó que la indicación 13 implica una contradicción a dicha regla, pues la objeción de conciencia no alcanza al deber de derivación de la paciente.

La asesora del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Laura Dragnic, agregó que el inciso primero del artículo 119 ter del Código Sanitario establece que, si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. Por ello, la objeción de conciencia no alcanza al deber de derivación, de modo que no es posible que una tardanza en la atención de salud sea calificada como justificada.

**-Puesta en votación la indicación 13, se registraron 2 votos a favor, de la Senadora Núñez y del Senador Sanhueza, y 2 votos en contra, de las Senadoras Allende y Pascual.**

**-Repetida la votación, en conformidad al artículo 182 del Reglamento del Senado, se registraron 2 votos a favor, de la Senadora Núñez y del Senador Sanhueza, y 2 votos en contra, de las Senadoras Allende y Pascual.**

**En la sesión ordinaria siguiente, puesta en votación la indicación 13, fue rechazada por 2 votos en contra, de las Senadoras Allende y Pascual, y 1 voto a favor, de la Senadora Núñez.**

**-Puestas en votación las indicaciones 12 y 28, fueron aprobadas por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

Más adelante, en cuanto a la indicación 29, la letra f) que se propone fue aprobada por 3 votos a favor, Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 en contra del Senador Sanhueza.

Indicación 28  
PARA SUSTITUIR LA LETRA N) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, mediante la indicación 28 proponen sustituir la letra n) del artículo 4 por la siguiente:

“n) Prohibir el ejercicio de actos propios de las tradiciones culturales que la mujer u otra persona gestante profese, especialmente en el caso de la entrega de la placenta, conforme a la Norma General Técnica pertinente.”.

La Senadora Pascual explicó que la indicación establece expresamente que la prohibición de la expresión de manifestaciones culturales puede constituir violencia ginecobstétrica, destacando su relevancia en el caso de ciertas culturas que solicitan la entrega de la placenta.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda y Senador Sanhueza.**

Indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA Ñ) DEL ARTÍCULO 4

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual por medio de la indicación 28 proponen suprimir la letra ñ) del artículo 4, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

ñ) Vulnerar los derechos establecidos en el Título III.

La Senadora Pascual explicó que dicha propuesta considera las modificaciones que la Comisión ha acordado respecto de los Títulos y el orden del proyecto contenido en el texto aprobado en general.

**-Puesta en votación la indicación 28, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda y Senador Sanhueza.**

Indicación 14 e indicación 28  
PARA SUPRIMIR LA LETRA O) DEL ARTÍCULO 4

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, y las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, por medio de las indicaciones 14 y 28 proponen suprimir la letra o) del artículo 4, cuyo texto es el siguiente:

o) No respetar el consentimiento y la autonomía de una niña, adolescente, mujer u otra persona gestante, especialmente si se trata de una persona en situación de discapacidad, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o del aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva.

La Senadora Pascual explicó que dicha propuesta considera que la hipótesis se encuentra contenida en la ley N°20.584, sobre derechos y deberes del paciente.

**-Puestas en votación las indicaciones 14 y 28, fueron aprobadas por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda y Senador Sanhueza.**

LETRA P) DEL ARTÍCULO 4

La letra p) del artículo 4 del proyecto aprobado en general establece que una de las hipótesis constitutivas de violencia ginecobstétrica consiste en interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puérpera.

La Senadora Pascual propuso trasladar la norma propuesta al capítulo relativo a los hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica

**-Puesta en votación dicha propuesta, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda.**

Indicación 29

PARA INTERCALAR UN TÍTULO IV DENOMINADO “VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN GINECOBSTÉTRICA, NUEVO

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual proponen mediante la indicación 29 el siguiente Título IV, nuevo.

“Título IV

Vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica

Artículo 5 .- Hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica. Se considerarán como hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, sin perjuicio de otras leyes que resulten aplicables, entre otros, los siguientes:

a) Manipular u ocultar la información solicitada por la mujer o persona con capacidad de gestar o por un tercero, con su consentimiento y autorización.

b) Abusar o negar medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados

c) Efectuar prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen sustento específico alguno para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

d) Introducir barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer o persona con capacidad de gestar.

e) Retardar injustificadamente u omitir la atención de salud, y que ello genere como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

f) Retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley.”.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda y Senador Sanhueza.**

**letra a)**

La letra a) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica manipular u ocultar la información solicitada por la mujer o persona con capacidad de gestar o por un tercero, con su consentimiento y autorización.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez y Pascual y Senadores Juan Luis Castro y Sanhueza.**

**letra b)**

La letra b) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica abusar o negar medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos y/o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza, sustituyendo la frase “Abusar o negar medicación” por “Abusar de medicación o negarla injustificadamente”.**

**letra c)**

La letra c) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica efectuar procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen sustento específico alguno para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

**letra d)**

La letra d) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica introducir barreras de acceso a la

anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer o persona con capacidad de gestar.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

**letra e)**

La letra e) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica retardar injustificadamente u omitir la atención de salud, y que ello genere como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

**-Puesta en votación la indicación 29, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza.**

**letra f)**

La letra f) del artículo 5, propuesto por la indicación 29, establece como hipótesis constitutiva de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto en las causales establecidas por la ley.

**-Puesta en votación la indicación 29, se registraron 2 votos a favor, de las Senadoras Allende y Pascual, 1 voto en contra, del Senador Sanhueza, y 1 abstención, de la Senadora Núñez.**

**-Repetida la votación, en conformidad al artículo 178 del Reglamento del Senado, la indicación fue aprobada por 3 votos a favor, de las Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 voto en contra, del Senador Sanhueza.**

Cabe recordar que la letra p) del artículo 4 del proyecto aprobado en general, que establece que una de las hipótesis constitutivas de violencia ginecobstétrica consiste en interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puérpera, por acuerdo unánime de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda se agregó como letra g) al artículo del capítulo nuevo que se agrega.

Indicación 15

PARA ELIMINAR EL ARTÍCULO 5, REFERIDO A LA APLICACIÓN DE LAS  
NORMAS DEL TÍTULO III “DE LOS DERECHOS DEL NACIMIENTO”

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, mediante la indicación 15 proponen la eliminación del artículo 5, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

“Artículo 5.- De la aplicación de las normas de este Título. Las normas de este Título tienen por objeto resguardar y garantizar los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, y proteja la integridad física y psíquica.”.

**La indicación 15 fue retirada por sus autores.**

Indicación 16

PARA ELIMINAR EL ARTÍCULO 6, QUE REGULA EL PLAN DE PARTO

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 16 proponen eliminar el artículo 6, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

Artículo 6.- Sobre el plan de parto. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer u otra persona gestante establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y la lactancia de la persona recién nacida. En este documento se dejará constancia de las preferencias de la mujer u otra persona gestante. Sin perjuicio de lo anterior, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presenten aquella y la persona recién nacida al momento del nacimiento, y la voluntad verbal expresa de la mujer u otra persona gestante en el momento en que recibe la atención obstétrica.

Será obligación de los establecimientos de salud acoger el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer u otra persona gestante. En el caso de que 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 señas y un traductor para la coordinación del plan de parto.

La presentación del plan de parto se regirá por lo establecido en el artículo 11.

Indicaciones 29 bis y 29 ter

PARA SUPRIMIR EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 6, REFERIDO AL PLAN DE PARTO, LA PALABRA “DESEOS,” Y LA ORACIÓN “EN ESTE DOCUMENTO SE DEJARÁ CONSTANCIA DE LAS PREFERENCIAS DE LA MUJER U OTRA PERSONA GESTANTE”.

La Senadora Pascual formuló estas indicaciones 29 bis y 29 ter.

En sesión de 14 de marzo de 2023, lo que concierne a las indicaciones 29 bis y 29 ter, la Senadora Pascual hizo presente que la primera de ellas apunta a suprimir una noción particularmente subjetiva, lo que hace necesario sustituirla por el concepto “preferencias”. En cuanto a la indicación 29 ter, sostuvo que la materia que propone eliminar dicha proposición se encuentra contenida en el artículo 11 aprobado en general, lo que hace innecesaria su reiteración.

**-Puestas en votación las indicaciones 29 bis y 29 ter, fueron aprobadas por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro, sustituyéndose la palabra “deseos” por “preferencias” y eliminándose la oración aludida.**

Indicación 29 quáter

PARA INCORPORAR EN EL INCISO SEGUNDO DEL ARTÍCULO 6 UNA FRASE FINAL EN VINCULACIÓN CON EL PLAN DE PARTO

La Senadora Pascual presentó la indicación 29 quáter, que propone agregar al inciso segundo que dispone la obligación de los establecimientos de salud de acoger el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante, una frase del siguiente tenor: “, siempre que se ajuste a las condiciones de salud de la mujer u otra persona con capacidad de gestar y la decisión del equipo de salud a cargo”.

En sesiones de 7 y 8 de marzo de 2023, la Senadora Sepúlveda hizo presente que algunos aspectos que aborda el artículo 6 se encuentran contenidos en el artículo 11, lo que requiere evitar una reiteración en ambas disposiciones.

La Senadora Pascual coincidió en que la regulación del plan de parto se encuentra contenida en dos disposiciones del proyecto, lo que resulta pertinente. Con todo, propuso establecer en el artículo 11 la perspectiva relativa a la difusión del plan de parto y los estándares de atención

de salud, mientras que los derechos del nacimiento y el plan de parto se consigne en el artículo 6.

