

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/325933924>

# OVO Chile 2018, Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile

Technical Report · June 2018

DOI: 10.13140/RG.2.2.29371.52007

CITATIONS

9

READS

27,123

6 authors, including:



**Michelle Sadler**

Universidad Adolfo Ibáñez

78 PUBLICATIONS 1,114 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Gonzalo Leiva Rojas**

Hospital Dra Eloisa Diaz - La Florida.

24 PUBLICATIONS 518 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Pascale Bussenius**

Pontificia Universidad Católica de Chile

4 PUBLICATIONS 17 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Trinidad Leon**

Pontificia Universidad Católica de Chile

1 PUBLICATION 9 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

# 1<sup>ra</sup> ENCUESTA SOBRE EL NACIMIENTO EN CHILE



El presente texto corresponde a una selección de resultados de la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile, aplicada por la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile) entre los meses de marzo y mayo del año 2017. Los editores responsables de este informe son Michelle Sadler, Gonzalo Leiva, Pascale Bussenius, Trinidad León y Javiera Valdebenito.

Citar como:

Observatorio de Violencia Obstétrica Chile.

Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018.



### Aportes y agradecimientos

El diseño de la encuesta fue realizado por Pilar Plana, con la colaboración de la socióloga Caridad Merino y de la alumna de la carrera de sociología de la Universidad de Chile Javiera Valdebenito, en el marco de su práctica profesional, la cual fue supervisada por la profesora de dicha carrera, socióloga Gabriela Azócar. El procesamiento de los datos fue realizado por las alumnas de la carrera de sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile Pascale Bussenius y Trinidad León, en el marco del Taller de Titulación I de dicha carrera. Para ello contaron con la supervisión del sociólogo Sebastián Madrid de dicha institución, y de Michelle Sadler desde OVO Chile.

El análisis que se presenta en este informe fue realizado por Michelle Sadler, Gonzalo Leiva, Pascale Bussenius, Trinidad León y Javiera Valdebenito. Carmen Gloria Palma, Paulina Sánchez, Valentina Insulza y Javiera Rossel participaron en la toma de decisiones con respecto a la estructura del informe y del plan de análisis, en la revisión y corrección tanto de la encuesta como del informe de resultados.

Como OVO Chile queremos agradecer de todo corazón a las mujeres que respondieron la encuesta compartiendo sus experiencias, y a las organizaciones y personas que nos ayudaron a difundirla a través de redes sociales y medios de comunicación. También agradecemos a las alumnas que con gran generosidad realizaron sus prácticas profesionales en este proyecto, y cuyo compromiso rebasó con creces los límites de sus deberes universitarios; y a los(as) profesores(as) que las supervisaron y aportaron en las discusiones que dan forma a este informe. También agradecemos los valiosos comentarios que hicieron a este informe las siguientes personas: Jovita Ortiz, Sebastián Madrid, René Castro, Pascale Pagola, María Paz Bertoglia y María José Uribe. Dedicamos un especial agradecimiento a Sol Díaz, ilustradora que creó la imagen de presentación, la cual muestra una sociedad que cuida cooperativamente a las personas, madres y padres, para un buen nacer. Fue gracias al esfuerzo conjunto de muchos y muchas que hoy podemos presentar este documento, que esperamos contribuya a una discusión profunda sobre la atención del nacimiento en Chile, un tema que nos convoca a todos y todas.

El Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile está conformado por los(as) siguientes profesionales, quienes participaron en algunas o todas las fases del diseño y análisis de la encuesta: antropóloga Pilar Plana, antropóloga Michelle Sadler, matrona Gonzalo Leiva, abogada Carmen Gloria Palma, psicóloga Paulina Sánchez, abogada Valentina Insulza y periodista Javiera Rossel.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>I Introducción</b>	<b>7</b>
<b>II Marco metodológico</b>	<b>9</b>
II.1 Encuesta	9
II.2 Categorías de análisis	10
III.2.1 Intervenciones obstétricas y recomendaciones para una experiencia positiva de parto	11
III.2.2 Abuso en la atención del nacimiento	14
<b>III Resultados</b>	<b>16</b>
III.1 Caracterización de la muestra	16
III.2 Intervenciones obstétricas y recomendaciones para una experiencia positiva de parto	18
III.2.1 Intervenciones obstétricas	18
III.2.2 Recomendaciones para una experiencia positiva de parto	20
III.2.3 Talleres prenatales	26
III.3 Abusos en la atención del nacimiento	27
III.3.1 Estándares de cuidado y comunicación deficientes entre mujeres y personal de salud	27
III.3.2 Abuso verbal	32
III.3.3 Abuso físico	36
<b>IV Discusión</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>45</b>

## Resumen

Los resultados de la primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile buscan contribuir al creciente debate sobre los modelos y calidad de atención del nacimiento en nuestro país, a través de la generación de conocimiento desde las propias experiencias de mujeres cuyos partos han sido atendidos en Chile. El objetivo del estudio es describir las experiencias de parto de mujeres en Chile entre 1970 y 2017, teniendo como referencias las recomendaciones que el Ministerio de Salud de Chile realizó en el “Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo” (2008), y las recomendaciones que la OMS actualizó en febrero de 2018 en su documento “Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto”.

El estudio se basa en una encuesta on-line que describe cuantitativamente la experiencia de parto de mujeres en Chile. El diseño corresponde a un estudio descriptivo poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que parieron en Chile entre los años 1970 y 2017. Al ser un estudio netamente descriptivo, no se consideraron criterios de exclusión. El cuestionario fue aplicado vía on-line, a través del servidor [www.onlineencuesta.com](http://www.onlineencuesta.com) entre el 1 de marzo y 31 de mayo del año 2017, y la participación fue voluntaria y anónima. Las personas que respondieron la encuesta fueron mujeres que dieron a luz en Chile entre los años 1970 y 2017. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en Chile.

La muestra fue no probabilística por conveniencia. Si bien el tamaño muestral no fue estimado previamente, se trata de una muestra representativa numéricamente del universo o población de estudio. El análisis de la encuesta se realizó por medio del software de análisis cuantitativo SPSS 21, utilizando estadística descriptiva bi-variada y multi-variada.

El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357, de las cuales un 39,7% de partos ocurrieron en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias. Para este informe, se optó por analizar los partos institucionales, es decir, aquellos declarados como ocurridos en hospitales/clínicas. Por ello, la muestra de 11.357 se redujo a 11.054, que constituye la muestra total sobre la que se construye este informe.

Las experiencias de parto se presentan distinguiendo entre partos ocurridos en clínicas y hospitales, y organizados según su ocurrencia en tres periodos de tiempo: 1970 a 2008, 2009 a 2013, y 2014 a 2017. Del total de experiencias de parto reportadas, un 25% ocurrieron entre 1970 y 2008, un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2014 y 2017. El término del primer periodo considerado se ubica en el año 2008 debido a que se trata del año en que se publicó desde el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile el “Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo”, que coincide con la promulgación en 2009 de la Ley N°20.379 que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionalizó el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, ambas normativas que incorporan claras recomendaciones para la atención del nacimiento. El primer tramo pretende ser un punto de comparación previo a la incorporación de estos programas/políticas, el segundo tramo representa los primeros años de implementación de dichas políticas y de adaptación a las

medidas. En el último periodo se esperaba que dichas recomendaciones/políticas estuvieran más institucionalizadas. Este último periodo además se divide del anterior debido a que el 50% de la muestra se ubica en él (es decir, 50% de los nacimientos reportados en las encuestas sucedieron en este periodo), y además debido a que el 2014 marca el inicio de un debate público y activismo muy visibles en torno a los derechos en el nacimiento. La distinción entre los tres periodos permite analizar las continuidades y/o cambios en lo que refiere a las intervenciones y el trato recibido durante la atención de nacimiento en el sistema de salud.

Con respecto a intervenciones obstétricas que no debieran realizarse de forma rutinaria, los resultados muestran una progresiva reducción del rasurado, enema, rotura artificial de membranas y uso de maniobra de Kristeller, tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, la rotura artificial de membranas se reporta en el periodo 2014-2017 en un 44% de los partos en hospitales y 39,9% en clínicas; y la episiotomía en un 44% de los partos en hospitales y 41,1% en clínicas. Más preocupante aun es lo que ocurre con el monitoreo fetal continuo y oxitocina artificial, que en hospitales ha aumentado durante los tres periodos descritos, cuando según las recomendaciones internacionales y nacionales debieran usarse con discreción. En el caso de clínicas, estas intervenciones descienden levemente entre el segundo y tercer periodo. Así, en el periodo 2014-2017 el monitoreo fetal continuo se reportó en un 84,6% de los partos en hospitales y 81,6% en clínicas, y la administración de oxitocina artificial en un 51,8% y 45,3% respectivamente. Comparando las intervenciones en hospitales y clínicas en el periodo 2014-2017, apreciamos que en las segundas se utiliza más la anestesia, maniobra de Kristeller y se practican más cesáreas.

El acompañamiento continuo de personas significativas para la mujer, la libertad de movimiento, la hidratación, alimentación, acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto, y el contacto piel con piel entre mujer y recién nacido mayor a 30 minutos, si bien presentan mejoras a lo largo del tiempo, aun no se reportan como el estándar generalizado de cuidado. La posición litotómica fue reportada en aproximadamente un 80% de los partos, y el contacto piel con piel inferior a 30 minutos en una proporción similar, tanto en hospitales como clínicas en el periodo 2014-2017, lo que muestra que las recomendaciones de que el parto suceda en posición libre y que el contacto piel con piel sea igual o mayor a 30 minutos no se han logrado instalar. El acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/alimentos durante el trabajo de parto/parto, son practicados en mayor forma en clínicas que en hospitales. La mayor brecha entre hospitales y clínicas se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias.

Los resultados de la encuesta muestran que la asistencia a talleres de educación prenatal, tanto si se trata de los talleres realizados en el marco del programa Chile Crece Contigo (salud pública) o de talleres contratados en forma privada, tiene una relación positiva en cuanto a la disminución de intervenciones obstétricas. Es decir, las experiencias de parto de mujeres que asistieron a

talleres prenatales muestran menos intervenciones obstétricas que aquellas que no lo hicieron, y el impacto es más notorio en el caso de talleres particulares.

Con respecto a ciertos estándares de cuidado y buen trato como el respeto por la intimidad y privacidad de la mujer, amabilidad y comprensión, y empatía frente a los dolores, los resultados muestran mejores percepciones en el periodo 2014-2017 que antes del 2008, tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, en estas dimensiones las brechas entre los tipos de instituciones son muy grandes, y las experiencias en las que estos estándares no se cumplieron son entre 3 y 7 veces más altas en hospitales que clínicas. Se observa además que estos estándares de cuidado son peores en las experiencias de parto de mujeres de niveles educacionales más bajos y aquellas más jóvenes. Lo mismo se observa con respecto a las dimensiones que componen el abuso verbal; si bien se reducen a lo largo del tiempo, las brechas entre tipos de instituciones son altas y aún suceden en proporciones preocupantes. Por ejemplo, en el periodo 2014-2017, en un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y emociones, lo cual sucedió en el 16,6% de las experiencias en clínicas.

Los resultados muestran que si bien hay mejoras en cuanto a reducción de algunas intervenciones obstétricas entre los periodos descritos, se siguen reportando intervenciones que no están recomendadas de forma rutinaria en proporciones preocupantes y que no se condicen con las recomendaciones sanitarias ni con la evidencia científica actual. En un sentido similar, si bien la percepción de calidad del trato ha mejorado a través de los años, en una proporción importante de experiencias de parto (en especial en hospitales), se reportan faltas de respeto y de dignidad en la atención.

Esperamos que los resultados de este estudio nos motiven como sociedad a complejizar la discusión en torno a lo que se considera calidad de la atención durante el nacimiento, y a poner urgencia a esta temática. Se necesita un abordaje que considere tanto las dimensiones de cuidado interpersonal, a saber, la calidad del trato entre profesionales de atención de salud y población usuaria, como aquellas estructurales que permiten que se perpetúe un modelo excesivamente intervencionista de atención del nacimiento.

## I. Introducción

La Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile) es un organismo multidisciplinario, no gubernamental y sin fines de lucro que nace con la necesidad de visibilizar y denunciar vulneraciones a los derechos del nacimiento y acompañar a las mujeres y sus recién nacidos; parejas, familias y profesionales de la salud que han vivido violencia obstétrica en las instituciones de salud pública y privada de nuestro país. Como parte de los objetivos de la Fundación se cuenta el fomentar el conocimiento social respecto de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género. En Chile contamos con escasa información procedente de estudios que nos muestren las características de las intervenciones y abusos que se viven en la atención del nacimiento, por lo que se hace relevante generar un cuerpo más sólido de información para poder analizar las experiencias de parto de las mujeres y orientar los lineamientos en salud.

