

Ley Trinidad:

Parto Humanizado y Derechos del Nacimiento

Durante el último siglo la asistencia sanitaria del parto se posicionó en nuestro país como una preocupación social y, especialmente, médica mediante una política de salud pública. No se ponen en duda los avances nacionales de la medicina en general y, de la obstetricia en particular, lo que ha permitido salvar vidas de mujeres y recién nacidos que antes no sobrevivían. Sin perjuicio de lo anterior, durante las últimas décadas la excesiva focalización en prevenir y contener la patología asociada a la gestación y el nacimiento, de la mano de la pérdida de autonomía de la mujer gestante y parturienta, está actualmente causando daños evitables en todas las dimensiones de la salud, físico, mental- emocional y social de las mujeres y sus hijos o hijas recién nacidos.

Sin desconocer los avances tecnológicos y de la medicina que han permitido disminuir la morbilidad materno fetal, es necesario hoy día incorporar un nuevo enfoque en la salud, no solo centrado en las tasas de morbilidad y su prevención, sino que también en la calidad de los cuidados en salud para todas las mujeres. Mejorar los cuidados centrados en el respeto y la adherencia a las buenas prácticas obstétricas es un gran desafío. Es necesario crear guías que manifiesten las necesidades y prioridades locales con énfasis en la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz durante la atención prenatal. Estas directrices deben considerar disminuir el exceso de intervención ya que no mejora los resultados obstétricos y puede causar daños evitables y aumentar los costos para el servicio de salud y las inequidades.

Las complejidades que surgen en torno al nacimiento y eventual violencia obstétrica que reciben las mujeres al momento de ser atendidas y al parir en centros de salud en Chile, tanto privados como públicos, se ha situado como una problemática de Estado. Por consiguiente, es una prioridad perfeccionar la débil legislación vigente en esta materia y propender a la creación de leyes que velen por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus familias durante los procesos que requieren de atención ginecobstétrica.

Por su parte, es menester señalar que el Estado chileno ha contraído compromisos internacionales en el sentido de eliminar todo tipo de violencia de género, como también, prácticas que atenten contra los derechos humanos. Se han suscrito los siguientes tratados internacionales:

1. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1969 (PIDESC) artículo 2 inc. 2, artículo 3 y, en especial, el artículo 10 inc. 2, 12.
2. Ratificación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984).
3. Informe de la CEDAW ratificado en Chile 1989, donde se promueve la «*equidad de género y finalizar con la violencia y discriminación en contra de la mujer*».
4. Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer «Convención de Belem do Pará» 1996.
5. Ratificación acuerdo Objetivo del Milenio (ONU, 2010), cuyo tercer objetivo exige promover la igualdad entre género y empoderamiento de la mujer.

Es preciso señalar que en 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la declaración sobre la “Apropiada tecnología del nacimiento”, que marcó un hito en los esfuerzos globales de salud pública por disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y centrar la atención en las necesidades particulares de cada usuaria y familia (OMS, 1985)¹. En los últimos años, diversas agencias nacionales e internacionales han publicado declaraciones sobre el parto respetado y los derechos en torno al nacimiento, como la declaración de 2014 de la OMS sobre la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”². Luego, en el año 2015, la Federación Internacional de Ginecobstetras (FIGO) junto a la Confederación Internacional de Matronas, Alianza del Lazo Blanco, Asociación Internacional de Pediatras, en conjunto con la OMS, publicaron una propuesta de nuevas directrices para las maternidades amigas de las madres y bebés, que incorporan los derechos contemplados en el siguiente documento (FIGO, 2015)³. En tanto en Chile, en diciembre de 2016 el Instituto Nacional de los Derechos Humanos incluye, por primera vez en su informe anual, la violencia obstétrica como una prioridad del Estado y un foco importante de vulneración a los derechos humanos, especialmente de las mujeres, e insta a poderes colegisladores a

¹ OMS (1985). Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, 2, 436-437.

² OMS (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Human Reproduction Programme.

³ FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, & World Health Organization (2015). Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Obstetrics & Gynecology* 128, 95–99.

la aprobación de normativas que garanticen prácticas adecuadas y respetuosas para la dignidad humana durante el embarazo, parto y puerperio.⁴

En lo consiguiente, proponemos que cualquier proyecto de ley en torno a estas materias regulen lo que a continuación se detalla:

Promoción del parto humanizado

Contempla el derecho que le asiste a la mujer de ser tratada con respeto por parte del equipo de salud durante la gestación, al momento del parto y durante su puerperio de modo personal e individualizado, procurando garantizar un adecuado grado de intimidad durante el proceso asistencial y fomentando su autonomía, todo lo anterior en un marco de atención de salud de calidad, basado en las necesidades de las mujeres y la evidencia científica actual, libre de discriminación y considerando la adecuada disposición y utilización de recursos⁵. En la actualidad, en nuestro país durante la atención del nacimiento se practican diversos procedimientos de rutina que no se justifican en mujeres de bajo riesgo obstétrico- que corresponde a alrededor del 70 y 80% de las gestantes- y cuyo uso está contraindicado por las recomendaciones internacionales y nacionales de atención de salud (Binfa 2016)⁶. Lo anteriormente descrito se refiere a:

- Negar la libertad de movimiento a la mujer en trabajo de parto y confinarla a la cama.
- Usar monitorización fetal continua sin patología perinatal diagnosticada.
- No ofrecer la posibilidad de ingerir alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, parto y post parto.
- No ofrecer la posibilidad a la mujer de estar acompañada de manera continua por las personas que ella desee durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- Realizar inducción mecánica o farmacológica del trabajo de parto y conducción oxitócica del trabajo de parto que no sean basados en la real necesidad materna y perinatal y por motivos sin justificación médica (feriados, fase latente o inicial prolongada, presión familiar, creencia de pelvis estrecha-feto grande, etc).
- Usar analgesia peridural rutinaria.

⁴ INDH (2016) Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016. Extraído el 17 de diciembre de 2016 desde <http://indh.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>

⁵ Tuncalp O, Were WN, MacLenan C et al. (2015) Quality care for pregnant woman and newborns- the WHO vision. BJOG, 122; 1045-49.)

- Romper membranas de manera artificial.
- Realizar episiotomía de rutina.
- Poner a la mujer en posición de litotomía para el parto.
- Limitar los tiempos de cada etapa del parto.
- Realizar tactos vaginales por horario.
- Presionar el fondo uterino: maniobra de Kristeller.
- Dirigir los pujos en la fase expulsiva del parto.
- Realizar fórceps profiláctico.
- Cortar de manera inmediata el cordón umbilical.
- Separar a la madre y su recién nacido después del parto.
- Administrar fórmula u otras sustancias al recién nacido post parto sin justificación médica y/o el consentimiento informado de la madre.

Hacer una intervención aumenta la probabilidad de realizar otra intervención y así sucesivamente, más aún si la mujer carece de información y/o preparación completa y actualizada, tiene temor o ha tenido alguna experiencia de parto negativa. Todo lo recién descrito se conoce como “la cascada de intervenciones de rutina” y está altamente asociada a resolver la vía de parto mediante una cesárea sin justificación médica. En este contexto, se entiende que cuando la mujer presenta una complicación médica o cursa una gestación de alto riesgo, las intervenciones son necesarias y Chile cuenta con profesionales idóneos para resolverlas. La propuesta está orientada a evitar intervenciones y procedimientos en mujeres que no las requieran, principalmente en las de bajo riesgo, así como erradicar prácticas francamente violentas (ej. Maniobra de Kristeller).

En nuestro país el año 2015, el 51% de los partos se resolvieron por medio de una cesárea, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud señala que a nivel de población, las tasas de cesáreas superiores al 15% no están asociadas a una reducción de la mortalidad materna y neonatal, y que estas cirugías son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos (Binfa 2013)⁶. Esta alta tasa de cesáreas tiene la particularidad de presentar grandes diferencias entre el sector público y privado, 40,9% y 69% respectivamente (INDH, 2016)⁷. En tal contexto, la evidencia disponible demuestra que el exceso de intervenciones médicas en el

⁶ Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile. *Midwifery* 35, 53–61.

⁷ INDH (2016) Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016. Extraído el 17 de diciembre de 2016 desde <http://indh.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>

nacimiento, la vía de parto, y el trato recibido durante éste, tienen alto impacto en la salud. Por ello, se hace urgente abordar la temática del nacimiento desde la salutogénesis, reconsiderando el parto como un evento normal, natural y saludable en la vida de la mujer, teniendo en cuenta que las intervenciones médicas serán utilizadas sólo en caso que sean necesarias y justificadas por la real necesidad de la mujer y su hijo o hija.