En conformidad a ello, propuso aprobar el inciso primero del artículo 6 aprobado en general, de modo que las materias que abordan sus incisos segundo, tercero y cuarto, junto a las indicaciones que recaen en dichas disposiciones, sean reguladas en el artículo 11, relativo a las obligaciones de las instituciones de salud.

**-Puesto en votación el inciso primero del artículo 6 aprobado en general, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda y Senador Sanhueza.**

En sesión de 14 de marzo de 2023, la Comisión retomó el análisis del contenido de los incisos segundo, tercero y cuarto del artículo 6° aprobado en general.

Dichos incisos establecen que será obligación de los establecimientos de salud acoger el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer u otra persona gestante. En el caso de que 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 señas y un traductor para la coordinación del plan de parto.

La presentación del plan de parto se regirá por lo establecido en el artículo 11.

La indicación 29 quáter, de la Senadora Pascual, incorpora en el inciso segundo, la siguiente frase final: “siempre que se ajuste a las condiciones de salud de la mujer u otra persona con capacidad de gestar y la decisión del equipo de salud a cargo”.

La Senadora Provoste hizo presente que el proyecto de ley debe conciliar las preferencias de la madre o persona con capacidad de gestar con las contingencias que pueden ocurrir durante la intervención médica, sobre todo en los casos de urgencia. Al efecto, expuso que se han verificado casos de negligencia médica con resultado de muerte en la región de Atacama. Por ello, afirmó que una interpretación excesiva de la autonomía para la determinación de las condiciones del parto puede soslayar la responsabilidad médica, lo que resulta erróneo.

El Senador Juan Luis Castro coincidió en establecer que la iniciativa debe cautelar un adecuado equilibrio entre las preferencias de la mujer u otra persona con capacidad de gestar con las necesidades propias de la atención médica.

La Senadora Núñez afirmó que uno de los aspectos centrales de la iniciativa consiste en cautelar la autonomía de la mujer o persona con capacidad de gestar, lo que exige equilibrar dicho principio con las contingencias que pudieran ocurrir durante la atención de salud. Al efecto, hizo presente que la indicación 21, que reemplaza el artículo 11 aprobado en general, permite conciliar ambos objetivos.

La Senadora Pascual manifestó que la indicación 29 quáter, que recae sobre el inciso segundo del artículo 6° aprobado en general, permite que los establecimientos de salud acojan el plan de parto siempre que se ajuste a las condiciones de salud de la mujer u otra persona con capacidad de gestar y la decisión del equipo de salud a cargo, lo que permite conciliar adecuadamente la autonomía sin deslindar la responsabilidad del equipo médico ante las decisiones que se adopten durante la atención del parto.

Al efecto, considerando que la materia se encuentra contenida en el artículo 11 aprobado en general y en las indicaciones que recaen sobre dicha disposición, propuso que la materia que aborda la indicación 29 quáter sea incorporada en el primer inciso del artículo que la indicación 21 incorpora al proyecto de ley.

**-La unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro, acordó suprimir los incisos segundo y tercero del artículo 6° aprobado en general, toda vez que las materias que abordan dichos incisos se encuentran contenidas en el artículo 11 aprobado en general y en las indicaciones que recaen sobre dicha disposición.**

**-Puesta en votación la indicación 29 quáter, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro. La Comisión acordó, por la unanimidad de sus integrantes presentes, trasladar dicha disposición al inciso primero del artículo que la indicación 21 propone incorporar al proyecto, atendida la eliminación de los incisos segundo y tercero del artículo 6° aprobado en general.**

Indicación 17

PARA ELIMINAR EL ARTÍCULO 7, QUE ESTABLECE EL DERECHO A PARTICIPAR EN TALLERES PRENATALES

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza presentaron la indicación 17 para eliminar el artículo 7, cuyo texto aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados es el siguiente:

Artículo 7.- Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer u otra persona gestante tendrán derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, y proporcionar información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, los beneficios de la lactancia, así como también cualquier otro antecedente relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento.

El Estado, a través de sus órganos, deberá facilitar el acceso a la libre elección de los talleres, en consideración a las características psicosociales del territorio.

La educación prenatal deberá considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades de la persona recién nacida, postparto, placenta e información sobre vínculos sanos y crianza temprana. Asimismo, facilitará la elaboración del plan de parto.

Los talleres deberán ser impartidos por personal idóneo. Podrán ser dictados por establecimientos de salud públicos o privados, así como también por prestadores individuales. Asimismo, deberán incluir un enfoque de género y de derechos, y aspectos teóricos y prácticos, a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer u otra persona gestante y persona significativa, con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos.

En sesión de 8 de marzo de 2023, la Senadora Núñez fundamentó dicha proposición en consideración a que las materias que aborda el artículo 7 se encuentran contenidas en la indicación 18.

La Senadora Pascual opinó que la indicación 18, que en principio regula la misma materia contenida en el artículo 7, contiene una formulación mucho más restringida.

La Senadora Pascual consultó al Ejecutivo acerca de la posibilidad de contemplar la regulación propuesta en el artículo 7 aprobado en general en un cuerpo reglamentario.

La Directora del Departamento de Derechos Humanos y Género del Ministerio de Salud, señora Paula Araya, afirmó que la normativa propuesta en los incisos segundos y siguientes del artículo 7 aprobado en general puede ser contenida en un reglamento, de modo que el Ejecutivo promoverá una normativa de ese rango.

La Senadora Sepúlveda propuso consignar un plazo para la dictación del respectivo reglamento, considerando que de ello puede depender la entrada en vigencia de la ley.

Enseguida, la Senadora Pascual propuso trasladar la materia contenida en el artículo 7 a otra disposición, la que deberá ubicarse en el título correspondiente a prevención y educación.

**-Puesta en votación la indicación 17, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual, Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicación 18

PARA SUSTITUIR EN EL ENCABEZADO DEL ARTÍCULO 8 LA FRASE “U OTRA PERSONA GESTANTE” POR “U OTRA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR”

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, mediante la indicación 18 proponen lo antes descrito, respecto del artículo 8 que regula los derechos de la mujer o de la persona con capacidad de gestar.

Indicación 18

PARA INCORPORAR UNA LETRA A), NUEVA AL ARTÍCULO 8

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 18 proponen agregar la siguiente letra a), nueva, pasando la letra a) aprobada en general a ser letra b).

El texto de la letra a) nueva propuesta es el siguiente:

“a) Participar en talleres prenatales, recibir información completa y elaborar en conjunto con el equipo de salud el plan de parto a ser implementado durante la atención.”.

**-Puesta en votación la indicación 18, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Letra a)

La letra a) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, recibir una atención continua y personalizada por una matrona o matrócn. El Estado deberá garantizar que el estándar sea de una matrona o matrócn por mujer u otra persona gestante en el trabajo de parto.

La Senadora Sepúlveda consultó acerca de los estándares vigentes en materia de atención de matronas o matrones durante el trabajo de parto. Agregó que resulta adecuado que el Estado propenda a garantizar un estándar en la atención del parto.

La directora del Departamento de Derechos Humanos y Género del Ministerio de Salud, señora Paula Araya, afirmó que, bajo las condiciones actuales, existen falencias de personal, lo que impediría cumplir el estándar que establece el proyecto. Enseguida, sostuvo que el estándar propuesto por la norma se cumple en tres recintos hospitalarios, y en general hay una relación de un profesional por cada dos, tres o hasta seis pecientes. Por ello, habría una brecha de aproximadamente 1600 profesionales para garantizar el estándar propuesto en el texto aprobado en general.

El Senador Ossandón propuso establecer una norma que resulte aplicable en la práctica, atendidas las falencias en la atención sanitaria.

La Senadora Pascual, luego de reconocer la necesidad de avanzar hacia un estándar de atención personalizada, afirmó que la propuesta contiene un mandato expreso al Estado. En razón de ello, propuso establecer que el Estado propenderá a garantizar que el estándar sea de una matrona o matrón por mujer u otra persona gestante en el trabajo de parto.

**-Puesta en votación la letra a) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada, con dicha enmienda, por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicaciones 18 y 30

PARA ELIMINAR LA LETRA B) DEL ARTÍCULO 8 APROBADA EN GENERAL

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, y las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual con las indicaciones 18 y 30 proponen eliminar la letra b) del artículo 8, cuyo texto es el siguiente:

b) A acceder a prácticas e indicadores actualizados de los distintos establecimientos de salud en relación con intervenciones y resultados de los partos, como la tasa de partos vaginales, de partos instrumentales, de cesáreas, de conducción del trabajo de parto con oxitocina sintética, de rotura artificial de membranas, de libre movimiento y acompañamiento durante el trabajo de parto, la posición al momento del parto, la presencia y tipo de desgarros del canal del parto, Apgar de la persona recién

nacida a los cinco minutos, el tiempo de contacto piel con piel, el momento de inicio de la lactancia y la tasa de lactancia materna exclusiva al alta.

La Senadora Pascual fundamentó la indicación señalando que la materia que aborda la letra b) debe ser concebida como una función de organismos públicos, en lugar de un derecho individual de los pacientes.

