Boletín N° 14.284-11

Proyecto de ley, iniciado en moción de las Honorables Senadoras señoras Goic, Allende, Aravena, Provoste y Sabat, que establece los derechos de las mujeres en las atenciones gineco-obstétricas, los derechos del nacimiento y regula la violencia gineco-obstétrica.

Fundamentos:

Durante el último siglo la asistencia sanitaria del parto se posicionó en nuestro país como una preocupación social y especialmente del equipo de salud mediante una política de salud pública. Nadie pone 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 nacimiento ha ido de la mano de la pérdida de autonomía de la mujer gestante y parturienta y de la patologización del parto. Lo anterior, está actualmente causando daños en todas las dimensiones de la salud, físico, mental- emocional y social de las mujeres y sus hijos o hijas recién nacidos.

Reconociendo los avances tecnológicos y médicos que han permitido disminuir la morbimortalidad materno fetal. Es preciso señalar que en la actualidad es necesario incorporar nuevos enfoques en salud sexual y reproductiva, el eje central no solo debe estar situado en las tasas de morbimortalidad y su prevención, sino que también en la calidad de los cuidados en salud para todas las mujeres, bienestar físico y mental resguardando los derechos de las mujeres. Uno de los objetivos primordiales en las modernas atenciones de salud, debe ser el mejorar los cuidados, aplicando criterios de calidad, dignidad, respeto y adherencia a las buenas prácticas obstétricas. Estas directrices deben incidir en la disminución del exceso de intervenciones innecesarias e injustificadas sin evidencia científica y que no mejoran los resultados obstétricos y, que además, puede causar daños evitables (físicos y emocionales) aumentando los costos para el servicio de salud y profundizando las inequidades.

Las complejidades que surgen en torno al nacimiento y la eventual violencia obstétrica que reciben las mujeres al momento de ser atendidas y de parir en centros de salud en Chile, tanto privados como públicos, se ha situado como una problemática de Estado porque los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. 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 ginecobstetricia.

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 una expresión de la defensa de los Derechos Humanos. Así las cosas, 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.

A mayor abundamiento, 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, tales como la declaración del año 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 Gineco Obstetras (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]. Así como en el año 2019 en el Informe de la relatora especial de naciones unidas sobre la violencia contra la mujer, señala que se debe realizar un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.[4]

Así también en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, se establece para la "Estrategia mundial de la salud para la salud de la mujer, el niño y el adolescente" 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.

[4] Šimonović, D. (2019). Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica . (Doc. N° A/74/137). En https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en

desarrollar entre 2016-2030 que los entornos propicios para el embarazo, parto y posparto deben programarse con enfoque de derechos humanos, previniendo la violencia de género.

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 expresión de vulneración de los Derechos Humanos, por ende, representa al Estado la responsabilidad y la prioridad de actuar frente a estos casos, vinculándolo a políticas públicas especialmente relacionadas con la prevención de la violencia hacia las mujeres e insta a poderes colegisladores a la aprobación de normativas que garanticen prácticas adecuadas y respetuosas para la dignidad humana durante el embarazo, parto y puerperio[5].

Por consiguiente, el presente proyecto de Ley tiene por objetivo regular dos materias, que a continuación se detallan:

I. Regular y promover el parto personalizado y respetado

Contempla el derecho que le asiste a la mujer a ser tratada con respeto y con reconocimiento de su autonomía por parte del equipo de salud durante la gestación, al momento del parto como también durante su puerperio, de modo personal e individualizado, procurando garantizar un adecuado grado de intimidad durante el proceso asistencial , 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 maltrato y considerando la adecuada disposición y utilización de recursos [6].

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 debieran ser entre el 70% y 80%- y cuyo uso no está recomendado por las guías internacionales y nacionales de atención de salud (Binfa 2016)[7].

Nos referimos por ejemplo: a la inmovilización de la mujer en la cama con monitoreo electrónico continuo (que impide el movimiento y deambulación), la prohibición de ingerir alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, el no permitir el acompañamiento de personas de la elección de la mujer durante el trabajo de pre parto, parto y postparto, falta de intimidad en el proceso y falta de información, la inducción farmacológica y conducción oxitócica sin indicación que lo justifique, la rotura artificial de membranas sin indicación que lo justifique, episiotomía de rutina, posición litotómica forzada en el parto, la maniobra de kristeller, entre otras. Cada uno de estos procedimientos deriva en otro, lo que ha sido definido como la cascada de intervenciones.

---

[5] 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

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

[7] 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.