En las últimas décadas, diversas organizaciones de usuarios(as) y grupos de activistas vinculados a los derechos sexuales, derechos reproductivos y a la violencia de género han aportado a la visibilización del excesivo intervencionismo obstétrico y los abusos cometidos contra las mujeres en la atención del parto. Estos grupos han cuestionado la posición y configuración del conocimiento, como un recurso que debe ser producido y discutido desde distintas fuentes. De este modo, han intentado impulsar cambios en los modelos de atención del nacimiento, integrando la experiencia de las mujeres como fuente que desafía, a la vez que complementa, el conocimiento obstétrico. Ello ha permitido clasificar, ordenar y articular una comprensión de sus condiciones y problemas desde una nueva red epistémica, promoviendo nuevas modalidades de investigación y evidencia para fundamentar las políticas de salud, lo que se conoce como “activismo basado en la evidencia”<sup>1</sup>.

Este "activismo basado en evidencia" implica que el conocimiento ya no es simplemente un recurso para fundamentar reclamos políticos, sino que puede convertirse en el vehículo mismo del activismo. Los conocimientos y las experiencias de los(as) usuarios(as) pueden cambiar la evidencia que está disponible para los(as) responsables de la formulación de políticas, que luego pueden actuar en nombre de esos(as) mismos(as) usuarios(as). En este sentido, el conocimiento experto y el conocimiento experiencial se articulan en lugar de oponerse entre sí, permitiendo el establecimiento de un espacio de diálogo y negociación público y estable entre las partes, desde el cual se pueden proponer caminos para mejorar los lineamientos, plantear materias, interrogantes o asuntos en relación con la investigación médica y tratar de influir en la política

---

<sup>1</sup> Akrich, Madeleine; O'Donovan, Orla; Rabeharisoa, Vololona. The entanglement of scientific and political claims: towards a new form of patients' activism. Working Paper 13-MS-07; Centre de sociologie de l'innovation MINES ParisTech. 2013. Disponible en: [http://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2013/12/I3WP\\_13-MS-071.pdf](http://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2013/12/I3WP_13-MS-071.pdf)

de salud y la política de investigación (Rabeharisoa, Moreira y Akrich 2014).<sup>2</sup> De este modo, se adopta una perspectiva reformista en lugar de puramente confrontacional.

En la misma línea, la OMS en 2014 en su declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, reconoce que “la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales”.<sup>3</sup>

Buscamos a través del presente informe contribuir al debate sobre la atención obstétrica, a través de la generación de conocimiento desde las bases, desde las propias experiencias de mujeres cuyos partos han sido atendidos en Chile. Quienes trabajamos en este proyecto somos activistas, académicos(as) y profesionales de la salud que buscamos la articulación entre saberes en pos de que tanto profesionales de atención de la salud como usuarios y usuarias del sistema de salud vivamos mejores experiencias de nacimiento. Es así como el objetivo del estudio es describir las experiencias de parto de mujeres en Chile entre 1970 y 2017, teniendo como referencias las recomendaciones que el Ministerio de Salud de Chile realizó en el *Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo* (2008)<sup>4</sup>, y las recomendaciones que la OMS actualizó en febrero de 2018 en su documento *Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto*.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Rabeharisoa, Vololona, T. Moreira and Madeleine Akrich. 2014. “Evidence-based activism: patients’, users’ and activists’ groups in knowledge society”, *Biosocieties* 2014;9(2):111–28. Doi: 10.1057/biosoc.2014.2

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=DDA187B8F6FAB80BC626EA5359899A2C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=DDA187B8F6FAB80BC626EA5359899A2C?sequence=1)

<sup>4</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo. MINSAL; 2008. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## II. Marco Metodológico

### II.1 Encuesta

El estudio se basa en una encuesta on-line que describe cuantitativamente la experiencia de parto de mujeres en Chile. El diseño corresponde a un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que parieron en Chile entre los años 1970 y 2017. Al ser un estudio netamente descriptivo, no se consideraron criterios de exclusión.

El cuestionario fue aplicado vía on-line, a través del servidor [www.onlineencuesta.com](http://www.onlineencuesta.com) entre el 1 de marzo y 31 de mayo del año 2017, y la participación fue voluntaria y anónima. Las personas que respondieron la encuesta fueron mujeres que dieron a luz en Chile entre los años 1970 y 2017. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en Chile.

El diseño de encuesta on-line auto aplicado se escogió por su capacidad de llegar en poco tiempo y a bajo costo a una gran cantidad de potenciales participantes en todo el territorio nacional, en este caso, específicamente a quienes tenían disponibilidad de internet.

La muestra fue no probabilística por conveniencia. Si bien el tamaño muestral no fue estimado previamente, se trata de una muestra representativa numéricamente del universo o población de estudio<sup>6</sup>. El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357.

El diseño del cuestionario fue de tipo estructurado con preguntas simples, múltiples y abiertas. La construcción del cuestionario se basó en material teórico para construir las dimensiones del abuso y falta de respeto durante la atención del nacimiento, como también en la revisión de relatos y en la opinión de expertos(as) sobre el tema. Con respecto al material teórico, se utilizó como documento principal la revisión sistemática de estudios sobre abuso y falta de respeto en el nacimiento realizado por Meghan A. Bohren y colegas, publicada el 2015, y titulada *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review* (El maltrato de mujeres durante el parto en instituciones de salud en el mundo: una revisión sistemática de métodos mixtos).<sup>7</sup> Se utilizaron también los relatos de abusos durante la atención del nacimiento que llegaban al Observatorio de Violencia Obstétrica desde su fundación en 2014, así como los relatos de mujeres sistematizados en diversos reportajes de prensa en Chile desde el año 2012. Por último, se sumó la opinión experta de los miembros del Observatorio así como de profesionales de salud que aportaron para la construcción del instrumento.

---

<sup>6</sup> Si consideramos que en Chile ocurren aproximadamente 200.000 nacimientos al año, en 5 décadas (1970 a 2017) sucederían alrededor de 10.000.000 de nacimientos. Para un universo de ese tamaño, con un error de 5% y una confianza del 95% se necesitaría una muestra de 385 mujeres para lograrse la representatividad estadística.

<sup>7</sup> Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847 Este estudio constituyó la primera sistematización a gran escala de estudios sobre el tema producidos en todo el mundo, e incluyó 65 estudios cuantitativos, cualitativos y/o mixtos.

Una primera versión de la encuesta se piloteó con aproximadamente 30 mujeres, permitiendo realizar la validación semántica de la encuesta.

El cuestionario incluyó primero un consentimiento informado que describía el objetivo del estudio y solicitaba la autorización para hacer uso de la información entregada. Una vez aceptado dicho consentimiento, el cuestionario contenía una serie de preguntas de caracterización: nacionalidad, pertenencia a pueblos originarios, estado civil, nivel educacional, número de habitantes del hogar e ingresos mensuales del hogar. Con respecto a las características de los partos descritos, se preguntó por la región donde ocurrió el parto, lugar donde sucedió (institución pública/privada, casa, otro), edad al momento del parto, año de ocurrencia del parto, vía de parto (vaginal/cesárea), semanas de gestación al momento del parto, personas que atendieron y acompañaron el parto, asistencia a talleres de educación prenatal (públicos/privados), presencia de patologías gestacionales, motivos de cesárea y tipos de cesárea (programada/emergencia), duración de trabajo de parto. Con respecto al trabajo de parto y parto, se preguntó por: el uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor; por la posibilidad de movimiento, de ingesta de líquidos/alimentos, de contar con acompañantes significativos; y por la posición en la que ocurrió el parto. Con respecto a intervenciones obstétricas, se preguntó si se realizó o utilizó: enema, rasurado, vía intravenosa, monitorización fetal continua, misoprostol, oxitocina artificial, rotura artificial de membranas, maniobra de Kristeller, fórceps, episiotomía. Con respecto al puerperio inmediato, se preguntó por el tiempo de contacto piel con piel, por las características de la lactancia (exclusiva/mixta/artificial, frecuencia, apoyo del personal de salud); y con respecto al periodo posparto más extendido se preguntó si en los primeros meses tras el parto la mujer tuvo diagnóstico de algún trastorno del ánimo. La encuesta también incluyó sets de pregunta sobre formas de abuso en la comunicación (o falta de ella) con el personal de salud, de forma verbal o física, que serán detalladas más adelante. Por último, la encuesta incorporó una pregunta abierta en la que se podía extender el relato de la experiencia de parto.

El análisis de la encuesta se realizó por medio del software de análisis cuantitativo SPSS 21, utilizando estadística descriptiva bi-variada y multi-variada.

## II.2 Categorías de análisis

Para el análisis de los resultados de la encuesta, se han considerado las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) entregó en febrero de 2018 para la atención del nacimiento, titulado *Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto*.<sup>8</sup> En dicho documento

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Resumen de orientación en español disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

se agrupan los cuidados intraparto recomendados para lograr una experiencia positiva del parto, entendida ésta como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de una mujer, incluido dar a luz a un recién nacido sano en un ambiente clínico y psicológicamente seguro con continuidad de apoyo práctico y emocional de un compañero(s) de nacimiento y personal clínico competente.<sup>9</sup>

La definición anterior se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológico. Ya en esa misma línea, el *Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo*, que el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL) desarrolló en 2008<sup>10</sup>, da cuenta de que uno de los objetivos de los cuidados entregados por los equipos de salud debe ser permitir la evolución fisiológica del trabajo de parto, minimizando las intervenciones. Y la *Guía Perinatal*<sup>11</sup>, publicada por el mismo Ministerio en el año 2015, es clara en recomendar que las intervenciones obstétricas no se deben realizar en forma rutinaria, sino solo cuando estén médicamente justificadas. A pesar de todo lo anterior, la OMS reconoce en esta nueva guía de recomendaciones, que en las últimas décadas las intervenciones obstétricas que no se basan en evidencia y que no cuentan con justificación médica para su realización han aumentado considerablemente, y que esta medicalización creciente debilita la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además el aumento de intervenciones sin indicaciones justificadas sigue ampliando las brechas en cuanto a la equidad entre entornos de altos recursos y aquellos con pocos recursos económicos.

A continuación se describen las categorías de análisis que se presentan en este informe. En algunas categorías se presentan las recomendaciones que los lineamientos de salud nacionales (MINSAL) e internacionales (OMS) plantean respecto a cada temática. Al referirnos a las recomendaciones del MINSAL (Chile), aludimos al *Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo*, y al aludir a la OMS nos basamos en el documento de *Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto* (documentos citados más arriba).

## II.2.1 Intervenciones obstétricas y recomendaciones para una experiencia positiva del parto

En el apartado de “Intervenciones obstétricas”, se presenta la prevalencia de las intervenciones obstétricas detalladas en la Tabla 1. Es relevante mencionar que estas intervenciones (excluyendo la cesárea) fueron respondidas en aquellas experiencias en las cuales hubo trabajo de parto. Es

---

<sup>9</sup> Estas recomendaciones dan continuidad al trabajo que la OMS ha estado realizando en la temática desde el año 1985, con la publicación de: *Appropriate Technology for Birth*. *Lancet*.1985;2: 436-437.

<sup>10</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo*. MINSAL; 2008. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

<sup>11</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Guía Perinatal 2015*. MINSAL; 2015. Disponible en: [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PARA%20PUBLICAR.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf)

decir, para las intervenciones enunciadas (exceptuando cesárea) se excluyen casos de cesáreas electivas.

**Tabla 1: Intervenciones obstétricas incluidas en informe de resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile (OVO Chile 2018)**

<b>Intervenciones obstétricas</b>	<b>Recomendación de acuerdo a MINSAL (Chile) y OMS</b>
Rasurado vello púbico	No recomendado.
Enema	No recomendado.
Monitorización fetal continua	No recomendada en mujeres sanas.
Oxitocina	No recomendada de forma rutinaria.
Anestesia/epidural	Se recomienda de acuerdo a las preferencias de la mujer, y siempre que lo solicite.
Rotura artificial de membranas (RAM)	No se recomienda de forma rutinaria.
Maniobra de Kristeller	No recomendada.
Episiotomía	No recomendado de forma rutinaria.
Cesárea	No se recomienda en situaciones en que no exista justificación médica clara.