**-Puestas en votación las indicaciones 18 y 30, fueron aprobadas por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón. La materia, finalmente queda regulada en el Título final que se agrega al texto del proyecto de ley.**

#### **letra c)**

La letra c) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, ser informada sobre el estado y evolución de su parto, de la condición de salud del que está por nacer y, en forma anticipada, sobre las posibles urgencias obstétricas y sus manejos. Deberá ser considerada como sujeto activo en la toma de decisiones y en cualquier intervención que se realice durante todo el proceso de preparto, parto y postparto.

El Senador Ossandón hizo presente la necesidad de evitar que la aplicación de la norma genere un retraso en la atención sanitaria.

La Senadora Pascual explicó que, conforme a las normas generales contenidas en el proyecto, existen resguardos que permiten concluir que el consentimiento de la paciente operará siempre que no estuviere en riesgo su salud ni de la persona que está por nacer.

**-Puesta en votación la letra c) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

#### **Indicación 30 bis**

#### **PARA ELIMINAR LA LETRA D) DEL ARTÍCULO 8**

La Senadora Pascual mediante la indicación 30 bis propone eliminar la letra d) del artículo que regula uno de los derechos de la mujer u otra persona con capacidad de gestar.

La letra d) es la siguiente:

“d) A que sean atendidas todas sus necesidades psicológicas y emocionales que facilitan el trabajo de parto y parto, tales como la intimidad, la seguridad, la contención y el soporte emocional, entre otras.”.

La Senadora Pascual explicó que la indicación propone evitar que, atendida la amplitud de todas las necesidades psicológicas y emocionales de la paciente, se genere en la práctica un incumplimiento de la norma.

La Senadora Sepúlveda consultó acerca de las medidas de atención dispuestas ante el diagnóstico de depresión post parto.

La Senadora Pascual afirmó que en el sector público existen estándares y medidas de atención ante el diagnóstico de depresión post parto.

**-Puesta en votación la indicación 30 bis, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**letra e)**

La letra e) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, recibir información referente a la Norma General Técnica de Placenta, a solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

**-Puesta en votación la letra e) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**Indicación 30 ter**

**PARA ELIMINAR LA LETRA F) DEL ARTÍCULO 8**

La Senadora Pascual formuló la indicación 30 ter, para eliminar la letra f) del artículo 8 que regula el derecho de la mujer u otra persona con capacidad de gestar a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial.

La Senadora Pascual afirmó que el deber que contempla la norma aprobada en general, cuya derogación es propuesta por la indicación 30 ter, forma parte de los elementos centrales del proyecto, por lo que su reiteración resulta innecesaria.

**-Puesta en votación la indicación 30 ter fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicación 30 quáter

PARA MODIFICAR LA LETRA G) DEL ARTÍCULO 8, QUE REGULA EL DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA LA MUJER U OTRA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR POR EL PADRE, POR UNA PERSONA SIGNIFICATIVA, POR UNA DOULA

La Senadora Pascual, por medio de la indicación 30 quáter propone sustituir la frase “una persona significativa, por una doula,” por la siguiente. “una persona significativa o por una doula”.

Indicación 18

PARA REEMPLAZAR LA LETRA G) DEL ARTÍCULO 8

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza proponen mediante la indicación 18 reemplazar la letra g) del artículo 8 por la siguiente:

“g) A estar acompañada ininterrumpidamente por el padre de la persona recién nacida, o por otra persona significativa para la madre o persona con capacidad de gestar, de su confianza y elección, durante el trabajo de parto y parto, quien recibirá la información oportuna sobre el estado de salud de la madre o persona con capacidad de gestar y del recién nacido.”.

El Senador Ossandón afirmó que la referencia a la doula resulta redundante, toda vez que puede tratarse de una persona comprendida en la noción de persona significativa que contiene la indicación 18.

**-Puesta en votación la indicación 18, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**La indicación 30 quáter fue retirada por su autora.**

Letras h), i), j) y k) del artículo 8

REGULAN DERECHOS DE LA MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR, EN EL ÁMBITO DEL PARTO FISIOLÓGICO, EL PARTO POR CESÁREA, A MANTENER UNIDAS A LA MADRE CON LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA Y CONTAR CON UNA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICAZ EN CASO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

**Puestas en votación las letras h), i), j) y k) del artículo 8 aprobado en general, sin haber tenido indicaciones a su respecto, fueron aprobadas por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicación 30 A  
PARA ELIMINAR LA LETRA L) DEL ARTÍCULO 8

La Senadora Pascual propone con la indicación 30A, la letra l) del artículo 8 que considera otro derecho de la mujer o la persona con capacidad de gestar consistente en no ser hospitalizada junto a otras mujeres u otras personas con capacidad de gestar, o puérperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal.

La Senadora Pascual afirmó que idealmente el estándar debe corresponder a evitar hospitalizar en el mismo lugar a personas gestantes o puérperas junto a pacientes atendidas por muerte gestacional o perinatal. Con todo, advirtió que en algunas zonas del país no existen las condiciones que garanticen el cumplimiento de tal obligación, lo que puede resultar complejo considerando que ambas pacientes requieren atención sanitaria.

La Senadora Sepúlveda propuso considerar una fórmula intermedia que propenda a alcanzar el objetivo contenido en el texto aprobado en general.

El jefe del Departamento de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, señor Gonzalo Rubio, sostuvo que la hipótesis se encuentra contenida en la ley N° 21.371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal -ley Dominga- que apunta a realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, así como también para el padre o aquella persona significativa que la acompañe. Con todo, coincidió en la necesidad de propender al cumplimiento de dicha norma, considerando las eventuales falencias en la disponibilidad de camas e infraestructura.

**La indicación 30 A fue retirada por su autora.**

La Senadora Pascual propuso establecer que se deberá propender a no ser hospitalizada junto a otras mujeres u otras personas gestantes, o puérperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal

**-Puesta en votación dicha propuesta, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**letra m)**

La letra m) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, recibir, cuando así lo soliciten, el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal, y de abortos en las causales establecidas por la ley.

**-Puesta en votación la letra m) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**letra n)**

La letra n) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, recibir atención psiquiátrica y/o psicológica continua, según sus necesidades de salud, en caso de muerte gestacional o perinatal y abortos en las causales establecidas por la ley.

**-Puesta en votación la letra n) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

**Indicación 18**

**PARA REEMPLAZAR LA LETRA Ñ) DEL ARTÍCULO 8**

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza proponen mediante la indicación 18 reemplazar la letra ñ) del artículo 8 por la siguiente:

“ñ) A gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto, si las condiciones de salud se lo permiten, y a no sufrir ninguna limitación física. Tratándose de mujeres privadas de libertad, en el trabajo de parto y en el parto no se utilizarán medidas de coerción ni se permitirá la presencia de gendarmes.”.

La Senadora Pascual propuso reemplazar, en la indicación 18, la expresión “de gendarme” por “personal de gendarmería”.

**-Puesta en votación la indicación 18, fue aprobada, con dicha enmienda, por la unanimidad de los integrantes**

**presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicación 30 B

**PARA AGREGAR UNA LETRA NUEVA AL ARTÍCULO 8**

La Senadora Pascual formuló la indicación 30 B con la finalidad de agregar una letra final nueva al artículo 8, referido al derecho de las mujeres privadas de libertad de que el Estado asegure un especial resguardo de las garantías y derechos contenidos en la ley, así como interpretar otros cuerpos legales que les sean aplicables, en concordancia con lo dispuesto por esta normativa.

La Senadora Pascual afirmó que la propuesta considera la especial preocupación del proyecto por las mujeres privadas de libertad, atendiendo a casos de conocimiento público en que se ha producido una grave vulneración de los derechos de las mujeres en recintos penitenciarios.

**-Puesta en votación la indicación 30 B, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

letra o)

La letra o) del artículo 8 aprobado en general establece, dentro de los derechos de la mujer u otra persona gestante, solicitar un acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico especializado en la reparación, junto con un seguimiento integral, en el caso de estimar que se han vulnerado cualquiera de los derechos establecidos en este artículo.

**-Puesta en votación la letra o) del artículo 8 aprobado en general, fue aprobada por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón.**

Indicación 30 C

**PARA ELIMINAR EN EL ENCABEZADO DEL ARTÍCULO 9 LA EXPRESIÓN “CÁLIDO Y”.**

La Senadora Pascual con la indicación 30 C propone eliminar en el encabezado del artículo 9 la expresión “cálido y”, en referencia al derecho de toda persona a nacer en un ambiente cálido y respetuoso de la dignidad humana.

Indicación 19  
PARA SUSTITUIR LA LETRA E) DEL ARTÍCULO 9

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza proponen mediante la indicación 19 sustituir la letra e) del artículo 9, que regula los derechos de la persona recién nacida.

El texto de la letra e) que se propone es la siguiente:

“e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que lo gestó, así también con el padre o persona significativa, según corresponda.”.

En sesión de 14 de marzo de 2023, la Senadora Pascual fundamentó la indicación de su autoría señalando que, sin perjuicio de la importancia del derecho a nacer en un ambiente cálido, se trata de un concepto que carece de una definición legal, de modo que dicha norma podría ser regulada adecuadamente en la normativa reglamentaria.

Enseguida, la Senadora Núñez explicó que la indicación 19 elimina la referencia al tiempo de contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que lo gestó, así también con el padre o persona significativa, según corresponda, con el objetivo de evitar una restricción al ejercicio del referido derecho.

A continuación, la Senadora Pascual propuso considerar dicha materia en una normativa reglamentaria, e incorporar a personas significativas como sujetos del respectivo derecho.