En esta dirección, es dable señalar que hacer una intervención aumenta la probabilidad de realizar otra intervención y así sucesivamente. Tal situación se dificulta aún más si la mujer carece de información y/o preparación al parto, tiene temor a este acontecimiento o ha tenido alguna experiencia de parto negativa. Lo precedentemente descrito se denomina como: *"la cascada de intervenciones de rutina"* que aumenta la probabilidad de cesárea. . En este escenario, se pretende distinguir entre el caso de una mujer que presenta una complicación médica o cursa una gestación de alto riesgo, oportunidad en que las intervenciones son necesarias y para ello Chile cuenta con profesionales idóneos para resolverlas. No obstante, nuestra propuesta está orientada a evitar intervenciones y procedimientos en mujeres que no las requieran, como las pacientes de bajo riesgo y en resguardar el trato respetuoso y la entrega continua de información a todas las gestantes independiente de su condición de riesgo obstétrico. ,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 2016)[8]. 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)[9].

En tal contexto, la evidencia disponible demuestra que el exceso de intervenciones médicas en el nacimiento, la vía de parto, y el trato recibido durante éste, tienen alto impacto en la salud de las personas. Es por esto que se hace perentoria la reconsideración del parto como un proceso fisiológico y respetado exclusivo de cada mujer y no del equipo médico, en el cual las intervenciones sean utilizadas sólo en el caso que sean justificadas por necesidades de salud de la mujer y su hijo. Es prioritario abordar la temática del nacimiento desde la perspectiva de la promoción de salud reconsiderando el parto como un evento normal, natural y saludable en la vida de la mujer.

La OMS recomienda a los profesionales de la salud trabajar en función de "seis prácticas básicas": Atención respetuosa de la maternidad; Comunicación efectiva; Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto; Continuidad de la atención: en Período de dilatación Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación; Duración del período dilatación, no siendo igual para todas las mujeres. Todas estas recomendaciones tienen como fin tener una experiencia de parto positiva.[10]

Si bien estas recomendaciones no son vinculantes , y quedan a la libre voluntad de cada profesional de salud de adherir o no. Parte de la evidencia que respalda estas recomendaciones hace alusión a las hormonas y neurohormonas que participan en la fisiología del parto. La principal hormona involucrada es la oxitocina la que realiza sus funciones en diversos órganos que facilitan el parto lo hacen más seguro y promueve la lactancia.

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 contacto piel con piel,

---

[8] 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.

[9] https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf, página 243 a 247.

[10] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf

inicie lactancia dentro de la primera hora de vida, logre una lactancia exclusiva hasta los 6 meses y que la madre transite un post parto fisiológico, saludable desde un punto de vista emocional , con mayor sensibilidad y respuesta hacia las necesidades del recién nacido fortaleciendo el vínculo y promoviendo un estilo de apego seguro. La oxitocina que la madre y el niño producen alrededor del parto fisiológico 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[11].

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, el silencio y la no intervención de personal innecesario, 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, segura, bajar el sentido de alerta y los niveles de adrenalina. 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.[12]

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 un imprinting para toda la vida. Desde este punto de vista, las personas que trabajan en el área obstétrica pasan a ser moduladores de la biografía humana[13].

En la actualidad un tema relevante en el campo de la investigación médica 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 área de la epigenética y el microbioma, postula que los bebés nacidos por cesárea desarrollaran más obesidad hasta los 5 años y asma hasta los 12 años. Infecciones respiratorias, dermatitis atópica y desórdenes metabólicos. [14]

II. Eliminación y prevención de la violencia obstétrica:

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 médicos). Así las cosas, tampoco se encuentran sancionadas las conductas que generan violencia obstétrica. A falta de normas especiales que sancionen la violencia obstétrica, 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)[15], y "Programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y

[11] Uvnas Moberg, Kerstin (2013) The Hormone of Closeness, Pinter and Martin.

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

[13] Céspedes Amanda (2015) Seminario "Gestar, nacer y crecer en movimiento", CulturaSalud y Almademama Chile.

[14] Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery. 2018
The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes. 2018
Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. BMJ 2015

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

neonatología" (MINSAL, 2008). 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. -

Entre el año 2019 y 2020, se realizó la primera Encuesta Nacional sobre violencia obstétrica, por el Colectivo contra la violencia ginecológica y obstétrica, dentro de los resultados se destaca el siguiente[16]:

Los reportes de violencia en la atención ginecológica resultan alarmantes (67%), porcentaje que aumenta de modo preocupante al analizar las experiencias de violencia obstétrica (80%). Muchas de estas mujeres no volvieron a atenderse en servicios de ginecología y un alto porcentaje sólo volvió a hacerlo con motivo de un embarazo. Del mismo modo, un alto porcentaje adicional expresa que no están seguras de si experiencias como éstas les han sucedido, pero creen haberlas vivido.