En el apartado “Recomendaciones para una experiencia positiva del parto”, se analizan algunas recomendaciones que favorecen una experiencia positiva del parto. En este caso no se evalúa necesariamente la prevalencia de las prácticas, como en el caso de las intervenciones, sino la privación, restricción o simplemente falta de acceso a éstas. Las prácticas que se analizan en el presente informe se detallan en la Tabla 2. En el caso de estas prácticas, el acompañamiento por personas significativas de la mujer antes y durante el trabajo de parto, el acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor<sup>12</sup>, y el contacto piel con piel con el recién nacido fueron respondidos para todas las experiencias de parto reportadas. Las respuestas sobre alimentación y movilidad durante el trabajo de parto excluyen cesáreas electivas (es decir, solo fueron respondidas cuando hubo trabajo de parto). Y la posición durante el parto alude solo a nacimientos que ocurrieron por vía vaginal (excluyendo cesáreas electivas y de emergencia).

<sup>12</sup> En el caso de las medidas no farmacológicas, se incluyeron: hidroterapia, calor local, balón kinésico, aromaterapia, técnicas de imaginación, técnicas de respiración, rebozo, masajes, vocalización, otras. No se excluyeron las cesáreas electivas de la muestra debido a que varias de estas medidas pueden ser utilizadas en casos en los que no haya trabajo de parto, por ejemplo: masajes, técnicas de imaginación y respiración, vocalización, aromaterapia.

**Tabla 2: Recomendaciones para una experiencia positiva del parto incluidas en informe de resultados Primera encuesta sobre el nacimiento en Chile (OVO Chile 2018)**

Recomendaciones para una experiencia positiva del parto	Recomendación de acuerdo a MINSAL (Chile) y OMS
<b>Acompañamiento</b>	Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
<b>Alimentación</b>	Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
<b>Acceso a métodos de alivio no farmacológico del dolor</b>	Se recomiendan técnicas de relajación, respiración, meditación, música. También se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. Dependerá de la preferencia de la mujer.
<b>Movilidad y posición de la madre</b>	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
<b>Posición en el parto con o sin anestesia</b>	Se recomienda alentar a la mujer a que adopte la posición que ella decida, incluidas las posiciones verticales.
<b>Contacto piel con piel</b>	Se recomienda mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. En Chile, el indicador informado por las instituciones públicas es “Contacto piel con piel mayor a 30 minutos”.

Otra de las recomendaciones centrales de la OMS (2018) para una experiencia positiva del parto que es analizada en el presente informe dice relación con la entrega de información de parte del personal de atención de salud hacia la mujer durante el trabajo de parto y parto. Esta información, advierte la OMS, debiese ser entregada por medio de comunicación efectiva que considere métodos simples de entrega y un lenguaje culturalmente aceptable. En 2012, en Chile, la Ley 20.584 consagró la entrega de información como un derecho de las personas durante la atención en salud. En este informe, se analiza la falta de información relacionada con tres dimensiones de la atención, a saber: sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas; sobre los riesgos y beneficios de los fármacos y anestesia; y sobre el estado de salud del recién nacido.

Otro de los apartados del informe presenta información relativa a la participación en talleres de educación prenatal: talleres prenatales del Sistema de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, en el caso de mujeres que se atienden en el sistema público de salud, o en talleres prenatales privados, en caso de todas las mujeres que respondieron la encuesta. Se analiza si la

participación en talleres prenatales tiene relación con la realización de algunas intervenciones obstétricas.

## II.2.2 Abuso en la atención de nacimientos

Con el fin de analizar la calidad del trato durante la atención del nacimiento se utilizó como referencia la tipología generada por Bohren y colegas<sup>13</sup>, adaptándola a las variables de la encuesta. De las siete categorías propuestas por las autoras, tomamos cuatro debido a que la encuesta incluyó preguntas en esas dimensiones: estándares de cuidado y comunicación deficiente entre mujeres y personal de salud (corresponden a dos categorías en Bohren et al., que fueron agrupadas como una en el presente informe), abuso verbal y abuso físico. Los resultados de la encuesta relativos a estas dimensiones se presentan en términos de prevalencia de malas prácticas, es decir, los casos en que no se cumplieron las recomendaciones. Ello facilita la comparación con lo sugerido por la OMS. A continuación, se exponen las dimensiones incluidas en la tipología de Bohren et al., junto con las variables relacionadas a ellas que se incluyeron en la Primera encuesta sobre nacimiento en Chile.

**Tabla 3: Tipología de abusos según Bohren et al. (2015) y su adaptación al informe de resultados Primera encuesta sobre el nacimiento en Chile**

Tipología de abusos en atención de nacimiento (Bohren et al. 2015)	Temas incluidos en cada categoría Bohren et al. 2015	Temas incluidos en informe Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile
<p><b>Estándares de cuidado y comunicación deficientes entre mujeres y personal de salud</b></p> <p>(Failure to meet professional standards of care; Poor rapport between women and providers)</p>	<p>Descuido y abandono (Neglect and abandonment)</p> <p>Comunicación inefectiva (Ineffective communication)</p> <p>Falta de apoyo (Lack of supportive care)</p> <p>Pérdida de autonomía (Loss of autonomy)</p> <p>Ausencia o falta de consentimiento informado y confidencialidad (Lack of informed consent and confidentiality)</p>	<p>Falta de amabilidad y comprensión.</p> <p>Vulneración de la confidencialidad y el respeto respecto al estado de salud y condición médica.</p> <p>Falta de empatía frente a los dolores de la mujer.</p> <p>Falta de respeto por la intimidad y privacidad durante la atención por parte del personal de salud.</p> <p>Omisión, descuido, desatención, acallamiento</p>

<sup>13</sup> Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

<b>Abuso verbal</b> (Verbal abuse)	Lenguaje severo, duro (Harsh language) Amenazas y culpabilización (Threats and blaming)	Uso de lenguaje grosero sexual, sarcástico, burlesco o humillante hacia la mujer. Crítica o represión de expresiones de dolor y emociones. Infantilización de la mujer. Trato con amenazas.
<b>Abuso físico</b> (Physical abuse)	Uso de fuerza (Use of force; women beaten, slapped, kicked, pinched during delivery) Restricción física (Physical restraint)	Contacto físico irrespetuoso durante la atención: manotazos, zamarreo, empujones, toques molestos.

El análisis de los resultados, que se presenta a continuación, se divide en tres secciones que corresponden a: 1) caracterización de la muestra; 2) intervenciones obstétricas y recomendaciones para una experiencia positiva de parto; 3) abusos en la atención del nacimiento.

### III. Resultados

#### II.1 Caracterización de la muestra

El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357, de las cuales un 39,7% de partos ocurrieron en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias. Para este informe, se optó por analizar los partos institucionales, es decir, aquellos declarados como ocurridos en hospitales/clínicas. Por ello, la muestra de 11.357 se redujo a 11.054, que constituye la muestra total sobre la que se construye este informe.<sup>14</sup>

La Tabla 4 resume las características de las experiencias de parto reportadas, según las cualidades de las madres que respondieron la encuesta respecto al máximo nivel educacional alcanzado (al año 2017), nacionalidad, identificación con algún pueblo originario, región en que ocurrió el parto y edad de la mujer al momento de parir.

**Tabla 4: Características sociodemográficas de mujeres que tuvieron sus partos en Chile 1970-2017**

Edad de la madre al momento del parto	Menos de 19 años	11,4%
	20 - 24 años	21,7%
	25 - 29 años	28,7%
	30 - 34 años	26,6%
	35 - 39 años	10,2%
	40 años o más	1,3%
Nivel Educativo	Básica completa o incompleta	1,0%
	Media completa o incompleta	15,0%
	Técnica	18,0%
	Universitaria	48,0%
	Postgrado	18,0%
Nacionalidad	Chilena	97,4%
	Extranjera	2,6%
Identificación con pueblo originario	Sí	7,1%
	No	92,9%
Región	Metropolitana	61,0%
	Otra	39,0%
Año del parto	Antes de 2008	25%
	2009 - 2013	25%
	2014 - 2017	50%

Fuente: Elaboración propia a partir de Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile 2017.

<sup>14</sup> El número de 11.357 experiencias de parto reportadas corresponde a aquellas encuestas que se respondieron en completitud. El total de encuestas recibido fue de 18.210, de las cuales 6.853 fueron descartadas del análisis por no estar completas.

La edad de las mujeres al momento del parto fue agrupada en seis categorías: un 11,4% fue antes de los 20 años, un 21,7% entre los 20 y 24 años, un 28,7% entre los 25 y 29 años, un 26,6% entre los 30 a 34 años, un 10,2% entre los 35 y 39 años y un 1,3% a los 40 años o mayor.

Con respecto a los años en que sucedieron los nacimientos, la muestra se agrupó en tres categorías: un 25% de los nacimientos ocurrieron antes de 2008 (entre 1970 y 2008), un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2014 y 2017. Es decir, un 75% de las respuestas de la encuesta corresponden a nacimientos ocurridos en el país a partir del año 2009, lo que muestra una realidad de atención reciente. El término del primer periodo considerado se ubica en el año 2008 debido a que se trata del año en que se publicó desde el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile el *Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo*, que coincide con la promulgación en 2009 de la Ley N°20.379 que creó el *Sistema Intersectorial de Protección Social* e institucionalizó el *Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"*, ambas normativas que incorporan claras recomendaciones para la atención del nacimiento. El primer tramo pretende ser un punto de comparación previo a la incorporación de estos programas/políticas, el segundo tramo representa los primeros años de implementación de dichas políticas y de adaptación a las medidas. En el último periodo se esperaría que dichas recomendaciones/políticas estuvieran más institucionalizadas. Este último periodo además se divide del anterior debido a que el 50% de la muestra se ubica en él (es decir, 50% de los nacimientos reportados en las encuestas sucedieron en este periodo), y además debido a que el 2014 marca el inicio de un debate público y activismo muy visibles en torno a los derechos en el nacimiento. La distinción entre los tres periodos permite analizar las continuidades y/o cambios en lo que refiere a las intervenciones y el trato recibido durante la atención en el sistema de salud.

Debido a la diferencia porcentual de nacimientos ocurridos en hospitales y clínicas (39,7% y 57,6% respectivamente), se opta por analizar todas las categorías de la encuesta en forma separada entre hospitales y clínicas, con el fin de representar las experiencias de mujeres atendidas en ambos tipos de instituciones. Para cada tema analizado, los resultados se presentan según el tipo de institución de salud en el que ocurrió el parto (hospital público y clínica privada), y se organizan por los periodos de tiempo descritos (1970-2008; 2009-2013; 2014-2017). En cada tema se comparan las experiencias entre clínicas y hospitales en el periodo 2014-2017, y en algunos temas se incorporan otras variables como edad y nivel educacional de la mujer.

## **III.2 Intervenciones obstétricas y recomendaciones para una experiencia positiva de parto**

### **III.2.1 Intervenciones obstétricas**

Se presentan a continuación dos gráficos (Gráficos 1 y 2) que muestran el comportamiento de algunas intervenciones obstétricas en tres periodos de tiempo: 1970-2008, 2009-2013, 2014-2017 (el detalle de esta información se encuentra en la Tabla 4 en anexos).

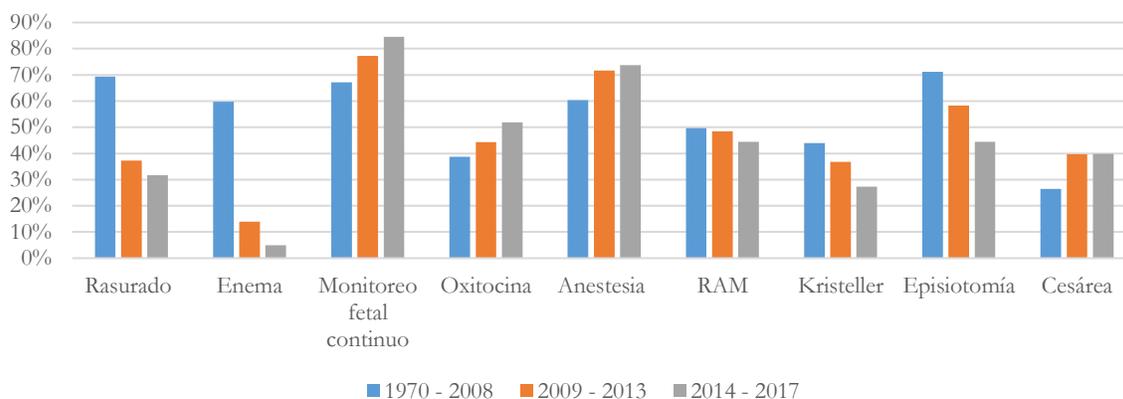
Se aprecia que la prevalencia tanto del rasurado de vello púbico como del enema disminuye notoriamente en los períodos estudiados tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, el rasurado aún es reportado en un 31,7% de las experiencias de parto en hospitales y en un 21,1% en clínicas, mientras que el enema en un 5% en hospitales y en un 6,7% en clínicas.