En consecuencia, propuso establecer el derecho al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que lo gestó, así como también con el padre o madre o persona significativa, según corresponda, para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna y promover su adaptación a la vida extrauterina, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independientemente de la vía de parto.

**-Puesta en votación la indicación 19, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

**-Puesta en votación la indicación 30 C fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

Indicación 20

PARA REEMPLAZAR EN EL TEXTO DEL ARTÍCULO 10 LA FRASE “U OTRA PERSONA GESTANTE” POR “U OTRA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR”

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 20 proponen reemplazar lo anteriormente señalado.

La Senadora señora Pascual hizo presente que, en el encabezado del artículo 10, debe contener una referencia al padre, la madre o persona significativa.

**-Puesta en votación la indicación 20, fue aprobada, con la referida modificación, por la unanimidad de las integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

Indicación 21

PARA SUSTITUIR EL ARTÍCULO 11 REFERIDO AL PLAN DE PARTO Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 20 proponen sustituir el artículo 11 aprobado en general por el siguiente:

“Artículo 11.- Del plan de parto y las instituciones de salud. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer o persona con capacidad de gestar establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y lactancia, el que será aplicado en su atención a menos que sus condiciones de salud o del recién nacido no lo permitan, o solicite expresamente un cambio en dicho plan.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer o persona con capacidad de gestar. En el caso de que no pueda expresarse claramente o no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas o un traductor para la coordinación del plan de parto.

Los establecimientos de salud públicos y privados deberán disponer y difundir un modelo sugerido de plan de parto basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del nacimiento, con un enfoque intercultural, que dé cuenta de la infraestructura y capacidades técnicas y profesionales del establecimiento.”.

Al inicio del análisis del artículo 11 aprobado en general y de la indicación 21, la Senadora Núñez propuso regular, en primer lugar, lo relativo al plan de parto de la mujer o persona con capacidad de gestar y, a continuación, contemplar el modelo sugerido de plan de parto a que alude el artículo 11 aprobado en general.

La Senadora Pascual valoró la aplicación de un modelo sugerido para la atención de parto, lo que permite abordar la materia de forma general, más allá de los planes de parto individuales de cada mujer o persona con capacidad de gestar. Luego, manifestó que la propuesta contenida en el texto aprobado en general, en relación a que el plan de parto debe estar a disposición de la mujer u otra persona gestante antes de las treinta y dos semanas de gestación, requiere considerar que hay situaciones que se verifican con proximidad a la fecha del parto, de modo que tal referencia temporal resulta muy rígida.

Enseguida, el Senador Juan Luis Castro manifestó que en el sistema público quien realiza el control durante el período de gestación generalmente no es quien atiende el parto, lo que se encuentra regulado en el artículo 11 aprobado en general, a diferencia de la indicación 21, que no recoge dicha materia.

En efecto, explicó que el inciso tercero del artículo 11 aprobado en general establece que el plan de parto deberá ser presentado a la matrona o matrón y/o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público, y que en el caso de un establecimiento de salud privado este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

Atendidas tales consideraciones, el Senador señor Juan Luis Castro propuso agregar el inciso tercero del artículo 11 aprobado en general como inciso tercero del artículo que la indicación 21 incorpora al proyecto de ley, lo que permite garantizar la coherencia de la disposición, al regular en primer lugar el plan del parto y a continuación que éste deberá ser presentado a la matrona o matrón y/o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público. En el caso de un establecimiento de salud privado, este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

**-Puesta en votación la indicación 21, fue aprobada, con las referida modificación, por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

**Indicación 22**  
PARA REEMPLAZAR EL ARTÍCULO 12

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, por medio de la indicación 22 proponen reemplazar el artículo 12 aprobado en general, referido al fomento del parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa.

El texto propuesto es el siguiente:

“Artículo 12.- Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa. Las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales podrán incorporar y adaptar en sus mallas curriculares la información sobre la atención de salud y los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género e interculturalidad, así como fomentar las prácticas basadas en el buen trato y la empatía, los tipos de discriminación, la salud mental perinatal, la salud primal y el acompañamiento integral, con especial énfasis en el autocuidado del personal de salud.”.

**-La indicación 22 fue retirada por su autora.**

Indicación 30 D  
PARA ELIMINAR EN EL ARTÍCULO 12 LA FRASE “Y LA EMPATÍA”

La Senadora Pascual por medio de la indicación 30D, propone la eliminación en el artículo 12 la frase “y la empatía”, referida a la tarea de las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales de incorporar en las mallas curriculares materias sobre derechos humanos, las prácticas basadas en el buen trato y la empatía.

**-La indicación 30 D fue retirada por su autora.**

Indicación 23  
PARA SUSTITUIR EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 14 LA FRASE  
“U OTRA PERSONA GESTANTE” POR “U OTRA PERSONA CON  
CAPACIDAD DE GESTAR”

La Senadora Núñez y el Senador Sanhueza, mediante la indicación 23 proponen la sustitución señalada.

**-Puesta en votación la indicación 23, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

Indicación 24

PARA ELIMINAR EL ARTÍCULO 16, QUE AGREGA EN EL ARTÍCULO 12  
DEL CÓDIGO PENAL UNA NUEVA AGRAVANTE

El Senador Sanhueza, con la indicación 24 propone eliminar el artículo 16 aprobado en general, referido a la incorporación de una nueva circunstancia agravante al artículo 12 del Código Penal, con el siguiente texto:

“22.º Cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia ginecobstétrica.”.

**-Esta indicación fue rechazada, dado que se aprobaron las indicaciones 31 y 32.**

Indicaciones 31 Y 32

PARA SUSTITUIR EL NUMERAL APROBADO EN GENERAL QUE AGREGA  
UNA NUEVA AGRAVANTE EN EL ARTÍCULO 12 DEL CÓDIGO PENAL

Las Senadoras Allende, Carvajal y Pascual, y la Senadora Pascual por medio de las indicaciones 31 y 32 proponen el siguiente texto para la nueva agravante:

“23.º Cometer el delito en el marco de conductas activas constitutivas de violencia ginecobstrétrica referidas en el literal a), h) y j) del artículo 4, de la ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, aborto, salud sexual y reproductiva, y sanciona la violencia ginecobstétrica.”.

La Senadora Pascual actualizó la indicación, en cuanto que los literales mencionados son las letras a), e), f) y g) del artículo 4, que pasó a ser artículo 15, referido a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica.

**-Puestas en votación las indicaciones 31 y 32, fueron aprobadas por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro.**

-----

## MODIFICACIONES

En conformidad a los acuerdos precedentemente expuestos, la Comisión propone aprobar las siguientes modificaciones efectuadas al texto aprobado en general, que corresponde al despachado por la Cámara de Diputadas y Diputados:

### ARTÍCULO 1

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“Artículo 1.- Objeto. Esta ley tiene como objeto establecer, promover y asegurar los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en cualquier etapa del ciclo vital y de la persona recién nacida, en el ámbito de la atención ginecológica de la salud sexual y reproductiva, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto, muerte gestacional o perinatal.

También serán aplicables las normas de la presente ley al padre o a la madre de la persona recién nacida, o persona significativa.

Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer o persona con capacidad de gestar señale como su acompañante.”.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

### ARTÍCULO 2

Lo ha sustituido por el siguiente:

“Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley:

a) Dignidad en el trato. Los prestadores de salud deberán dar un trato digno a la mujer o persona con capacidad de gestar durante todo el periodo de su atención de salud. Ninguna mujer o persona con capacidad de gestar podrá ser objeto de maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto, así como también en torno a las atenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

b) Autonomía. Toda mujer o persona con capacidad de gestar deberá consentir de manera previa cualquier prestación de salud sexual y reproductiva que reciba, sin perjuicio de las excepciones establecidas

en 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.

**(Mayoría 3 a favor, Senadoras Allende, Núñez y Pascual y 1 en contra, Senadora Carvajal).**

c) Privacidad y confidencialidad. Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se llevarán a cabo asegurando la privacidad de la mujer o persona con capacidad de gestar, cuando las condiciones del establecimiento de salud lo permitan. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, asegurándose la confidencialidad de la misma conforme a 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.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual).**

d) Interculturalidad. Los prestadores de salud que realicen las atenciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto promoverán el respeto de la interculturalidad en todas sus formas, siempre que ello no importe un riesgo sanitario o un peligro para la integridad física de terceros.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual).**

e) Territorialidad. El Estado promoverá el derecho de la mujer o persona con capacidad de gestar a que su hijo o hija nazca en el lugar donde ella reside.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste, y Senador Juan Luis Castro).**

0000000

Ha intercalado el siguiente artículo 3, nuevo:

“Artículo 3.- Marco Interpretativo y de aplicación. La interpretación y aplicación de la presente ley se hará en conformidad con los tratados internacionales ratificados y vigentes en Chile y, se tendrá en especial consideración para ello, el enfoque de derechos humanos.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán aplicables a todos los establecimientos de salud públicos o privados, a toda institución en que se preste atención ginecobstétrica, incluyendo aquellos organismos públicos o privados que tengan niñas y mujeres bajo su custodia o tutela, especialmente aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad, y a todo prestador individual.