La OMS recomienda a los profesionales de la salud trabajar en función de “seis prácticas básicas” para promover el parto normal fisiológico. Si bien no es una ley, queda a libre voluntad adherirse a estas recomendaciones que tienen evidencia científica. Parte de la evidencia que respalda estas recomendaciones hace alusión a las hormonas que participan en la fisiología del parto. La principal es el sistema de la oxitocina el cual integra sus funciones en diversos órganos que facilitan el parto, lo hacen más seguro y queda la experiencia completa con mejor recuerdo. La mujer que logra vivir un parto fisiológico libre de intervenciones de rutina tiene más probabilidades de que el recién nacido nazca sano, que haga apego piel a piel e inicie lactancia dentro de la primera hora de vida, que logre una lactancia exclusiva hasta los 6 meses, que la madre viva un post parto con alegría y saludable desde un punto de vista psicológico, con mayor sensibilidad hacia las necesidades del recién nacido y que promueva un estilo de apego seguro. La oxitocina que la madre y el niño producen alrededor del parto fisiológico estimula células de salud, regenera tejidos, inhibe crecimiento de células cancerígenas, activa mecanismos del cuerpo que previenen el estrés y regulan la sensación del dolor. Así mismo actúa en aspectos sociales promoviendo la empatía, el aprendizaje y la sensibilidad a través de los sentidos.⁸ Promueve el vínculo madre-hijo y cumple un objetivo concreto: proteger y nutrir al niño. La conducta materna está biológicamente regulada.⁹

Para potenciar la liberación hormonal del sistema de la oxitocina y aumentar los beneficios asociados a esta, el ambiente juega un rol importante. La temperatura cálida, la penumbra, la mirada de personas, las palabras, el tono de voz, los olores y todo lo que rodea a la mujer pueden favorecer u obstaculizar el parto. La mujer necesita sentirse protegida, contenida y segura. Un ambiente de intimidad es uno de los requisitos más importantes a considerar ya que el parto es un evento sexual en la vida de la mujer.¹⁰

El periodo “sensible” y/o “crítico” descritos en los años 70 por Kennel, Klaus y Odent apunta al momento crucial que todo ser humano vive alrededor del parto. En especial las primeras horas de vida. Y lo que aquí sucede, deja una impronta para toda la

⁸ Uvnas Moberg, Kerstin (2013) The Hormone of Closeness, Pinter and Martin.

⁹ Verny Thomas, Kelly John (1988) La vida secreta del niño antes de nacer, Urano.

¹⁰ Buckley Sarah (2015) Hormonal Physiology of Childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care, Childbirth Connection.

vida. Desde este punto de vista, las personas que trabajan en el área obstétrica pasan a ser moduladores de la biografía humana.¹¹

En la actualidad un tema relevante en el campo de la investigación es la hipótesis del impacto de las prácticas obstétricas alrededor del parto y su asociación con ciertas enfermedades y problemas de salud en futuras generaciones. El mundo de la epigenética y el microbioma postula que los bebés nacidos por cesárea desarrollaran más asma, alergias, gastroenteritis, diabetes tipo 1, leucemia infantil, cáncer, obesidad, esclerosis múltiple, problemas conductuales y del desarrollo cerebral.¹²

La alta tasa de nacimientos medicalizados de manera innecesaria (sin indicación médica) actualmente en Chile tiene un impacto en la salud física, psicológica y emocional de las personas tanto en etapas tempranas de la vida como en la adultez. Frente a esto debemos de ser críticos, conscientes y actuar de manera urgente.

Eliminación y prevención de la violencia de género en la atención del parto y nacimiento

En Chile, la violencia obstétrica no se encuentra regulada expresamente ni está contemplada como concepto en los Códigos de Ética de los gremios de la salud involucrados (matronas/es y médico); por lo tanto, tampoco se encuentran sancionadas. Actualmente las orientaciones para la atención de los servicios de ginecología y obstetricia provienen del programa Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud: “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” (MINSAL-CHCC, 2008)¹³, y “Programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y neonatología” (MINSAL, 2008). En la práctica, estas directrices han sido insuficientes, ya que no son vinculantes, por ende, constituyen meras recomendaciones. Conjuntamente, la Ley N° 20.584 de 2012 de Derechos y Deberes del Paciente establece un procedimiento administrativo especial de reclamación respecto de las atenciones de salud, en términos generales. No obstante, en ninguno de estos documentos se menciona explícitamente la violencia obstétrica.

Por su parte, en el contexto internacional, la violencia obstétrica está regulada desde el año 2007 en Venezuela, desde el 2009 en Argentina, y desde el 2014 en el Estado de Veracruz en México, en el marco de leyes de equidad de género, prevención de la

¹¹ Céspedes Amanda (2015) Seminario “Gestar, nacer y crecer en movimiento”, CulturaSalud y Almademama Chile.

¹² Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. Medical hypotheses. 2013 May;80(5):656-62. PubMed PMID: 23414680. Pubmed Central PMCID: 3612361.

¹³ Ministerio de Salud (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

violencia hacia las mujeres y promoción de los derechos del nacimiento. En Italia en 2015 también se presentó un proyecto de ley que actualmente espera ser discutido.