Asimismo, la rotura artificial de membranas (RAM), maniobra de Kristeller y episiotomía se reportan en menor proporción en el último tramo de tiempo, comparado con los periodos anteriores, tanto en hospitales como clínicas, sin embargo aún se trata de proporciones elevadas: RAM en un 44% en hospitales y 39,9% en clínicas; Kristeller en un 27,3% y 31,5%; y episiotomía en un 44% y 41,1% respectivamente.

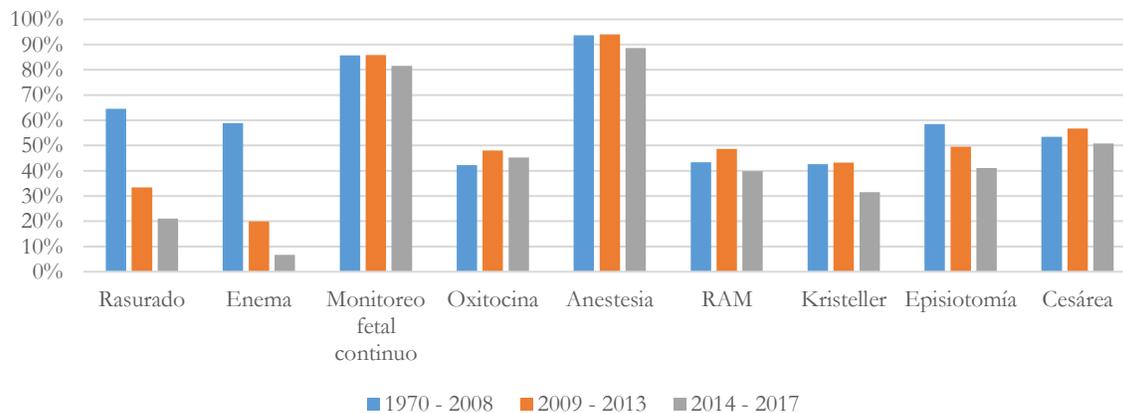
En hospitales, el reporte de monitorización fetal continua, uso de oxitocina artificial y uso de anestesia/epidural va aumentando entre los tres tramos de tiempo estudiados. Entre el primer y último periodo estudiados la monitorización fetal continua pasa de un 67,2% a un 84,6%; el uso de oxitocina artificial de un 38,7% a un 51,8%; y de anestesia/epidural de un 60,4% a un 73,7%. En tanto, en clínicas privadas el reporte de estas intervenciones se eleva o mantiene entre el primer y segundo periodo, sin embargo baja en el último periodo de 2014 a 2017. Comparando el periodo 2009-2013 con el 2014-2017 en clínicas, la monitorización fetal continua pasa desde un 85,8% a un 81,6%; el uso de oxitocina artificial de un 48% a un 45,3%; y la anestesia/epidural de un 94% a un 88,6%.

La cesárea en hospitales aumenta de un 26,5% a un 39,7% entre el periodo 1970-2008 y 2009-2013, y se mantiene en un 39,8% en el último periodo (2014-2017). En clínicas privadas aumenta de un 53,5% a un 56,7% entre el primer y segundo periodo, y disminuye a un 50,8% en el último periodo.

**Gráfico 1**  
**Prevalencia de intervenciones obstétricas en hospitales,**  
**según periodos**

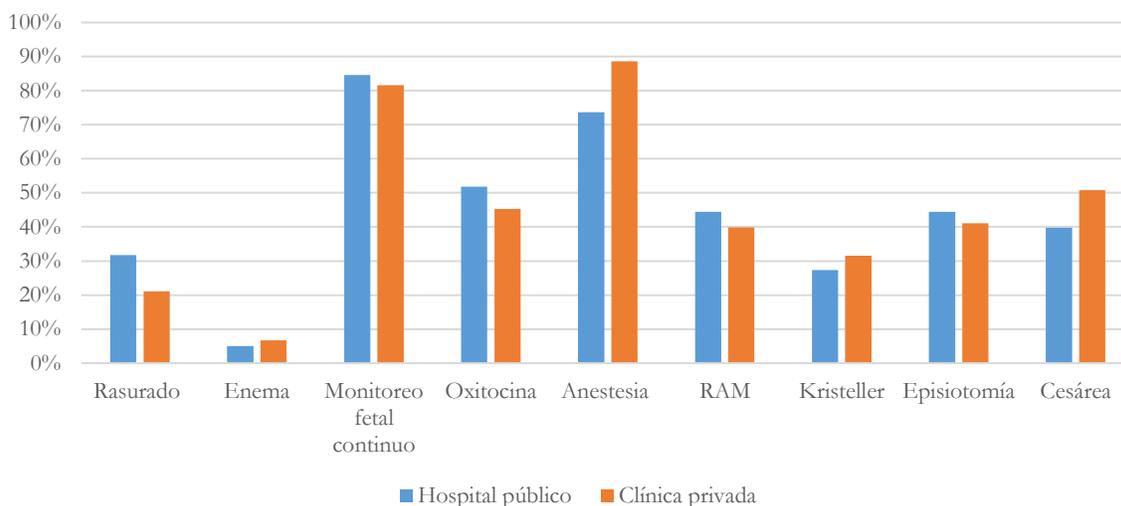


**Gráfico 2**  
**Prevalencia de intervenciones obstétricas en clínicas,**  
**según periodos**



En el Gráfico 3 nos detenemos en el último periodo de análisis, que representa al 50% de las experiencias de parto reportadas, para comparar las intervenciones entre hospitales y clínicas. Se observa que las intervenciones que más se reportaron en hospitales que en clínicas son: el rasurado, el monitoreo fetal continuo, el uso de oxitocina, rotura artificial de membranas (RAM), y episiotomía; mientras que en clínicas fue mayor el uso de anestesia, la maniobra de Kristeller y la realización de cesáreas (detalle en anexos, Tabla 4).

**Gráfico 3**  
**Prevalencia de intervenciones obstétricas según tipo de institución, periodo 2014 - 2017**



### III.2.2 Recomendaciones para una experiencia positiva de parto

Como se señaló anteriormente, en el documento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en febrero de 2018 titulado *Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto*, se desarrollan una serie de recomendaciones para una experiencia positiva. En los Gráficos 4 y 5 damos cuenta de seis ejes que se consideran prioritarios, a saber: el acompañamiento por personas significativas para la mujer, libertad de movimiento, e ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto y parto; el acceso a métodos no farmacológicos de apoyo al dolor; la posición en que ocurre el parto; y el tiempo de contacto piel con piel con los recién nacidos (que en Chile se recomienda sea igual o superior a 30 minutos). Los datos se presentan dando cuenta del incumplimiento de cada recomendación.

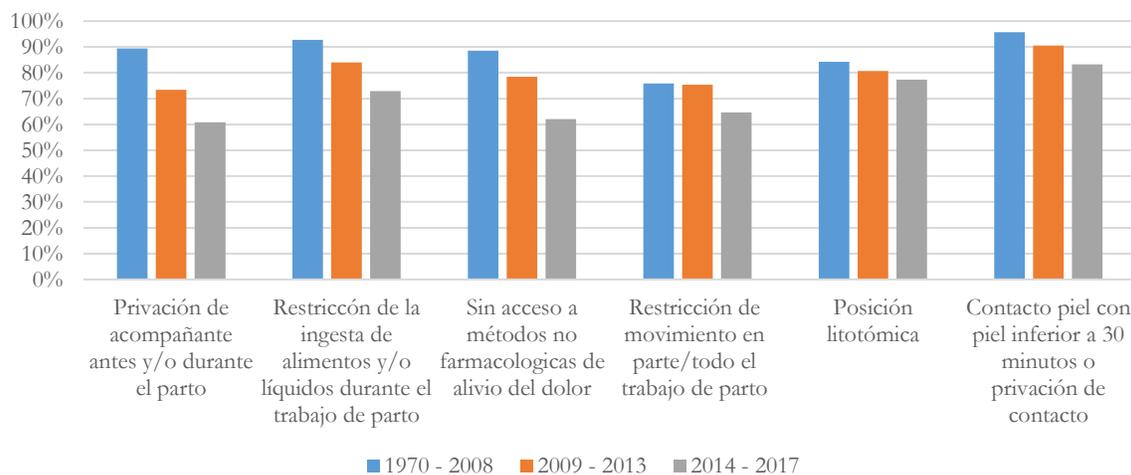
Se observa a lo largo de los tres periodos estudiados una mejora progresiva en el cumplimiento de todas estas recomendaciones, tanto en hospitales como clínicas. No obstante lo anterior, y en línea con los resultados expuestos con anterioridad sobre intervenciones obstétricas, siguen siendo muchas las mujeres que no tienen acceso a estas prácticas.

En hospitales públicos, como especifica el Gráfico 4 (detalle en anexo, Tabla 5), entre el primer periodo y el último periodo de evaluación, las experiencias de parto en las cuales se reportó privación del acompañante antes y/o durante el trabajo de parto disminuyeron de un 89,4% a un 60,8%. El reporte de restricción de alimentos disminuyó de un 92,7% a un 72,9%. Las experiencias reportadas en las cuales las mujeres no accedieron a métodos de alivio no farmacológico disminuyeron de un 88,6% a un 62,1%. La restricción de movimiento, en parte o durante todo el trabajo de parto, pasó de un 75,9% a un 64,9%; y la posición de litotomía de un

84,2% a un 77,3%. Finalmente, el reporte de contacto piel con piel menor de 30 minutos se redujo de un 95,7% a un 83,2%.

**Gráfico 4**

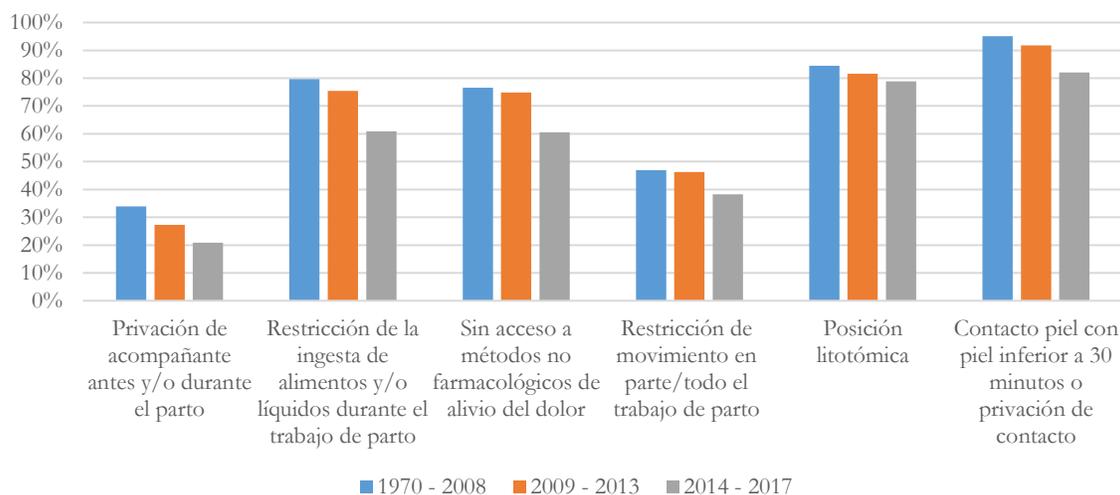
**Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en hospitales, según periodos**



En clínicas, como lo muestra el Gráfico 5, entre el primer periodo y el último periodo descrito, el reporte de privación del acompañante antes y/o durante el trabajo de parto disminuyó de un 33,9% a un 20,9%. La restricción de alimentos pasó de un 79,6% a un 60,9%; las experiencias de mujeres sin acceso a métodos de alivio no farmacológico disminuyeron de un 76,6% a un 60,6%, y la restricción de movimiento, en parte o durante todo el trabajo de parto, pasó de un 47% a un 38,3%. La posición de litotomía se redujo de un 84,5% a un 78,8%, y finalmente el contacto piel con piel menor de 30 minutos disminuyó de un 95,1% a un 82,1%.