En particular, estas disposiciones serán aplicables al personal de salud que cumpla una función administrativa, asistencial o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente 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.”.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

-----

## TÍTULO II

-Ha pasado a ser Título V, con la misma denominación y con enmiendas que se consignan más adelante en el nuevo orden de los títulos.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

-----

-Ha incorporado como Título II el Título III, con las siguientes modificaciones:

Título II  
De los derechos del nacimiento

### ARTÍCULO 5

Ha pasado a ser artículo 4, con las siguientes enmiendas:

-Ha reemplazado la frase “u otra persona gestante” por la siguiente: “o persona con capacidad de gestar”.

-Ha intercalado, a continuación de la locución “del padre”, la siguiente: “o de la madre”.

-Ha reemplazado la frase “o persona significativa” por “o de la persona significativa”.

-Ha suprimido la frase “en las causales establecidas por la ley”.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda, y Senador Sanhueza).**

## ARTÍCULO 6

Ha pasado a ser artículo 5, con las siguientes modificaciones:

-En el inciso primero:

a) Ha reemplazado la frase “u otra persona gestante” por “o persona con capacidad de gestar”.

b) Ha sustituido la expresión “deseos,” por la palabra “preferencias”.

c) Ha eliminado la oración “En este documento se dejará constancia de las preferencias de la mujer u otra persona gestante”.

-Ha eliminado los incisos segundo y tercero.

-Ha sustituido en el inciso final, que pasa a ser inciso segundo, la locución “artículo 11” por “artículo 10”.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda, y Senador Sanhueza).**

## ARTÍCULO 7

Se ha ubicado como artículo 9 en el Título III, sustituyéndose en el inciso primero la frase “u otra persona gestante” por “o persona con capacidad de gestar”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda, y Senador Ossandón).**

## ARTÍCULO 8

Ha pasado a ser artículo 6, con las siguientes enmiendas:

-Ha sustituido en el encabezado la frase “u otra persona gestante”, las dos veces que aparece, por la siguiente: “o persona con capacidad de gestar”.

ooooooo

Ha incorporado la siguiente letra a), nueva:

“a) A participar en talleres prenatales, recibir información completa y elaborar en conjunto con el equipo de salud el plan de parto a ser implementado durante la atención.”.

**letra a)**

Ha pasado a ser letra b), sustituyendo la segunda oración por la siguiente: “El Estado propenderá a que el estándar sea de una matrona o matrn por una mujer o por una persona con capacidad de gestar en el trabajo de parto.”.

**letra b)**

La ha eliminado.

**letra d)**

La ha suprimido.

**letra e)**

Ha pasado a ser letra d), sin modificaciones.

**letra f)**

La ha eliminado.

**letra g)**

Ha pasado a ser letra e), sustituida por la siguiente:

“e) A estar acompañada ininterrumpidamente por el padre o la madre de la persona recién nacida, o por otra persona significativa para la madre o persona con capacidad de gestar, de su confianza y elección, durante el trabajo de parto y parto, quien recibirá la información oportuna sobre el estado de salud de la madre o persona con capacidad de gestar y del recién nacido.”.

**letra h)**

Ha pasado a ser letra f), sustituyendo la frase “u otra persona gestante” por la siguiente “o persona con capacidad de gestar”.

**letras i), j) y k)**

Han pasado a ser letras g), h) e i), respectivamente, sin modificaciones.

**letra l)**

Ha pasado a ser letra j), reemplazada por la siguiente:

“j) A que se propenda que no sea hospitalizada junto a otras mujeres o personas con capacidad de gestar, o púerperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal.”.

**letras m) y n)**

Han pasado a ser letras k) y l), respectivamente, sustituyéndose por las siguientes:

**k)** A recibir, cuando así lo soliciten, el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y de abortos.

**l)** A recibir atención psiquiátrica o psicológica continua, según sus necesidades de salud, en casos de muerte gestacional o perinatal y de abortos.

**letra ñ)**

Ha pasado a ser letra m), sustituida por la siguiente:

“m) A gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto, si las condiciones de salud se lo permiten, y a no sufrir ninguna limitación física. Tratándose de mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad, en el trabajo de parto y en el parto no se utilizarán medidas de coerción ni se permitirá la presencia de personal de Gendarmería de Chile.”.

oooooooo

Ha incorporado la siguiente letra n), nueva:

“n) A que el Estado asegure, en el caso de las mujeres o de personas con capacidad de gestar privadas de libertad, un especial resguardo de las garantías y derechos contenidos en esta ley, así como interpretar otros cuerpos legales que les sean aplicables, en concordancia con lo dispuesto por esta normativa.”.

**letra o)**

Ha pasado a ser letra ñ), sin modificaciones.

**(Unanimidad 4X0, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda, y Senador Ossandón, respecto de todas las enmiendas efectuadas al artículo 7).**

## ARTÍCULO 9

Ha pasado a ser artículo 7, con las siguientes enmiendas:

-Ha suprimido en el encabezado la expresión “cálido y”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste, y Senador Juan Luis Castro).**

-Ha sustituido la letra e) por la siguiente:

“e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que la gestó, así como también con el padre o madre o persona significativa, según corresponda, para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna y promover su adaptación a la vida extrauterina, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independiente de la vía de parto.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste, y Senador Juan Luis Castro).**

## ARTÍCULO 10

Ha pasado a ser artículo 8, con las siguientes enmiendas:

-Ha reemplazado el encabezado por el siguiente:

“Artículo 8.- De los derechos del padre o de la madre o persona significativa. El padre o la madre o la persona significativa tienen los siguientes derechos:”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste, y Senador Juan Luis Castro).**

-Ha sustituido en las letras a) y b), la frase “u otra persona gestante” por “o persona con capacidad de gestar”.

-Ha reemplazado en la letra c) la voz “artículo 9” por “artículo 7”.

-Ha sustituido la letra g) por la siguiente:

“g) A recibir el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y abortos, cuando la mujer o persona con capacidad de gestar estuviere impedida de hacerlo.”.

-----

## TÍTULO IV

Ha pasado a ser Título III, con igual denominación y con las siguientes modificaciones:

Título III  
De la prevención y educación

ooooooo

Ha incorporado en el Título III, el siguiente artículo 9, anterior artículo 7:

“Artículo 9.- Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer o persona con capacidad de gestar tendrán derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, y proporcionar información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, los beneficios de la lactancia, así como también cualquier otro antecedente relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento.

El Estado, a través de sus órganos, deberá facilitar el acceso a la libre elección de los talleres, en consideración a las características psicosociales del territorio.

La educación prenatal deberá considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades de la persona recién nacida, postparto, placenta e información sobre vínculos sanos y crianza temprana. Asimismo, facilitará la elaboración del plan de parto.

Los talleres deberán ser impartidos por personal idóneo. Podrán ser dictados por establecimientos de salud públicos o privados, así como también por prestadores individuales. Asimismo, deberán incluir un enfoque de género y de derechos, y aspectos teóricos y prácticos, a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer o persona con capacidad de gestar y para la persona significativa, con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos.”.

**(Unanimidad 4X0, Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda, y Senador Ossandón).**

## ARTÍCULO 11

Ha pasado a ser artículo 10, sustituido por el siguiente:

“Artículo 10.- Del plan de parto y las instituciones de salud. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer o persona con capacidad de gestar establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y lactancia, el que será aplicado en su atención a menos que sus condiciones de salud o del recién nacido no lo permitan, o solicite expresamente un cambio en dicho plan, siempre que se ajuste a las condiciones de salud de la mujer o persona con capacidad de gestar y la decisión del equipo de salud a cargo.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer o persona con capacidad de gestar. En el caso de que no pueda expresarse claramente o que no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas o un intérprete del idioma correspondiente para la coordinación del plan de parto.

El plan de parto deberá ser presentado a la matrona o matrón o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público. En el caso de un establecimiento de salud privado, este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

Los establecimientos de salud públicos y privados deberán disponer y difundir un modelo sugerido de plan de parto basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del nacimiento, con un enfoque intercultural, que dé cuenta de la infraestructura y capacidades técnicas y profesionales del establecimiento.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda y Senador Ossandón, y Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro).**

## **ARTÍCULO 12**

Ha pasado a ser artículo 11, sin modificaciones.

## **ARTÍCULO 13**

Ha pasado a ser artículo 12, suprimiendo la frase “en las causales establecidas por la ley”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro).**

oooooooo

Ha intercalado el siguiente Título nuevo:

“Título IV

Vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica

Artículo 13.- Hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica. Se considerarán como hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, sin perjuicio de otras leyes que resulten aplicables, entre otros, los siguientes:

a) Manipular u ocultar la información solicitada por la mujer o persona con capacidad de gestar o por un tercero, con su consentimiento y autorización.

b) Abusar de medicación o negarla injustificadamente cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.

c) Efectuar prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen sustento específico alguno para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.

d) Introducir barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer o persona con capacidad de gestar.

e) Retardar injustificadamente u omitir la atención de salud, y que ello genere como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.

f) Retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez y Pascual y Senadores Juan Luis Castro y Sanhueza; Senadoras Allende, Núñez y Pascual y Senador Sanhueza, respecto de las letras a) a e). Mayoría 3 a favor, Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 en contra, Senador Sanhueza, respecto de la letra f)).**

g) Interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puerpera.”.

**(Unanimidad 3X0. Senadoras Allende, Pascual y Sepúlveda).**

-----

Ha incorporado como Título V el Título II, con las siguientes modificaciones:

TÍTULO V  
Violencia ginecobstétrica

**ARTÍCULO 3**

Ha pasado a ser artículo 14, sustituido por el siguiente:

“Artículo 14.- Definición de violencia ginecobstétrica. Se entenderá por violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, negación injustificada o abuso que suceda en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto o urgencia ginecológica.