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 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 hacer presente que las distintas agrupaciones y organizaciones de la sociedad civil creadas en el país en los últimos años, expresan 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.

En este contexto, las autoras de este proyecto presentamos el siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY

Título I

"Disposiciones generales"

Artículo 1: El establecimiento de esta Ley tiene 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, preparto, 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 libre de coerción y de participar en la toma de decisiones respecto a su atención a lo largo de todo su proceso de atención en el sistema de salud.

Para ello crea una normativa especializada que establece los derechos del nacimiento y regula la violencia gineco-obstétrica.

[16] https://lajugueramagazine.cl/wp-content/uploads/2020/09/Resultados-GinObs-2019-2020_julio.pdf

Título II

"Derechos de la mujer en la atención gineco-obstétrica"

Artículo 2: La presente ley tiene por objeto establecer, garantizar y promover los derechos de las mujeres al momento de recibir la atención ginecológica y obstétrica, garantizando la información continua, un trato digno que respete su origen étnico, nacionalidad, idiosincrasia e ideologías y que establezca como prioritario la autonomía de la mujer.

Artículo 3: Los derechos y deberes contemplados en esta ley, serán aplicables a los establecimientos de salud, sean estos públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención ginecobstetricia.

Por su parte, los derechos y deberes contemplados en esta ley, serán aplicables a todo personal de salud que realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida a mujeres y sus familias, respecto de todas las atenciones. Estas obligaciones son igualmente exigibles a los funcionarios de organismos del Estado que no pertenezcan a la red de salud pero que tengan bajo custodia el cuidado y/o la libertad de mujeres gestantes.

Artículo 4: La violencia gineco-obstétrica se entenderá como todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención ginecológica en el contexto reproductivo, gestación, preparto, parto, postparto y aborto, en las causales establecidas por la ley, en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Título III

"De los derechos del nacimiento"

Artículo 5: La presente normativa tiene por finalidad resguardar los derechos de una gestante, en el preparto, parto y postparto, como también los derechos del feto viable que está por nacer, recién nacido y del padre u otra persona significativa para la mujer, a fin de asegurar un trato individualizado, personalizado y digno, que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, protegiendo su integridad física y psíquica.

Artículo 6: Durante el período de gestación los establecimientos de salud públicos o privados deberán coordinar con la mujer un plan de parto. El cual debe ser leído y admitido como válido por los equipos de salud, haciendo los comentarios adecuados y pertinentes, acordes a la evidencia científica y evaluando su implementación de acuerdo al lugar y condición donde será el parto. Dicho instrumento es aquel mediante el cual, las mujeres junto con los profesionales de la salud a través de un diálogo continuo a lo largo del embarazo consignarán sus deseos, necesidades y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento de su hijo o hija, la modalidad de parto y, en general, las condiciones preferentes para el proceso de parto.

En el plan de parto se dejará constancia de las preferencias de la mujer en lo concerniente a la asistencia del proceso de parto y post parto. Sin embargo, tal definición quedará supeditada a las condiciones de salud que presente la madre y el hijo/a al momento del nacimiento.

En el plan de parto deberán consignar todas las prohibiciones que determine la mujer gestante, en los casos que se prohíba el uso de fórmulas lácteas o suplementos alimentarios deberá quedar señalado expresamente. No obstante, dichas prohibiciones igualmente quedarán supeditadas a las condiciones de salud que presente la madre y el hijo/a al momento del nacimiento y horas posteriores.

Artículo 7: La mujer gestante y su acompañante significativo tendrá derecho a participar en talleres prenatales, los que promoverán información pertinente y actualizada sobre las modalidades de parto, beneficios de la lactancia y así como toda otra información relevante y actualizada sobre el proceso de gestación y nacimiento

Artículo 8: En relación con el trabajo de preparto, parto y post parto, las mujeres tienen los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas y su real necesidad que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser informada sobre la evolución de su parto y estado de su hijo(a). La gestante deberá ser considerada como un sujeto de derechos activo y protagonista en la toma de decisiones durante todo el proceso de preparto y parto.

c) A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial.

d) A estar acompañada ininterrumpidamente por una persona significativa, de su confianza y elección durante el trabajo de preparto y parto, quien recibirá información oportuna y completa sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido.

e) A la atención del parto vaginal, respetuoso de los tiempos fisiológicos. 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. Si las condiciones de salud se lo permiten, la mujer debe gozar de libertad de movimiento, libre posición en el parto, y podrá consumir alimentos y líquidos. No se podrá obligar a la mujer a parir en posición de litotomía , salvo que ella lo solicite.

f) A una atención oportuna y eficaz de emergencias obstétricas.

g) 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.

h) A no ser separada de su hijo/a tras el parto durante la primera hora, independiente de la vía del parto, salvo que corra riesgo alguno de ellos.

i) A solicitar su placenta y disponer de ella, siempre que las condiciones de salud de la misma lo permitan.