Gráfico 5

Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en clínicas, según periodos



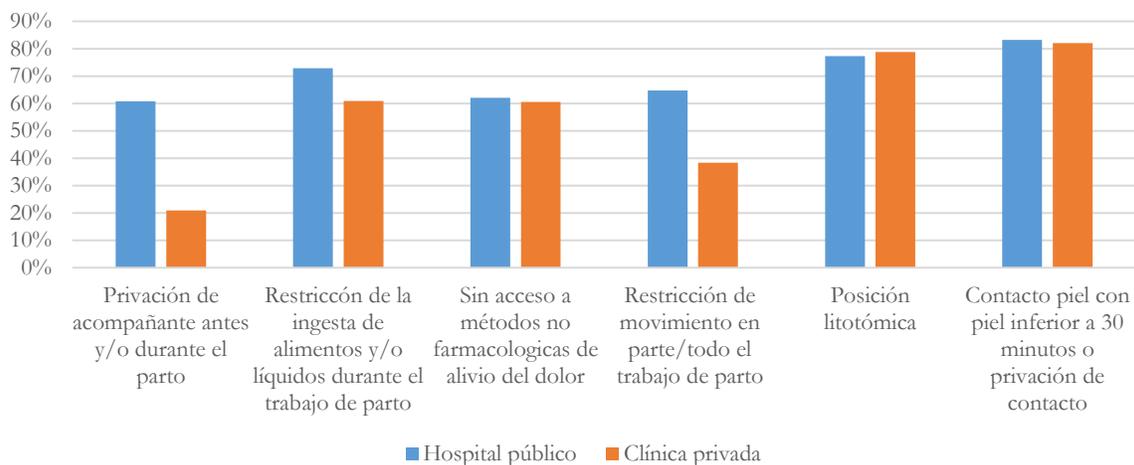
El Gráfico 6 presenta una comparación entre estas recomendaciones entre hospitales y clínicas en el periodo 2014-2017. El reporte de privación de acompañante en algún o todo momento del trabajo de parto se triplica en hospitales públicos con respecto a clínicas (60,8% y 20,9% respectivamente). Esto quiere decir que en hospitales, 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 clínicas. Este dato puede desglosarse entre experiencias de mujeres que no contaron con acompañante significativo en algún momento o durante todo el trabajo de parto/parto. En el caso de hospitales, en un 7% de las experiencias de parto las mujeres declararon no haber contado con acompañante significativo en ningún momento, en contraste con solo un 0,2 en clínicas (detalle en anexos, Tabla 6).

La restricción de líquidos/alimentos y de movimiento durante el trabajo de parto, si bien es alta tanto en hospitales como clínicas, es mayormente reportada en los primeros: mientras en hospitales la restricción de líquidos/alimentos fue de un 72,9%, en clínicas fue de un 60,9%. Por su parte, en hospitales se reportó restricción de movimiento en parte o durante todo el trabajo de parto en un 64,7% de los casos, mientras en clínicas fue de un 38,3%.

El no haber tenido accesos a métodos de alivio no farmacológico del dolor, el haber tenido el parto en posición de litotomía y haber tenido contacto piel con piel menor a 30 minutos, no presentan grandes diferencias entre hospitales y clínicas.

Gráfico 6

Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto según tipo de institución, periodo 2014 - 2017

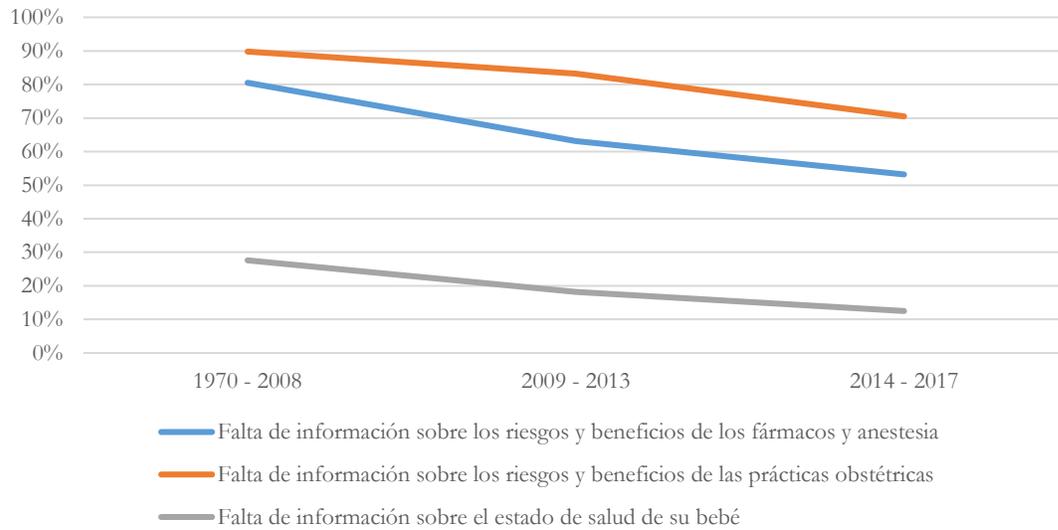


Otro aspecto de gran relevancia relacionado con las recomendaciones que en 2018 entregó la Organización Mundial de la Salud dice relación con la entrega de información de parte del personal de atención de salud hacia la población usuaria. En la encuesta se les preguntó a las mujeres si se les informó sobre: los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas; los riesgos y beneficios de los fármacos y anestesia; y el estado de salud del recién nacido. Las respuestas podían ser “siempre”, “a veces” y “nunca”. Las respuestas “siempre” y “a veces” se agruparon como haber tenido acceso a información, y solo las respuestas “nunca” se consideran como falta de información en los Gráficos 7, 8 y 9 presentados a continuación.

En hospitales públicos, como muestra el Gráfico 7, se observa una mejor percepción sobre la entrega de información (expresada como disminución en la falta de información), en la medida que avanzan los periodos estudiados. En el caso de la falta de información sobre los riesgos y beneficios de fármacos y anestesia, esta pasó de un 80,5% en el primer periodo a un 53,2% en el último; en cuanto a la falta de información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas, pasó de un 89,8% a un 70,5%; y la falta de información sobre el estado de salud del recién nacido pasó de un 27,6% en el primer a un 12,5% en el último periodo (anexo Tabla 7).

**Gráfico 7**

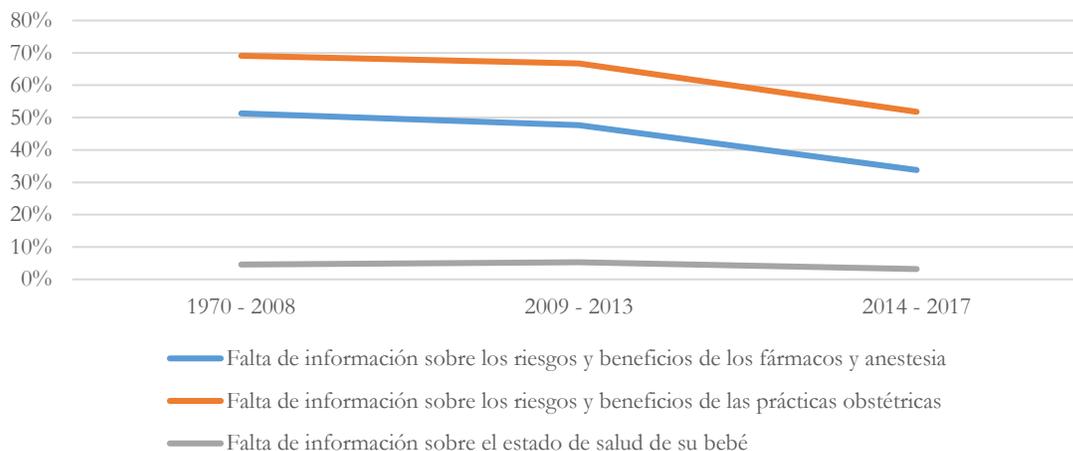
**Prevalencia de falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer en hospitales, según periodos**



En cuanto a clínicas, como muestra el Gráfico 8, también se observa una disminución en la percepción de falta de información, en la medida que avanzan los periodos. En cuanto a la falta de información sobre los riesgos y beneficios de fármacos y anestesia, esta pasó de 51,3% en el primer periodo a un 33,8% en el último; la falta de información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas pasó de un 69,1% a un 51,8%; y la falta de información sobre el estado de salud del recién nacido pasó de un 4,6% a un 3,2% en el último periodo (anexo Tabla 7).

**Gráfico 8**

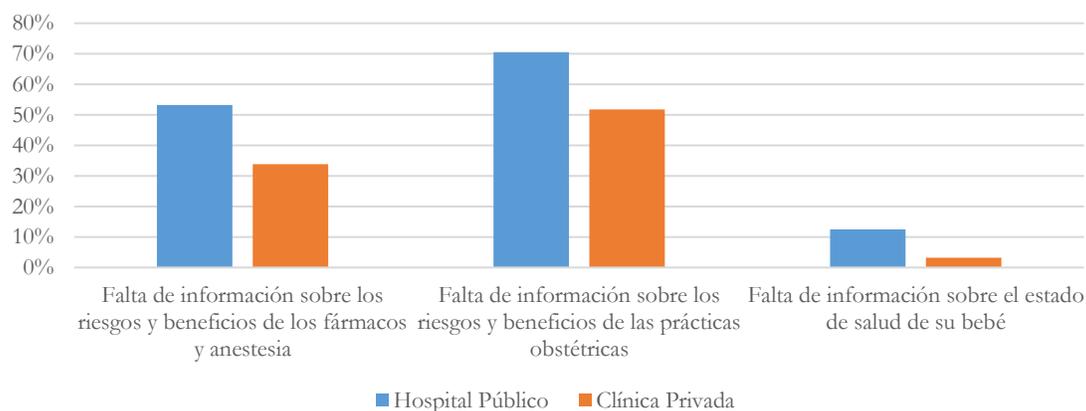
**Prevalencia de falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer en clínicas, según periodos**



Al comparar hospitales con clínicas en el periodo 2014-2017, como muestra el Gráfico 9, se aprecia una mejor percepción sobre la entrega de información en clínicas que en hospitales. Resulta interesante notar que las mujeres perciben que en cuanto a los riesgos/beneficios de las prácticas obstétricas es donde la información es más deficiente, seguido de riesgos/beneficios sobre administración de fármacos/anestesia. La información recibida en torno al estado de salud del recién nacido es mucho mejor evaluada: un 12,7% en hospitales y 3,2% en clínicas respondieron no haber recibido información en esta dimensión.

**Gráfico 9**

**Prevalencia de falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer según tipo de institución, periodo 2014 - 2017**



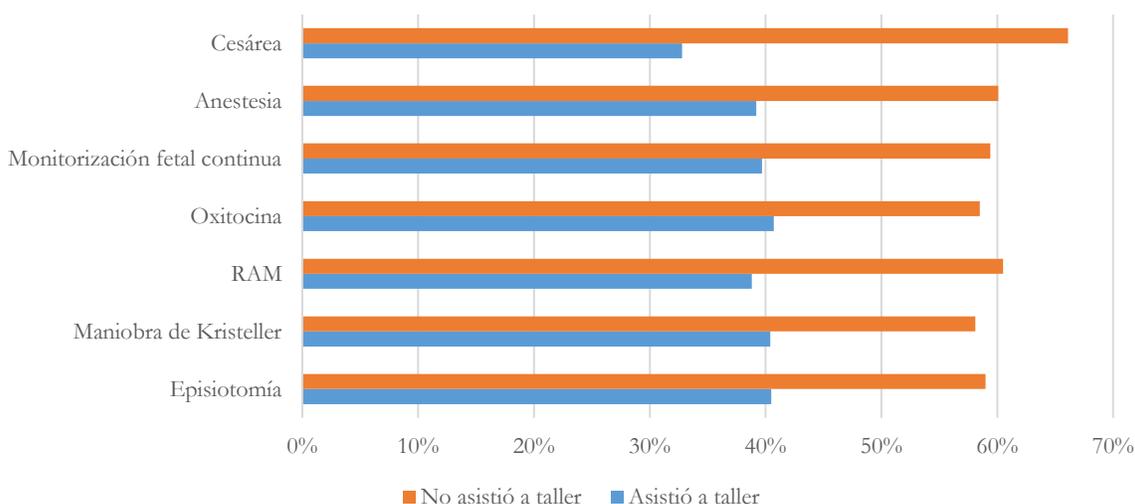
### III.2.3 Talleres prenatales

Los resultados de la encuesta muestran que la asistencia a talleres de educación prenatal, tanto si se trata de los talleres realizados en el marco del programa Chile Crece Contigo (salud pública) o de talleres contratados en forma privada, tiene impacto positivo en la disminución de intervenciones obstétricas. Es decir, las experiencias de parto de mujeres que reportaron haber asistido a talleres prenatales presentan menos intervenciones obstétricas que en quienes no asistieron, como se muestra en los Gráficos 10 y 11 (detalle en anexo, Tabla 8).

En el Gráfico 10 se aprecia como la asistencia a los talleres de Chile Crece Contigo se asocia a menores intervenciones que aquellos partos que fueron atendidos en hospitales, en relación a cuando no se asistió a dichos talleres, en todas las categorías detalladas: cesáreas, anestesia, monitorización fetal continua, oxitocina artificial, rotura artificial de membranas (RAM), maniobra de Kristeller y episiotomía.