Las sanciones a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica se regirán por lo dispuesto en el Título VI.”.

**(Mayoría 3 votos a favor, Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y 1 abstención, Senador Sanhueza).**

**ARTÍCULO 4**

Ha pasado a ser artículo 15, con las siguientes enmiendas:

-Ha reemplazado las letras a) y b) por las siguientes:

“a) Ejercer violencia física, sexual o psicológica contra la mujer o persona con capacidad de gestar en el contexto de su atención de salud sexual y reproductiva.

b) Ignorar deliberadamente, subvalorar o acallar el dolor o las enfermedades por parte del personal de salud en dicho contexto.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez y Pascual y Senadores Juan Luis Castro y Sanhueza).**

-Ha suprimido en la letra c) la palabra “retrasar”.  
**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez y Pascual y Senadores Juan Luis Castro y Sanhueza).**

-Ha eliminado las letras d) y e).

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez y Pascual y Senadores Juan Luis Castro y Sanhueza).**

-Ha suprimido la letra f).

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra g)**

Ha pasado a ser letra d), sustituida por la siguiente:

“d) Obligar a la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente si se encuentran privadas de libertad, a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación médica ni consentimiento de ella.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra h)**

Ha pasado a ser letra e), reemplazada por la siguiente:

“e) Acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía de uso rutinario, entre otros, sin justificación médica y sin consentimiento de la mujer o persona con capacidad de gestar.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra i)**

La ha suprimido

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra j)**

La ha sustituido por las siguientes letras f) y g)

“f) Practicar esterilización a la mujer o persona con capacidad de gestar sin el consentimiento de ésta:

g) Causar maliciosamente un aborto o interrupción del embarazo sin el consentimiento de la madre o persona con capacidad de gestar.”

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letras k) y l)**

Las ha suprimido.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra m)**

La ha eliminado.

**(Unanimidad 4Xo. Senadoras Allende, Núñez y Pascual, y Senador Sanhueza).**

#### **letra n)**

Ha pasado a ser letra h), sustituida por la siguiente:

“h) Prohibir el ejercicio de actos propios de las tradiciones culturales que la mujer o persona con capacidad de gestar profese, especialmente en el caso de la entrega de la placenta, conforme a la Norma General Técnica pertinente.”.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda, y Senador Sanhueza).**

#### **Letras ñ), o) y p)**

Las ha suprimido.

**(Unanimidad 5X0. Senadoras Allende, Núñez, Pascual y Sepúlveda, y Senador Sanhueza).**

-----

### **TÍTULO V**

Ha pasado a ser Título VI, con la misma denominación y con las siguientes modificaciones:

#### ARTÍCULO 14

Ha pasado a ser artículo 16, modificándose el inciso primero de la siguiente manera:

-Ha reemplazado la frase “u otra persona gestante” por “o persona con capacidad de gestar”.

-Ha suprimido la frase “en las causales establecidas por la ley”.

#### ARTÍCULO 15

Ha pasado a ser artículo 17, sin modificaciones.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro).**

-----

#### TÍTULO VI

Ha pasado a ser Título VII, con la misma denominación y con la siguiente modificación:

Título VII  
Modificación a otros cuerpos legales

#### ARTÍCULO 16

Ha pasado a ser artículo 18, sustituyéndose por el siguiente:

“Artículo 18.- Incorpórase en el artículo 12 del Código Penal el siguiente numeral 23.º:

“23.º Cometer el delito en el marco de conductas activas constitutivas de violencia ginecobstrétrica referidas en los literales a), e), f) y g) del artículo 15 de la ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, aborto, salud sexual y reproductiva, y sanciona la violencia ginecobstétrica.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro).**

0000000

Ha contemplado el siguiente Título final:

“Título final

Artículo 19.- En conformidad con las funciones y atribuciones establecidas en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469, se elaborará una publicación anual, que contenga información de indicadores segmentada por establecimientos de salud, correspondientes a la calidad, oportunidad, acceso y satisfacción en relación con la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en específico la frecuencia de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, uso de oxitocina sintética, entre otros que pudiera determinar el Ministerio de Salud, propendiéndose a que la publicación anual se encuentre a libre disposición del público, en medios visibles y de fácil acceso.”.

**(Unanimidad 4X0. Senadoras Núñez, Pascual y Provoste y Senador Juan Luis Castro).**

-----

## TEXTO DEL PROYECTO

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, la Comisión de la Mujer y Equidad de Género propone aprobar el siguiente proyecto de ley:

### PROYECTO DE LEY

“Título I  
Disposiciones generales

**Artículo 1.- Objeto. Esta ley tiene como objeto establecer, promover y asegurar los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en cualquier etapa del ciclo vital y de la persona recién nacida, en el ámbito de la atención ginecológica de la salud sexual y reproductiva, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto, muerte gestacional o perinatal.**

También serán aplicables las normas de la presente ley al padre o a la madre de la persona recién nacida, o persona significativa.

Se entenderá como persona significativa cualquier persona que la mujer o persona con capacidad de gestar señale como su acompañante.

#### Artículo 2.- Principios aplicables a esta ley:

a) **Dignidad en el trato.** Los prestadores de salud deberán dar un trato digno a la mujer o persona con capacidad de gestar durante todo el periodo de su atención de salud. Ninguna mujer o persona con capacidad de gestar podrá ser objeto de maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto o aborto, así como también en torno a las atenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

b) **Autonomía.** Toda mujer o persona con capacidad de gestar deberá consentir de manera previa cualquier prestación de salud sexual y reproductiva que reciba, sin perjuicio de las excepciones establecidas en 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.

c) **Privacidad y confidencialidad.** Todas las prestaciones de salud en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se llevarán a cabo asegurando la privacidad de la mujer o persona con capacidad de gestar, cuando las condiciones del establecimiento de salud lo permitan. Asimismo, toda información relacionada con estas atenciones deberá consignarse en su ficha clínica, asegurándose la confidencialidad de la misma conforme a 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.

d) **Interculturalidad.** Los prestadores de salud que realicen las atenciones de salud en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto **promoverán** el respeto de la interculturalidad en todas sus formas, siempre que ello no importe un riesgo sanitario o un peligro para la integridad física de terceros.

e) **Territorialidad.** El Estado promoverá el derecho de la mujer o persona con capacidad de gestar a que su hijo o hija nazca en el lugar donde ella reside.

**Artículo 3.- Marco Interpretativo y de aplicación.**  
La interpretación y aplicación de la presente ley se hará en conformidad con los tratados internacionales ratificados y vigentes en Chile y, se tendrá en especial consideración para ello, el enfoque de derechos humanos.

Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán aplicables a todos los establecimientos de salud públicos o privados, a toda institución en que se preste atención ginecobstétrica, incluyendo aquellos organismos públicos o privados que tengan niñas y mujeres bajo su custodia o tutela, especialmente aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad, y a todo prestador individual.

En particular, estas disposiciones serán aplicables al personal de salud que cumpla una función administrativa, asistencial o educativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente 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.

## Título II

### De los derechos del nacimiento

**Artículo 4.-** De la aplicación de las normas de este Título. Las normas de este Título tienen por objeto resguardar y garantizar los derechos de la mujer **o persona con capacidad de gestar**, de la persona recién nacida, del padre **o de la madre** de esta última o **de la persona** significativa, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, y proteja la integridad física y psíquica.

**Artículo 5.-** Sobre el plan de parto. El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer **o persona con capacidad de gestar** establece sus **preferencias**, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y la lactancia de la persona recién nacida. Sin perjuicio de lo anterior, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presenten aquella y la persona recién nacida al momento del nacimiento, y la voluntad verbal expresa de la mujer u otra persona gestante en el momento en que recibe la atención obstétrica.

La presentación del plan de parto se regirá por lo establecido en el artículo **10**.

Artículo 6.- De los derechos de la mujer **o persona con capacidad de gestar**. La mujer **o persona con capacidad de gestar** tiene los siguientes derechos:

**a) A participar en talleres prenatales, recibir información completa y elaborar en conjunto con el equipo de salud el plan de parto a ser implementado durante la atención.**

b) A recibir una atención continua y personalizada por una matrona o matró. El Estado **propenderá a** que el estándar sea de una matrona o matró por mujer **o por una persona con capacidad de gestar** en el trabajo de parto.

c) A ser informada sobre el estado y evolución de su parto, de la condición de salud del que está por nacer y, en forma anticipada, sobre las posibles urgencias obstétricas y sus manejos. Deberá ser considerada como sujeto activo en la toma de decisiones y en cualquier intervención que se realice durante todo el proceso de preparto, parto y postparto.

d) A recibir información referente a la Norma General Técnica de Placenta, a solicitar su placenta y disponer de ella, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

**e) A estar acompañada ininterrumpidamente por el padre o la madre de la persona recién nacida, o por otra persona significativa para la madre o persona con capacidad de gestar, de su confianza y elección, durante el trabajo de preparto y parto, quien recibirá la información oportuna sobre el estado de salud de la madre o persona con capacidad de gestar y del recién nacido.**

f) A la atención del parto fisiológico, 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 **o persona con capacidad de gestar** y la evolución del trabajo de parto. Si las condiciones de salud se lo permiten, deberá gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto. Además, recibirá alimentación o hidratación durante el preparto, parto y postparto, cuando lo solicite. No se le podrá obligar a parir en posición supina y con las piernas levantadas, salvo que ella lo solicite.

g) A que el parto por vía de cesárea se realice únicamente tras haber obtenido su consentimiento informado, con la certeza y claridad de los argumentos que respalden los beneficios y posibles riesgos de la indicación de la cesárea, contará, además, con la evidencia que justifique la práctica de dicha intervención.