Cabe mencionar que las distintas agrupaciones y organizaciones de la sociedad civil creadas en el país en los últimos años han recogido una creciente y urgente demanda de la población usuaria por la regulación y legislación de este tipo de violencia. Ello significa diseñar y legislar medidas de acción positivas para llevar a la práctica un conjunto de acciones que prevengan y normen esta violencia, –en pro de una mayor dignidad del conjunto de la sociedad y en particular de las mujeres.

Propósito

Esta Ley debe tener como propósito esencial asegurar el respeto y promoción de los derechos de la mujer, el recién nacido y la familia en el proceso de gestación, pre parto, parto y post parto, así como también en torno a su salud ginecológica, garantizando el derecho a una atención de calidad y propendiendo a la debida intimidad, el derecho de la mujer a recibir información adecuada y de participar en la toma de decisiones a lo largo de todo su proceso de atención en el sistema de salud.

Definiciones:

Parto Humanizado: se expresa en el respeto y buen cuidado de las necesidades de las mujeres durante el trabajo de parto, intentando satisfacer sus expectativas, respetando sus deseos e individualidades, con el fin de resguardar su salud, integridad y autonomía.

Violencia gineco-obstétrica: Corresponden a tratos que atentan contra la dignidad, integridad psíquica y física de las mujeres durante en el contexto de una atención de salud sexual o reproductiva que se manifiesta en la patologización de los procesos fisiológicos y en un abuso de medicalización; trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

Se entenderá como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva.

Derechos del nacimiento y parto humanizado

Los derechos y deberes deberán ser aplicables a los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención de su salud sexual y reproductiva.

Por su parte, los derechos y deberes contemplados cualquier ley, deben ser aplicables a todo personal de salud que realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, así como también, a personal de otros organismos del Estado que tengan bajo custodia el cuidado y/o la libertad de mujeres gestantes, como Gendarmería de Chile.

- Durante el período de gestación las instituciones de salud público o privado deberán coordinar con la mujer un plan de parto. Dicho instrumento es aquel mediante el cual, las mujeres establece sus deseos, necesidades, expectativas y restricciones sobre la asistencia durante el proceso del parto y el nacimiento de su hijo o hija. El equipo médico deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo a lo largo del embarazo y discutir las opciones más seguras de acuerdo a las preferencias e individualidades de la mujer.

Tales definiciones quedarán supeditadas a las condiciones de salud que presente la madre y el hijo/a al momento del nacimiento y la voluntad verbal expresa de la mujer en el momento que está recibiendo la atención de salud.

- En relación con el trabajo de parto, parto y post parto, las mujeres tienen los siguientes derechos:
 - A ser la protagonista en la toma de decisiones sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante el proceso de nacimiento.
 - A ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado garantizando la intimidad e información completa de su evolución durante todo el proceso asistencial;
 - A estar acompañada ininterrumpidamente, por una persona significativa, de su confianza y elección durante el periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento, quien recibirá información oportuna y completa sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido;
 - A la atención del parto vaginal, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos. Adicionalmente, se deberán evitar las intervenciones de rutina y suministro de medicación que no estén justificados, en razón del estado de salud de la parturienta o de quien está por nacer.

- A la libertad de movimiento y libre posición en el parto, y consumo de alimentos y líquidos a demanda. No se podrá obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, salvo que ella lo solicite;
 - A que se evite la práctica de parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto vaginal, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- A no ser separada de su hijo/a tras el parto durante al menos dos horas, independiente de la vía del parto, salvo que corra riesgo vital alguno de ellos;

Las personas recién nacidas tienen los siguientes derechos, independiente de la vía del parto:

- A ser tratadas en forma cuidadosa, respetuosa y digna;
- Al contacto inmediato piel con piel con su madre por un periodo mínimo de 2 horas. Todas las intervenciones rutinarias, mediciones y exámenes deberán ser postergadas hasta después de este periodo, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan.
- A no ser sometidas a intervenciones innecesarias y que carezcan de la debida justificación médica, tales como la aspiración de secreciones o uso de chupetes que puedan afectar la lactancia inicial.
- Al pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz) o hasta que éste deje de latir en todos los nacimientos, salvo que el recién nacido sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación y/o urgencia materna.
- A que se favorezca la lactancia materna precoz en la sala de parto, pabellón o servicio de recuperación.
- A ser alimentados con leche materna en los servicios de hospitalización neonatal cuando las condiciones de salud de madre e hijo/a lo permitan, facilitando las condiciones óptimas para la educación a la madre en extracción y conservación de la leche materna. Así mismo, la capacitación del personal de salud en la administración y manejo de la misma.
- En caso de hospitalización, a estar acompañado en forma ininterrumpida por la madre, padre o cualquier persona que ella designe.