**Gráfico 10**

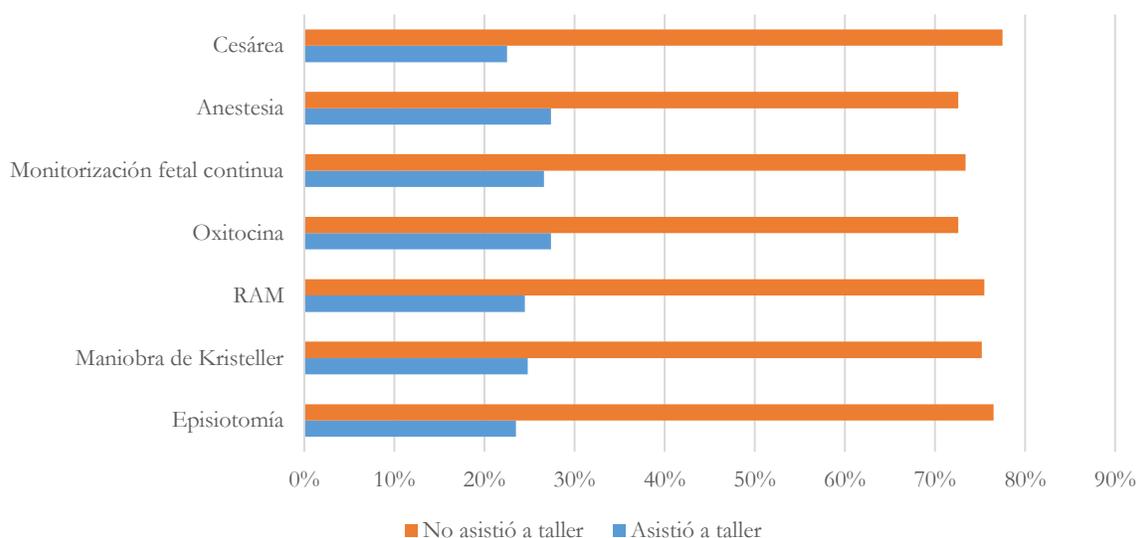
**Prevalencia de intervenciones según asistencia a talleres Chile Crece Contigo, periodo 2014 - 2017**



La misma tendencia se comprueba entre quienes asistieron a talleres particulares de educación prenatal en comparación con quienes no asistieron de la muestra total (en este caso se preguntó a todas las mujeres, tanto las que se atendieron en clínicas como en hospitales), información que se presenta en el Gráfico 11. Todas las intervenciones obstétricas evaluadas se redujeron considerablemente en las mujeres que asistieron a talleres de educación prenatal. La reducción en todas las intervenciones es mucho más marcada en el caso de la asistencia a talleres particulares que a talleres en el marco del Chile Crece Contigo.

**Gráfico 11**

**Prevalencia de intervenciones según asistencia a talleres particulares, periodo 2014 - 2017**



### III.3 Abusos en la atención del nacimiento

#### III.3.1 Estándares de cuidado y comunicación deficientes entre mujeres y personal de salud

Hay una serie de dimensiones del cuidado que son consideradas centrales en una experiencia positiva de parto; de hecho, la “atención respetuosa de la maternidad” es la primera de las recomendaciones que en 2018 entregó la OMS. Esta recomendación dice relación con proteger la dignidad, privacidad y confidencialidad de la atención, de forma de asegurar la integridad física y el trato adecuado, lo cual le permitirá a la mujer tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante todo el trabajo de parto y parto.

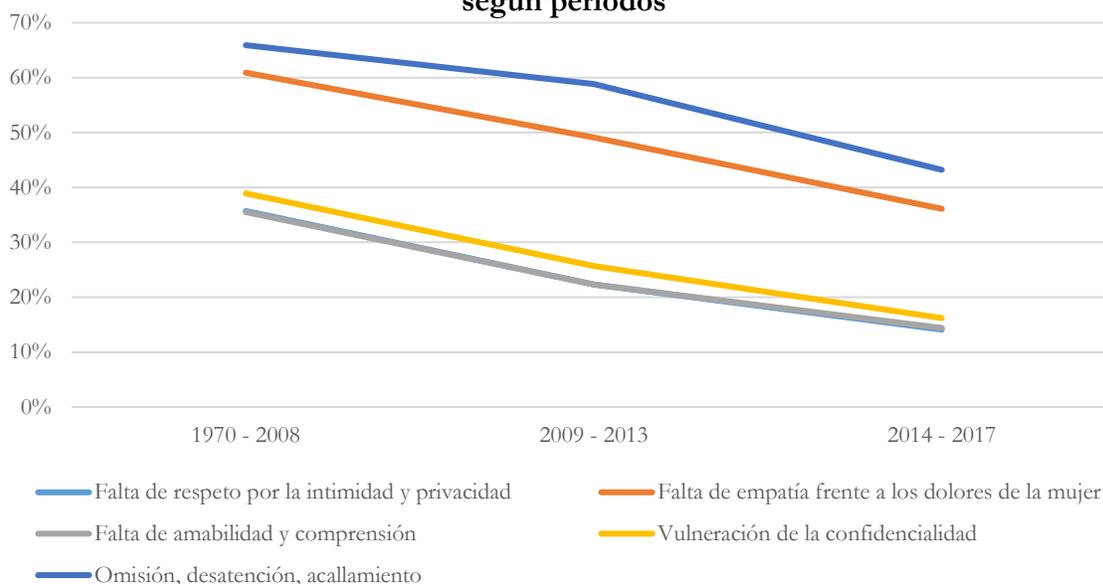
A las mujeres se les pidió reportar si durante la atención del nacimiento vivieron alguna(s) de las siguientes experiencias en su relación con el personal de salud que las atendió (respuestas sí/no): falta de respuesta ante dudas, omisión, desatención, acallamiento; falta de respeto por privacidad e intimidad; falta de amabilidad y comprensión; falta de sensibilidad o empatía frente a dolores de la mujer; vulneración de confidencialidad sobre estado de salud y condición médica de la mujer.

Al analizar las respuestas de las mujeres atendidas en hospitales, tal como muestra el Gráfico 12, se aprecia una disminución sostenida en la percepción de estas experiencias negativas a lo largo del tiempo, siendo las dos más frecuentes en todos los periodos la falta de respuesta ante dudas, omisión, desatención y acallamiento, que pasó de un 65,9% en el primer periodo a un 43,2% en el último periodo; junto a la falta de sensibilidad o empatía frente a los dolores de la mujer, que

pasó de un 60,9% en el periodo 1970-2008, a un 36,1% en el periodo 2014-2017. Por otro lado, la percepción de falta de respeto y confidencialidad respecto del estado de salud/condición médica disminuyó de un 38,9% a un 16,2% en el último periodo. Finalmente, tanto la falta de respeto por la intimidad y la privacidad, así como la falta de amabilidad y comprensión pasaron de un 36% en el periodo 1970-2008, a un 14% en el periodo 2014-2017 (detalle en anexo, Tabla 9).

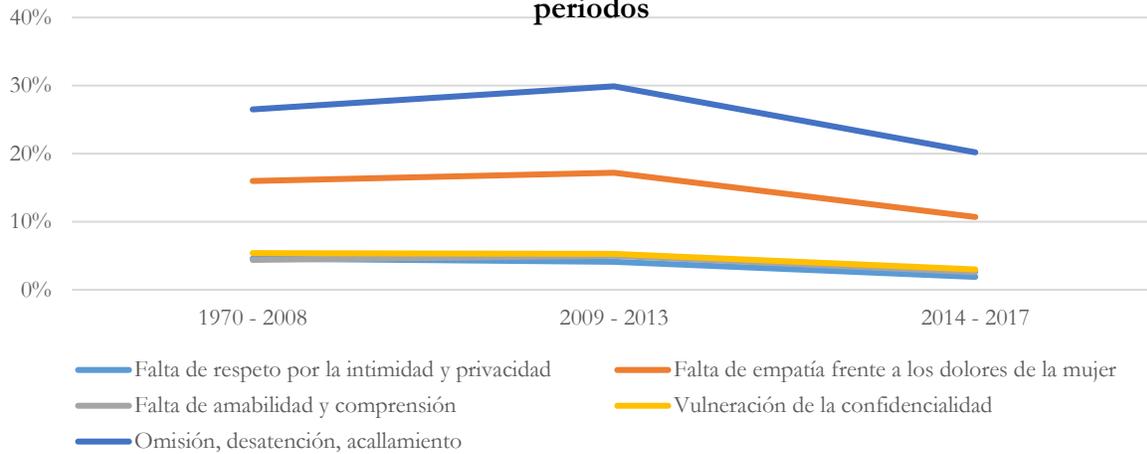
**Gráfico 12**

**Prevalencia de estándares de cuidado deficiente en hospitales, según periodos**



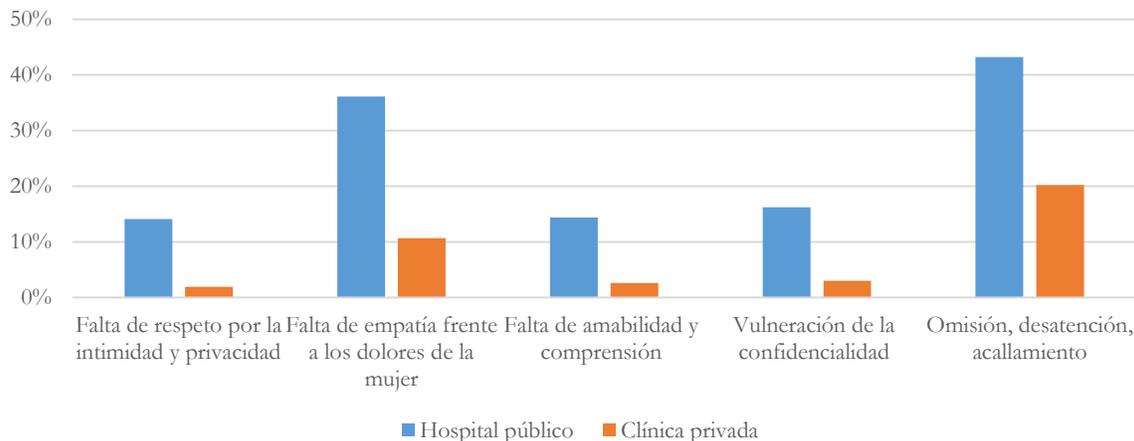
El panorama en las clínicas también muestra un descenso entre el primer y tercer periodo analizados, como muestra el Gráfico 13. Al igual que en hospitales, en clínicas es la falta de respuesta ante dudas, omisión, desatención y acallamiento, junto a la falta de empatía frente al dolor de la mujer los dos problemas más frecuentemente reportados. Entre el periodo 1970-2008 y 2014-2017 los casos de omisión, desatención y acallamiento pasaron de un 26,5% a un 20,2%; mientras la falta de empatía frente al dolor pasó de un 16% a un 10,7%. Por otro lado, la falta de respeto y confidencialidad respecto del estado de salud; la falta de respeto por la intimidad y la privacidad, así como la falta de amabilidad y comprensión; no superaron en ningún periodo el 6%, y se redujeron a menos de la mitad en el último periodo de estudio. Si bien hay una percepción de mejora en estos estándares de cuidado en términos generales a lo largo de los periodos analizados, resulta interesante observar que en el periodo 2009-2013 la percepción se mantiene similar o empeora levemente (en sentido de reportarse mayores abusos) con respecto al periodo anterior, para luego mejorar en el último periodo (detalle en anexo, Tabla 9).

**Gráfico 13**  
**Prevalencia de estándares de cuidado deficiente en clínicas, según periodos**



Si nos concentramos sólo en el último periodo (Gráfico 14), veremos que las diferencias entre hospitales y clínicas son muy marcadas. El reporte de falta de respuesta ante dudas, omisión, desatención y acallamiento se duplica en hospitales respecto de clínicas, reportándose en un 43,2% de los primeros y en un 20,2% de las segundas. La falta de empatía frente al dolor es de 36,1% y 10,7% respectivamente. Las diferencias son aún más significativas cuando de falta de respeto con la privacidad e intimidad se trata, siendo de un 14,1% en hospitales, y apenas un 1,9% en clínicas. Por su parte, la falta de amabilidad y comprensión se reportó en un 14,4% de los partos en hospitales, mientras en clínicas en un 2,6%. Finalmente, la falta de respeto y confidencialidad con su estado de salud o condición médica es cinco veces superior en hospitales, donde fue de un 16,2%, en comparación a un 3% en clínicas.