**h) A no ser separada de la persona recién nacida en la primera hora de vida, independientemente de la vía del parto, salvo que corra riesgo vital alguna de ellas.**

**i) A una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia obstétrica.**

**j) A que se propenda que no sea hospitalizada junto a otras mujeres o personas con capacidad de gestar, o puérperas, en el caso de muerte gestacional o perinatal.**

**k) A recibir, cuando así lo soliciten, el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y de abortos.**

**l) A recibir atención psiquiátrica o psicológica continua, según sus necesidades de salud, en casos de muerte gestacional o perinatal y de abortos.**

**m) A gozar de libertad de movimiento y libre posición en el parto, si las condiciones de salud se lo permiten, y a no sufrir ninguna limitación física. Tratándose de mujeres o de personas con capacidad de gestar privadas de libertad, en el trabajo de parto y en el parto no se utilizarán medidas de coerción ni se permitirá la presencia de personal de Gendarmería de Chile.**

**n) A que el Estado asegure, en el caso de las mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de libertad, un especial resguardo de las garantías y derechos contenidos en esta ley, así como interpretar otros cuerpos legales que les sean aplicables, en concordancia con lo dispuesto por esta normativa.**

**ñ) A solicitar un acompañamiento psicológico o psiquiátrico especializado en la reparación, junto con un seguimiento integral, en el caso de estimar que se han vulnerado cualquiera de los derechos establecidos en este artículo.**

**Artículo 7.- De los derechos de la persona recién nacida. Toda persona tiene derecho a nacer en un ambiente respetuoso de la dignidad humana, donde se reconozca la importancia que tiene la forma de nacer para la vida y la sociedad. Además, tendrá los siguientes derechos:**

**a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.**

**b) A no ser sometida, si su condición de salud lo permite, a exámenes o intervenciones inmediatamente tras el parto, interrumpiendo el contacto piel con piel inicial con la madre o persona que lo gestó.**

c) A no ser sometida a intervenciones de manera rutinaria sin justificación médica, tales como la aspiración nasogástrica, el corte precoz del cordón, la separación de la madre o persona que lo gestó, así como también a intervenciones que puedan afectar el establecimiento de la lactancia materna, como el uso de fórmulas lácteas y chupete.

d) Al pinzamiento y corte óptimo del cordón umbilical o hasta que éste deje de latir, independientemente de la vía de parto, salvo que requiera ser trasladada de manera urgente por condición de salud inestable.

**e) Al contacto inmediato piel con piel con la madre o persona que la gestó, así como también con el padre o madre o persona significativa, según corresponda, para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna y promover su adaptación a la vida extrauterina, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, independiente de la vía de parto.**

f) A tener compañía constante de alguno de sus progenitores o personas significativas aun cuando requiera de hospitalización, o sea sometida a procedimientos de rutina, promoviendo con ello los derechos antes mencionados.

g) A ser alimentada con leche materna en los servicios de hospitalización neonatal cuando sus condiciones de salud y las de la madre o persona que lo gestó lo permitan, facilitando las condiciones óptimas para la capacitación de esta última en la extracción y conservación de la leche materna, y del personal de salud en su administración y manejo.

h) A recibir los cuidados especiales e individuales que requiera, en caso de ser prematura.

**Artículo 8.- De los derechos del padre o de la madre o persona significativa. El padre o la madre o persona significativa tienen los siguientes derechos:**

a) A ser informado del curso del trabajo de parto cuando la mujer **o persona con capacidad de gestar** haya expresado su consentimiento y autorización, si se encuentra en condiciones de hacerlo.

b) A estar presente durante todo el proceso de nacimiento, desde el ingreso al establecimiento de salud público o privado hasta el postparto inmediato, si la mujer **o persona con capacidad de gestar** lo permite.

c) A realizar contacto piel con piel con la persona recién nacida, según lo dispuesto en la letra e) del artículo 7, siempre y cuando las condiciones de salud de esta última y de la puerpera lo permitan.

d) A acompañar a la persona recién nacida en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología.

e) A ser tratado de forma respetuosa y digna.

f) A solicitar y disponer de la placenta cuando la puerpera estuviere impedida de hacerlo, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.

**g) A recibir el embrión o feto en casos de muerte gestacional o perinatal y abortos, cuando la mujer o persona con capacidad de gestar estuviere impedida de hacerlo.**

### Título III

#### De la prevención y educación

Artículo 9.- Del derecho a participar en talleres prenatales. La mujer **o persona con capacidad de gestar** tendrán derecho a participar en talleres prenatales, los que deberán promover los derechos establecidos en esta ley, y proporcionar información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, los beneficios de la lactancia, así como también cualquier otro antecedente relevante sobre el proceso de gestación y nacimiento.

El Estado, a través de sus órganos, deberá facilitar el acceso a la libre elección de los talleres, en consideración a las características psicosociales del territorio.

La educación prenatal deberá considerar aspectos relevantes de la gestación, trabajo de parto, parto, intervenciones médicas, nutrición, actividad física, hábitos saludables, salud mental perinatal, lactancia materna, características y necesidades de la persona recién nacida, postparto, placenta e información sobre vínculos sanos y crianza temprana. Asimismo, facilitará la elaboración del plan de parto.

Los talleres deberán ser impartidos por personal idóneo. Podrán ser dictados por establecimientos de salud públicos o privados, así como también por prestadores individuales. Asimismo, deberán incluir un enfoque de género y de derechos, y aspectos teóricos y prácticos, a través de diferentes estrategias metodológicas que faciliten el aprendizaje para la mujer u otra persona gestante y persona significativa, con estándares mínimos de sesiones para incluir los contenidos.

**Artículo 10.- Del plan de parto y las instituciones de salud.** El plan de parto es aquel instrumento mediante el cual la mujer o persona con capacidad de gestar establece sus deseos, necesidades y decisiones sobre el proceso de parto, postparto, nacimiento y lactancia, el que será aplicado en su atención a menos que sus condiciones de salud o del recién nacido no lo permitan, o solicite expresamente un cambio en dicho plan, siempre que se ajuste a las condiciones de salud de la mujer o persona con capacidad de gestar y la decisión del equipo de salud a cargo.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo durante el proceso de gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer o persona con capacidad de gestar. En el caso de que no pueda expresarse claramente o que no hable el idioma castellano, el prestador de salud deberá garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas o un intérprete del idioma correspondiente para la coordinación del plan de parto.

El plan de parto deberá ser presentado a la matrona o matrón o médico al momento del ingreso en un establecimiento de salud público. En el caso de un establecimiento de salud privado, este plan deberá ser previamente recepcionado por la institución en la oficina de partes.

Los establecimientos de salud públicos y privados deberán disponer y difundir un modelo sugerido de plan de parto basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del nacimiento, con un enfoque intercultural, que dé cuenta de la infraestructura y capacidades técnicas y profesionales del establecimiento.

**Artículo 11.- Del fomento al parto respetado y la atención sexual y reproductiva respetuosa.** Las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales podrán incorporar y adaptar en sus mallas curriculares la información sobre la atención de salud y los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género e interculturalidad, así como sobre los derechos humanos, las prácticas basadas en el buen trato y la empatía, los tipos de discriminación, la salud mental perinatal, la salud primal y el acompañamiento integral, fomentando entre la comunidad educativa estas prácticas, con énfasis en el autocuidado del personal de salud.

**Artículo 12.- De la capacitación del equipo de salud.** Los establecimientos de salud y sus equipos deberán fomentar e incorporar constantemente capacitaciones sobre las prácticas basadas en la evidencia que ofrece un cuidado óptimo en el ámbito de gestación, muerte gestacional o

perinatal, parto, postparto, y aborto, para lograr una experiencia positiva.