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

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

l) A ser atendida por equipo especializado en casos de muerte perinatal durante el preparto, parto y puerperio.

m) A consentir o disentir el examen físico por parte de estudiantes en prácticas del área de la salud durante su atención.

n) A decidir dónde, y con quién parir, incluido el parto en casa, estableciendo el derecho a recibir las prestaciones necesarias para la mujer y su recién nacido, sin discriminación ni enjuiciamiento, de manera expedita, coordinada y velando por el bienestar de la madre y el hijo o hija.

Artículo 9: Las personas recién nacidas tienen los siguientes derechos:

a) A ser tratadas en forma respetuosa y digna.

b) Si su condición de salud lo permite, no deberán ser sometidas a exámenes o intervenciones inmediatamente tras el parto con el objetivo de no interrumpir el contacto piel a piel inicial con su madre durante la primera hora de vida;

c) A no ser sometidas a intervenciones innecesarias y que carezcan de la debida justificación médica, tales como el corte temprano del cordón y la aspiración de secreciones.

d) Al contacto inmediato piel con piel con su madre por un periodo mínimo de una hora, si es que las condiciones de salud de ambos lo permiten, si no lo permiten se deberá promover el contacto piel con piel con el acompañante significativo.

e) 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.

f) A no ser separada de su madre o figura de apego, si no es estrictamente necesario por condición médica que así lo requiera, tanto de la madre como del recién nacido. Y si debe ser separado, permitir que uno de los padres lo acompañe en todo momento.

Artículo 10: El padre del recién nacido, pareja y/o acompañante significativo para la mujer posee los siguientes derechos:

a) Ser informados de curso de trabajo de parto;

b) Estar presentes en todo trabajo parto y parto en el ingreso al hospital o clínica hasta el postparto inmediato, si la mujer lo permite;

c) Realizar en contacto piel con piel con el recién nacido en caso de que la condición de salud de la madre sea inestable;

d) Acompañar al recién nacido en los procedimientos de rutina en la sala de atención inmediata o neonatología.

Artículo 11: El incumpliendo de cualquiera de los derechos contemplados en el presente Capítulo serán considerados como actos de violencia gineco-obstétrica. Principalmente, de conformidad a lo descrito en el artículo 4 de la presente ley. Y podrán ser denunciados por la mujer y sus familias.

Título IV

"De la prevención y educación"

Artículo 12: Los establecimientos de salud pública o privada deberán presentar alternativas de diseño de planes de parto. Dicho documento deberá estar a disposición de todas las mujeres gestantes antes de las 32 semanas de embarazo. Quienes podrán utilizar aquel, o realizar otro como lo establece el artículo 6 de la presente ley.

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, los centros de salud deberán promover el establecimiento de un modelo intercultural del parto.

Artículo 13: Los establecimientos de salud deberán llevar un registro estadísticos de los índices y tasas de cesáreas, partos vaginales, partos distócicos, uso de oxitócica sintética, episiotomía y tasa de lactancia materna exclusiva al alta. Deben publicar sus indicadores en sus respectivas páginas web

Artículo 14: Las facultades de medicina podrán incorporar a sus mallas curriculares de pre y postgrado de las carreras de obstetricia, enfermería, psicología, medicina conceptos transversales en relación a violencia y discriminación de género y todas sus consecuencias en la práctica ginecológica y obstétrica que estas impliquen.

Título V

"Procedimiento de reclamación"

Artículo 15: 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 al artículo 24 de la Ley 19.880.

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

Artículo 16: Recepcionada la denuncia ante el superior jerárquico deberá iniciar la investigación correspondiente.

En el caso de acreditar infracción de alguno de los derechos contemplados 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, respecto a la responsabilidad individual del profesional o funcionario respectivo

Artículo 17: 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 desformalizado, breve y sumario, a fin de que él o la reclamante reciban respuesta con la mayor celeridad posible.

Artículo 18: 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.