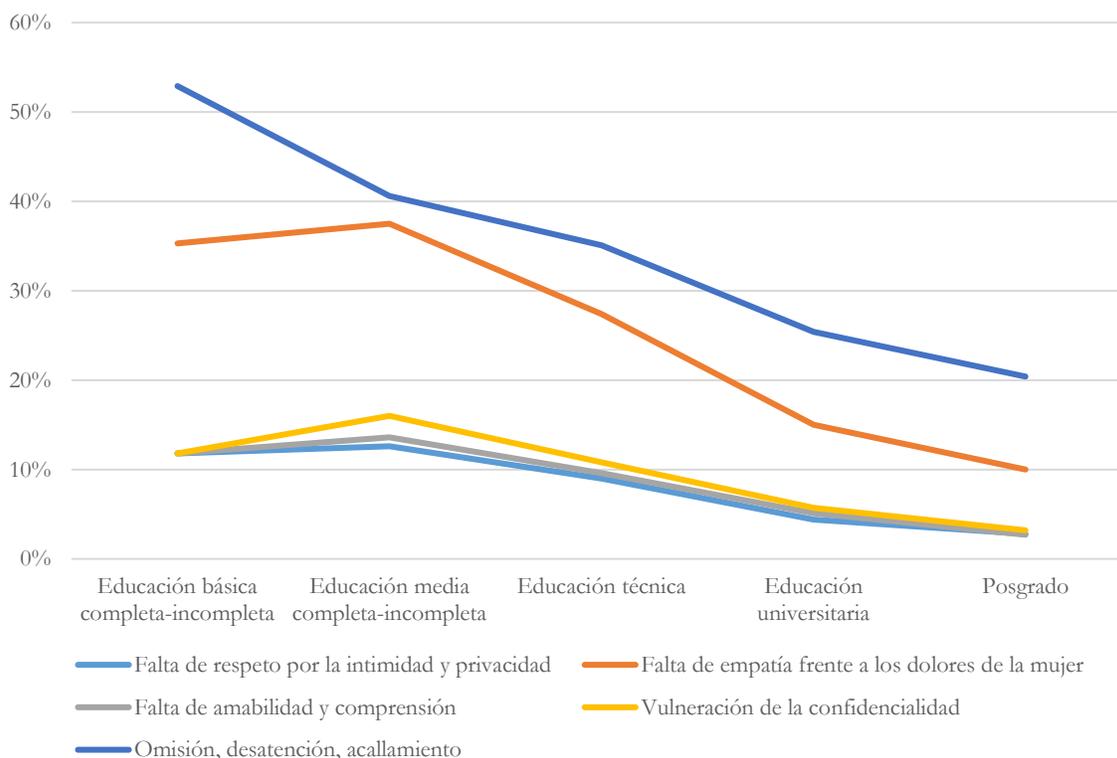
**Gráfico 14**  
**Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según tipo de institución, periodo 2014 - 2017**



Si consideramos el nivel educacional de las mujeres en el periodo 2014-2017 (Gráfico 15), vemos que todas las categorías de falta de respeto son más frecuentes mientras menores sean los niveles educacionales alcanzados. Pues así, en más de un 50% de las experiencias de parto de mujeres con educación básica incompleta-completa sintieron que hubo omisión, desatención y/o acallamiento de sus necesidades, mientras que en aquellas experiencias de parto de mujeres con mayor nivel educacional (posgrado) esta situación se reportó en un 20,4% de los casos. La falta de empatía por el dolor se presentó en un 35% de las experiencias de mujeres con educación básica incompleta-completa, mientras que alcanzó al 10% de las experiencias de mujeres con posgrado. Por otro lado, la falta de respeto y confidencialidad respecto del estado de salud, la falta de respeto por la intimidad y la privacidad, así como la falta de amabilidad y comprensión, se presentan en alrededor de un 12% de las experiencias de parto de mujeres con educación básica, mientras que en cerca del 3% de los casos de partos de mujeres con mayor nivel educacional (detalle anexo, Tabla 10).

**Gráfico 15**

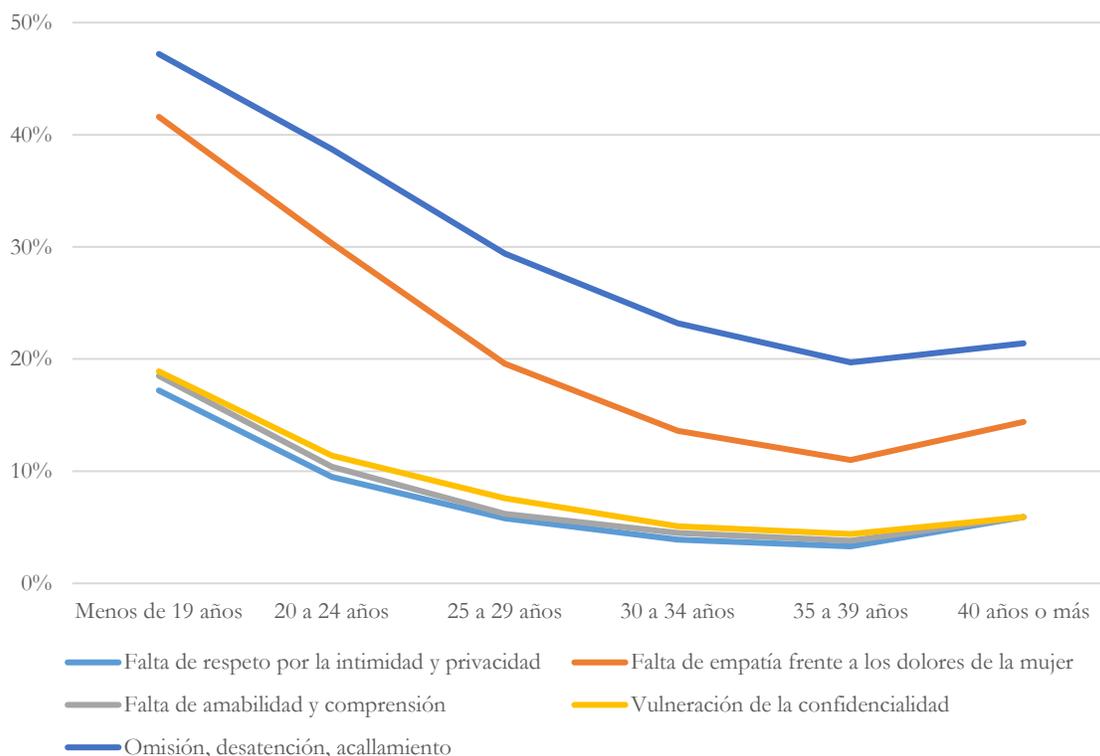
**Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según nivel educacional, periodo 2014 - 2017**



Si hacemos el ejercicio de desagregar por edad, en este caso para el periodo 2014-2017 (Gráfico 16), vemos que quienes vivieron con mayor frecuencia estos episodios de falta de respeto, son las mujeres menores de 19 años. Esta situación va disminuyendo progresivamente a medida que avanza la edad de la mujer, llegando a su punto más bajo en el grupo de mujeres entre 35 y 39 años, para volver a tener un leve aumento en el grupo de mujeres mayores de 40 años. La omisión, desatención y acallamiento, por ejemplo, que se viven un 47,2% de las menores de 19 años, es referida por un 19,7% de las mujeres entre 35 y 39 años, para subir a un 21,4% en el grupo de mayores de 40 años. La falta de empatía por el dolor se declara en un 41,6% de las menores de 19 años, cifra que baja a 11% en mujeres entre 35 y 39 años, pero nuevamente se eleva a 14,4% en mujeres mayores de 40 años. Finalmente, la falta de respeto y confidencialidad respecto del estado de salud, la falta de respeto por la intimidad y la privacidad, así como la falta de amabilidad y comprensión, se declaran en un 17 a 19% de las mujeres menores de 19 años; a diferencia de un 4% a 5% de mujeres entre los 35 y 39 años (detalle anexo, Tabla 11).

**Gráfico 16**

**Prevalencia de estándares de cuidado deficientes según edad, período 2014 - 2017**

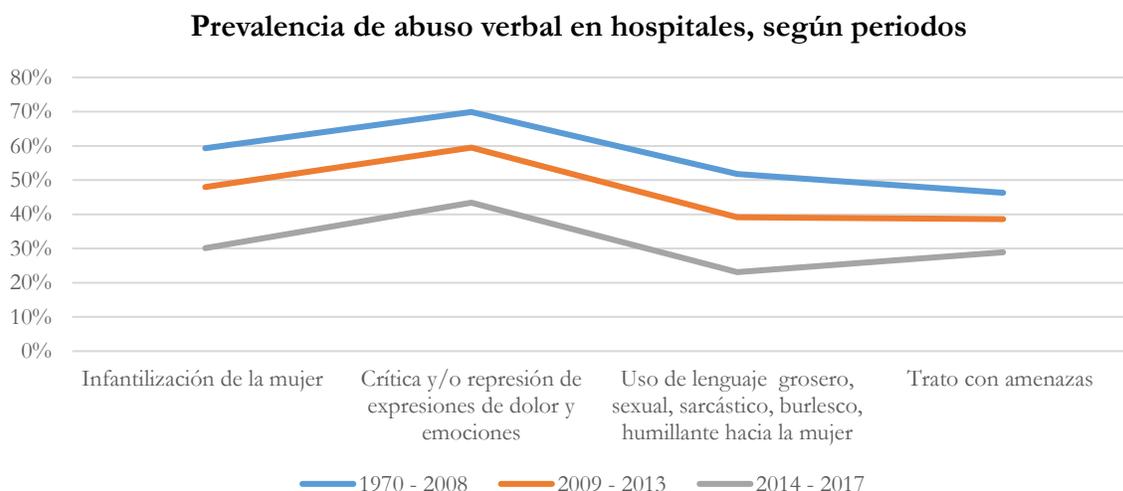


### II.3.2 Abuso verbal

A las mujeres se les pidió reportar si durante la atención del nacimiento vivieron alguna(s) de las siguientes experiencias (respuestas sí/no) de parte del personal de salud que las atendió (expresiones verbales): crítica y/o represión de emociones y expresiones de dolor; infantilización; expresiones groseras, sarcásticas, burlescas, humillantes o comentarios de índole sexual; expresión de amenazas (por ejemplo, ante expresiones de dolor o la percepción de que la mujer no colabora).

En hospitales (Gráfico 17), se observa una disminución en la percepción de abusos verbales a través del tiempo. De las expresiones del abuso verbal, la crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones es la que se reporta con mayor frecuencia en todos los periodos, pasando de un 69,9% en 1970-2008 a un 43,4% en 2014-2017. Lo siguen expresiones que infantilizan a la mujer, que se reportan en un 59,3% y 30,1% en los mismos periodos anteriores. Para seguir con uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante, que desciende de un 51,8% en el primer a un 23,1% en el último periodo. El trato con amenazas, por último, se reporta en un 46,3% de los casos y 28,9% de los casos en el primer y último periodo respectivamente. En un tercio y más de las experiencias de parto en hospitales en el periodo 2014-2017 las mujeres reportan algún tipo de abuso verbal.

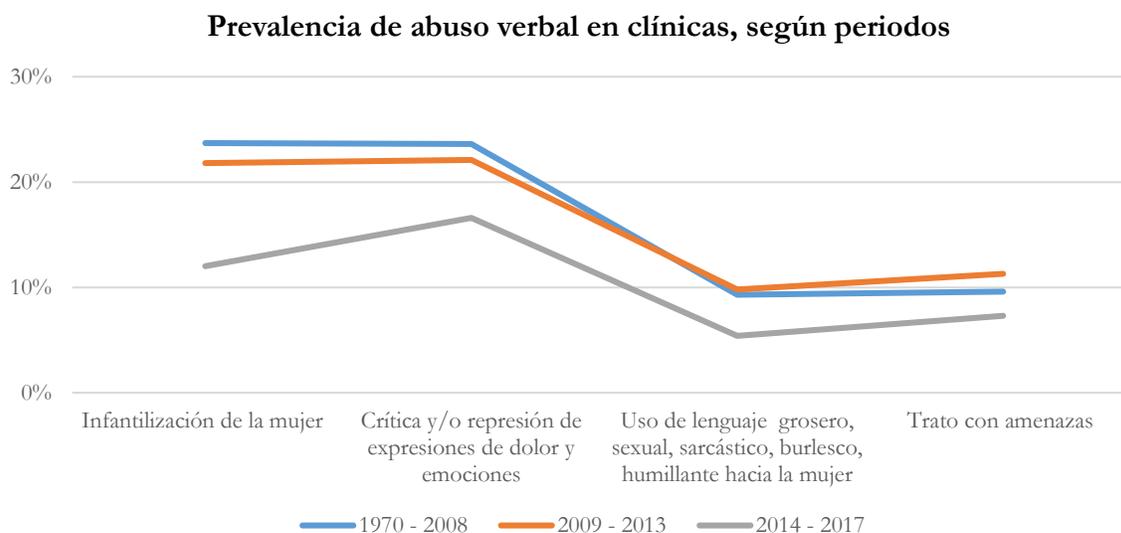
Gráfico 17



En clínicas también se observa un descenso en la percepción de abusos verbales en sus distintas expresiones entre el primer y último periodo (Gráfico 18). Apreciamos que en el primer periodo 1970-2008 la crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones, junto a las expresiones de infantilización de las mujeres son las más reportadas, en un 23,6% y 23,7% respectivamente. En el segundo periodo de 2009-2013 se reducen de forma muy similar, llegando a un 22,1% y 21,8% respectivamente. Sin embargo, en el último periodo 2013-2014 las expresiones que infantilizan a la mujer experimentan una disminución mucho más marcada que la crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones: la primera se reduce a un 12% mientras que la segunda a un 16,6%.