#### **Título IV Vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica**

**Artículo 13.- Hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica. Se considerarán como hechos constitutivos de vulneración de derechos en el ámbito de la atención ginecobstétrica, sin perjuicio de otras leyes que resulten aplicables, entre otros, los siguientes:**

**a) Manipular u ocultar la información solicitada por la mujer o persona con capacidad de gestar o por un tercero, con su consentimiento y autorización.**

**b) Abusar de medicación o negarla injustificadamente cuando es solicitada o requerida, a menos que aumente los riesgos maternos o perinatales, los que deberán ser debidamente informados.**

**c) Efectuar prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen sustento específico alguno para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.**

**d) Introducir barreras de acceso a la anticoncepción, a la esterilización quirúrgica voluntaria y a la entrega de anticoncepción de emergencia en razón de la edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos o hijas u otro motivo que no sea la expresa voluntad de la mujer o persona con capacidad de gestar.**

**e) Retardar injustificadamente u omitir la atención de salud, y que ello genere como consecuencia la muerte gestacional o perinatal.**

**f) Retardar injustificadamente u omitir la atención en el ámbito del aborto.**

**g) Interferir en el establecimiento del vínculo con la persona recién nacida en el postparto, o no recibir información de su estado de salud, cualquiera sea la condición social, psicológica o física de la puérpera.**

#### **Título V Violencia ginecobstétrica**

**Artículo 14.- Definición de violencia ginecobstétrica. Se entenderá por violencia ginecobstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, negación injustificada o abuso que suceda en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente durante la atención de la gestación, parto, puerperio, aborto o urgencia ginecológica.**

**Las sanciones a los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica se regirán por lo dispuesto en el Título VI.**

**Artículo 15.- Hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica. Se considerarán como hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica, entre otros, los siguientes:**

**a) Ejercer violencia física, sexual o psicológica contra la mujer o persona con capacidad de gestar en el contexto de su atención de salud sexual y reproductiva.**

**b) Ignorar deliberadamente, subvalorar o acallar el dolor o las enfermedades por parte del personal de salud en dicho contexto.**

**c) Omitir o negar injustificadamente la atención oportuna ante una emergencia ginecobstétrica.**

**d) Obligar a la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente si se encuentran privadas de libertad, a parir en una posición que limite su movimiento, sin justificación médica ni consentimiento de ella.**

**e) Acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía de uso rutinario, entre otros, sin justificación médica y sin consentimiento de la mujer o persona con capacidad de gestar.**

**f) Practicar esterilización a la mujer o persona con capacidad de gestar sin el consentimiento de ésta.**

**g) Causar maliciosamente un aborto o interrupción del embarazo sin el consentimiento de la madre o persona con capacidad de gestar.**

**h) Prohibir el ejercicio de actos propios de las tradiciones culturales que la mujer o persona con capacidad de gestar**

**profese, especialmente en el caso de la entrega de la placenta, conforme a la Norma General Técnica pertinente.**

#### Título VI

De la responsabilidad médica y los procedimientos de reclamación

Artículo 16.- De la responsabilidad sanitaria. Los prestadores de salud públicos o privados serán responsables de los daños que causen a la mujer **o persona con capacidad de gestar**, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto y aborto, así como también en las atenciones en torno a su salud sexual y reproductiva.

La responsabilidad se hará exigible de acuerdo con lo establecido en los artículos 38 y siguientes de la ley N°19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

Artículo 17.- De la responsabilidad administrativa. Se establecerá un procedimiento administrativo especial ante la Superintendencia de Salud para conocer y resolver los reclamos de violencia ginecobstétrica. En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplados en esta ley o la ocurrencia de actos que constituyan violencia ginecobstétrica, se deberá sancionar al establecimiento de salud con una multa de 30 a 60 unidades tributarias mensuales, según la gravedad del caso. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que puedan existir.

Los establecimientos de salud deberán incluir la categoría de violencia ginecobstétrica en el Resumen Estadístico Mensual N°19, REM N°19, que clasifica e informa las solicitudes ciudadanas que aquellos refieren, para tener acceso a los reclamos en torno a las infracciones.

El prestador de salud deberá garantizar el debido resguardo a cualquier persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos en esta ley.

#### Título VII

Modificación a otros cuerpos legales

**Artículo 18.- Incorpórase en el artículo 12 del Código Penal el siguiente numeral 23.º:**

**“23.º Cometer el delito en el marco de conductas activas constitutivas de violencia ginecobstrétrica referidas en los literales a), e), f) y g) del artículo 15 de la ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, preparto, parto, postparto, aborto, salud sexual y reproductiva, y sanciona la violencia ginecobstétrica.”.**

## Título final

**Artículo 19.- En conformidad con las funciones y atribuciones establecidas en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469, se elaborará una publicación anual, que contenga información de indicadores segmentada por establecimientos de salud, correspondientes a la calidad, oportunidad, acceso y satisfacción en relación con la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar, en específico la frecuencia de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, partos instrumentales, episiotomía, uso de oxitocina sintética, entre otros que pudiera determinar el Ministerio de Salud, propendiéndose a que la publicación anual se encuentre a libre disposición del público, en medios visibles y de fácil acceso.”.**

-----

## ACORDADO

Acordado en sesión celebrada el [25 de octubre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta) y de los Senadores Juan Luis Castro González (en reemplazo de la Senadora Isabel Allende Bussi) y Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [26 de octubre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de la Senadora Loreto Carvajal Ambiado y del Senador Juan Luis Castro González (en reemplazo de la Senadora Isabel Allende Bussi); en sesión celebrada el [16 de noviembre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de la Senadora Loreto Carvajal Ambiado y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [29 de noviembre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia, del Senador Juan Luis Castro González (en reemplazo de la Senadora Isabel Allende Bussi) y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [13 de diciembre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta) y de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia; en sesión celebrada el [20 de diciembre](#) de 2022, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión de [3 de enero](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau

(Presidenta) y de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia; en sesión de [10 de enero](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de la Senadora Paulina Núñez Urrutia y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [17 de enero](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia, y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [18 de enero](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Loreto Carvajal Ambiado y Paulina Núñez Urrutia; en sesión celebrada el [24 de enero](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta) y de la Senadora Paulina Núñez Urrutia, y de los Senadores Juan Luis Castro González (en reemplazo de la Senadora Isabel Allende Bussi) y Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [7 de marzo](#) de 2023 (horario de mañana), con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi y Paulina Núñez Urrutia, y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [7 de marzo](#) de 2023 (horario de la tarde), con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi, Paulina Núñez Urrutia y Alejandra Sepúlveda Orbenes (en reemplazo de la Senadora Loreto Carvajal Ambiado), y del Senador Gustavo Sanhueza Dueñas; en sesión celebrada el [8 de marzo](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Isabel Allende Bussi y Alejandra Sepúlveda Orbenes (en reemplazo de la Senadora Loreto Carvajal Ambiado), y del Senador Manuel José Ossandón Irrarázabal (en reemplazo de la Senadora Paulina Núñez Urrutia) y en sesión celebrada el [14 de marzo](#) de 2023, con asistencia de la Senadora Claudia Pascual Grau (Presidenta), de las Senadoras Paulina Núñez Urrutia y Yasna Provoste Campillay (en reemplazo de la Senadora Loreto Carvajal Ambiado) y del Senador Juan Luis Castro González (en reemplazo de la Senadora Isabel Allende Bussi).

Sala de la Comisión, a 17 de marzo de 2023.

Pilar Silva García de Cortázar  
Secretaria abogada de la Comisión

## RESUMEN EJECUTIVO

**INFORME DE LA COMISIÓN DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO., RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE ESTABLECE DERECHOS EN EL ÁMBITO DE LA GESTACIÓN, PREPARTO, PARTO, POSTPARTO, ABORTO, SALUD GINECOLÓGICA Y SEXUAL, Y SANCIONA LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA (LEY ADRIANA) (BOLETÍN Nº12.148.-11).**

---

**I.OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** Establecer un cambio cultural y de procedimientos en la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto, aborto y en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres o personas con capacidad de gestar, respetando su autonomía y erradicando la violencia gineco obstétrica.

**II.ACUERDOS:** aprobado en general por la unanimidad de las integrantes presentes (**Senadoras Allende, Carvajal, Núñez y Pascual**). En cuanto a la discusión en particular, las modificaciones efectuadas al texto despachado por la Cámara de Diputadas y Diputados fueron aprobadas por unanimidad, con excepción de la letra b) del artículo 2, la letra f) del artículo 13 y el artículo 14.

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** consta de 19 artículos permanentes

**IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** no hay.

**V. URGENCIA:** “suma”.

**VI. ORIGEN E INICIATIVA:** Cámara de Diputados. Moción de la Diputada Claudia Mix, y de las Diputadas Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, del Diputado Patricio Rosas, de las ex Diputadas Maya Fernández y Karin Luck, y de los ex Diputados Miguel Crispi y Daniel Verdessi.

**VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.

**VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 10 de mayo de 2022.

**IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** primer informe, en general y en particular. A continuación, pasa a la Comisión de Salud.

**X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:** 1) Ley Nº20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, 2) Artículos 38 y siguientes de la ley Nº19.966, que establece un régimen de

garantías en salud, 3) Artículo 12 del Código Penal, que considera las circunstancias agravantes de un delito

Valparaíso, 17 de marzo de 2023.

Pilar Silva García de Cortázar  
Secretaria abogada de la Comisión

Mauricio Fuentes Díaz  
Abogado ayudante

## ÍNDICE

### Presentaciones

-Diputada Claudia Mix	5
-Fundación OVO Chile	6
-Mil Relatos Más	12
-Red Chilena de Salud Mental Perinatal	13
-ONG Matria Fecunda	16
-Organización de Ginecólogas de Chile	18
-Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología	22
-Colegio de Matronas y Matrones de Chile	26
-Unidad de Salud Sexual y Reproductiva MINSAL	28
-Instituto Nacional de Derechos Humanos	29
-Colegio Médico de Chile	34
-Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile	37
-Directora Escuela Obstetricia y Neonatología Universidad Diego Portales	39
-Parirnos Chile	40
-Comunidad y Justicia	42
-Corporación Humanas	45
-Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera	53
-Coordinadora por los derechos del nacimiento	56
-Fundación Por Todas	59
-Abogada Elisa Walker	61
Votación en general	63
Discusión en particular	63
Modificaciones al texto despachado por la Cámara Diputadas y Diputados	110
Texto que se propone a la Comisión de Salud	124