El acompañante significativo para la mujer, posee los siguientes derechos:

- Ser informado del curso de trabajo de parto;
- Estar presentes durante todo el proceso de nacimiento, desde el ingreso al hospital o clínica hasta el postparto inmediato, si la mujer lo permite;
- Realizar contacto piel a piel con el recién nacido en caso de que la situación clínica de la madre sea inestable.
- Acompañar a recién nacido en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología.

El incumpliendo de cualquiera de estos los derechos serán considerados como una transgresión de los derechos estipulados en esta ley, como también:

- a) Burlas, insultos, amenazas, malos tratos y cualquier tipo de violencia física o psicológica ejercida contra la mujer en torno a su atención de salud sexual o reproductiva.
- b) Insensibilidad al dolor.
- c) Omisión de atención oportuna ante una emergencia.
- d) Manipulación u ocultamiento de la información cuando es solicitada por la mujer o sus cercanos en torno a su salud.
- e) Utilización de la mujer como recurso didáctico sin la previa autorización y consentimiento escrito a través de un protocolo de consentimiento informado.
- f) Abuso o negación de medicación cuando es solicitada o requerida, a menos que ésta aumente los riesgos maternos y perinatales, los que deberán ser debidamente informados para una decisión informada.
- g) Obligar a la mujer a parir en una posición que limite su movimiento, ser amarrada u otros, sin justificación ni consentimiento de la misma.
- h) Aceleración de un parto de bajo riesgo, métodos agresivos como maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer.
- i) Interrupción del embarazo o esterilización forzada no consentida por la mujer y realizadas sin justificación médica.

Prevención y educación

- Los centros de salud pública o privada deberán disponer de un modelo sugerido de plan de parto, no obstante, las mujeres podrán presentar su propio documento o carta en el cual manifieste sus voluntades. Dicho documento deberá estar a disposición de todas las mujeres gestantes, antes de las 32 semanas de embarazo.
- El plan de parto deberá ser presentado en el sector público de salud en la Oficina de Informaciones, Reclamos o Sugerencias (OIRS); en el sector privado, en el Servicio al cliente, admisión u oficina que cumpla este objetivo, donde debe ser timbrado y puesto en disposición del servicio de maternidad de la institución de salud en cuestión, informando a la gestante en un plazo no mayor a 7 días corridos, a través de carta certificada.
- Los prestadores de salud deberán de conformidad a sus capacidades técnicas, poner a disposición de las mujeres embarazadas todos los elementos que sean necesarios para dar cumplimiento al plan de parto. Asimismo, deberán tener a disposición las tasas de cesárea y partos vaginales espontáneos, uso de oxitocina sintética, episiotomía y lactancia materna exclusiva al alta.
- Las facultades de medicina deberán incorporar a sus mallas curriculares una o más asignaturas que fomenten el parto humanizado con enfoque en derechos sexuales y reproductivos, como también, conocimiento y prevención sobre violencia de género.

Procedimiento de reclamación

- En el caso de contravenir los derechos establecidos en el presente proyecto, los y las pacientes podrán reclamar ante el departamento que corresponda en el mismo centro de salud, habitualmente, Oficina de Información Reclamación y Sugerencia (OIRS). Lo anterior conforme a la ley 20.285 y/o al artículo 24 de la Ley 19.880.

Sin embargo, en el caso de no recibir respuesta oportuna y satisfactoria, podrán derivar sus antecedentes ante el/la superior jerárquico respectivo.

- Recepcionada la denuncia ante el superior jerárquico deberá iniciar la investigación correspondiente.

En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplado en esta norma o la ocurrencia de actos que constituyan violencia obstétrica, deberá sancionar al recinto de salud con 30 a 60 UTM.

Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que puedan derivar.

- Los y las pacientes deberán contar con la suficiente información para realizar su reclamo. Para tales efectos el superior jerárquico respectivo deberá contar con formularios para presentar reclamaciones. El procedimiento debe ser formalizado, breve y sumario, a fin de que él o la reclamante reciban respuesta con la mayor celeridad posible.
- En el caso de que las conductas de violencia gineco-obstétrica puedan configurar delitos que acarreen responsabilidad penal, al momento de determinar la pena se deberá considerar como una agravante, debiendo aumentarse la pena en un grado.

Contacto:

cdderechosnacimiento.chile@gmail.com

Facebook: Coordinadora por los Derechos del Nacimiento - Chile

Twitter: @coordnacimiento