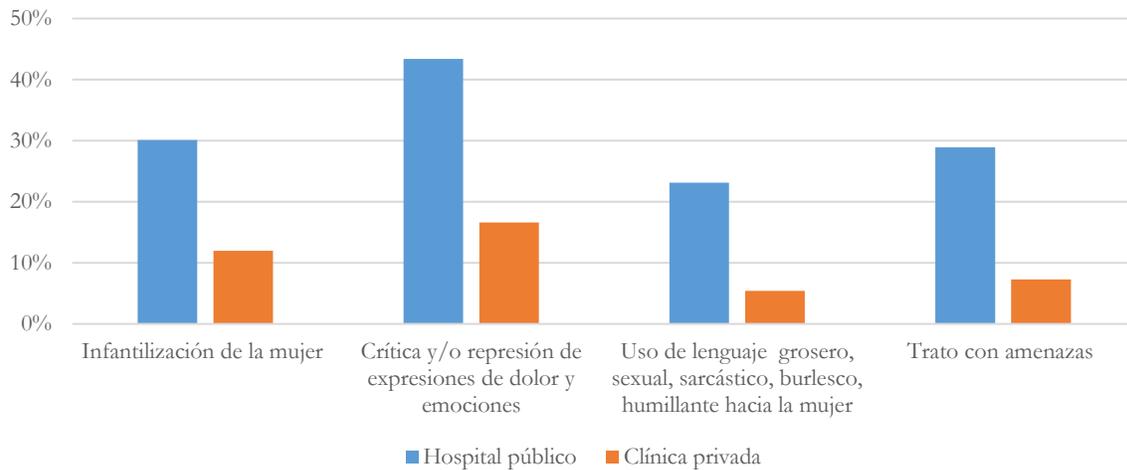
Luego, tanto el uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante, como el trato con amenazas, experimentan una leve alza entre 1970-2008 y 2009-2013: el primero pasa de un 9,3% a un 9,8%, y el segundo de un 9,6% a un 11,3%; para luego descender en el periodo 2014-2017 a un 5,4% y 7,3% respectivamente.

**Gráfico 18**



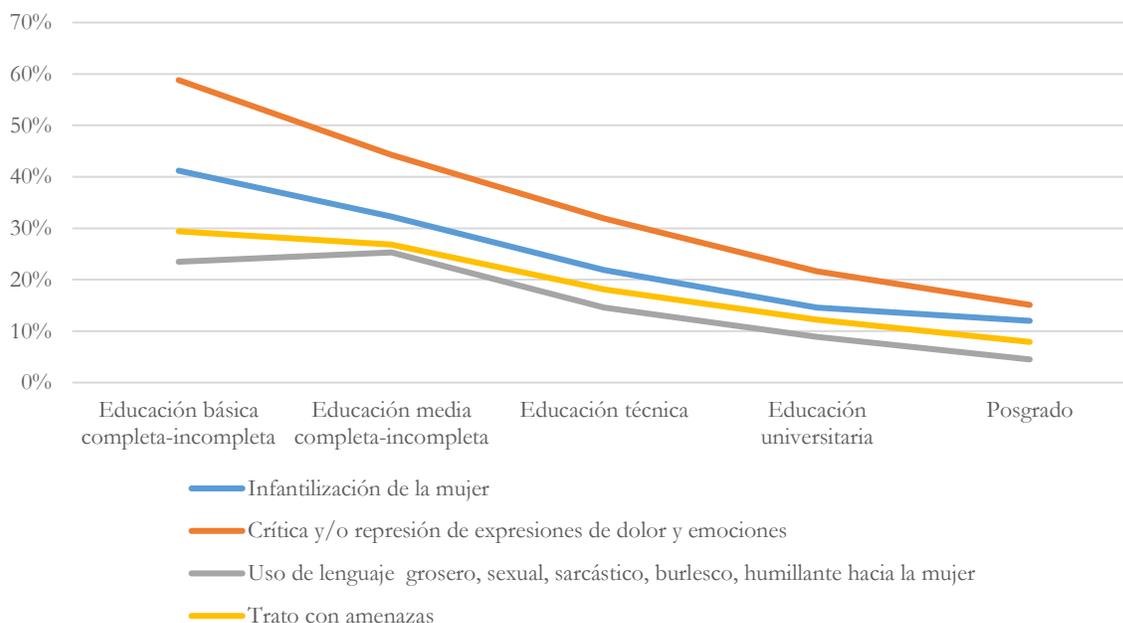
Al comparar las expresiones de abuso verbal entre hospitales y clínicas en el periodo 2014-2017 (Gráfico 19), observamos que son más comunes en los primeros. La crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones más que se duplica en hospitales con respecto a clínicas, con un 43,4% y 16,6% respectivamente. Por su parte, el uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante y el trato con amenazas son 4 veces más frecuentes en hospitales que clínicas: el primero se reporta en un 23,1% de casos en hospitales y 5,4% en clínicas; y el segundo en un 28,9% y 7,3% respectivamente. Por último, las expresiones de infantilización de la mujer son reportadas en un 30,1% en hospitales y 12% en clínicas (detalle en anexo, Tabla 12).

**Gráfico 19**  
**Prevalencia de abuso verbal según tipo de institución,**  
**periodo 2014 - 2017**



Al analizar las expresiones de abuso verbal según nivel educacional en el periodo 2014-2017 (Gráfico 20), se confirma la misma tendencia observada anteriormente para los estándares de cuidado deficientes (Gráfico 15): la presencia de abuso verbal es mayor mientras menor es el nivel educacional de las mujeres. Las mujeres con educación básica incompleta-completa declaran haber vivido en un 58,5% la crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones (la expresión de abuso verbal más reportada) y en un 23,5% el uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante (el menos reportado). Estas mismas expresiones se declararon solo en un 15,1% y 4,5% de mujeres con posgrado, es decir, en aproximadamente un cuarto de los casos de mujeres con los menores niveles educacionales de la muestra (detalle en anexo, Tabla 13).

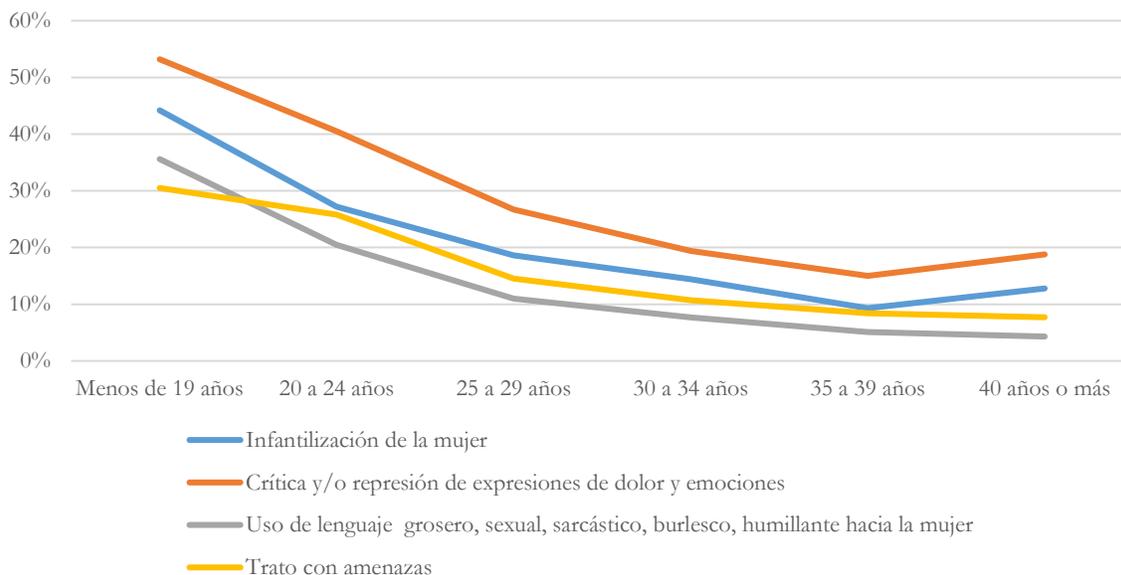
**Gráfico 20**  
**Prevalencia de abuso verbal según nivel educacional,**  
**periodo 2014 - 2017**



Al analizar las expresiones de abuso verbal según edad en el periodo 2014-2017 (Gráfico 21), sucede algo similar a lo analizado anteriormente sobre estándares de cuidado deficientes (Gráfico 16). Quienes vivieron con mayor frecuencia episodios de violencia verbal son las mujeres más jóvenes, menores de 19 años de edad, expresiones que van disminuyendo sostenidamente hasta el grupo de edad de 35 a 39 años, para luego experimentar un alza en algunas expresiones de abuso verbal en mujeres mayores de 40 años de edad. Por ejemplo, la crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones (la expresión de abuso verbal más reportada) se reporta en un 53,2% de mujeres menores de 19, para descender gradualmente hasta un 15% en mujeres de 35 a 39 años, y luego subir a 18,8% en mujeres mayores de 40 años. Algo similar sucede con las expresiones que infantilizan a la mujer, que se reportan en un 44,2% en menores de 19 años, descienden hasta un 9,3% en el grupo de edad de 35 a 39, y luego asciende a 12,8% en mujeres mayores de 40. Por su parte, tanto el uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante, como el trato con amenazas experimentan descenso paulatino a medida que aumenta la edad: el primero desciende de un 35,6% en mujeres menores de 19 años a un 4,3% en mujeres mayores de 40, y el segundo pasa de un 30,5% a un 7,7% en los mismos tramos de edad (detalle en anexo, Tabla 14).

**Gráfico 21**

**Prevalencia de abuso verbal según edad, periodo 2014 - 2017**

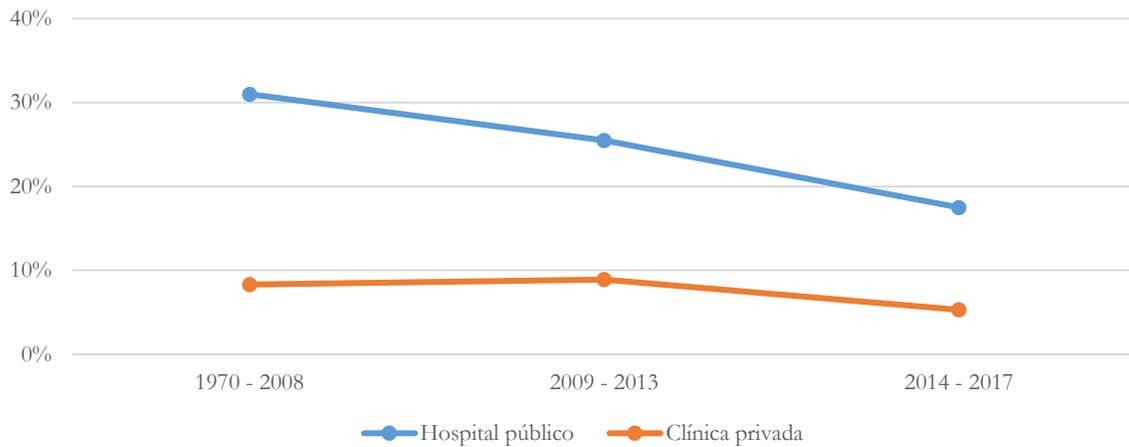


### III.3.3 Abuso físico

A las mujeres se les pidió reportar si durante la atención del nacimiento vivieron alguna situación de contacto físico irrespetuoso (respuestas sí/no) de parte del personal de salud que las atendió: manotazos, zamarreo, empujones, toques molestos.

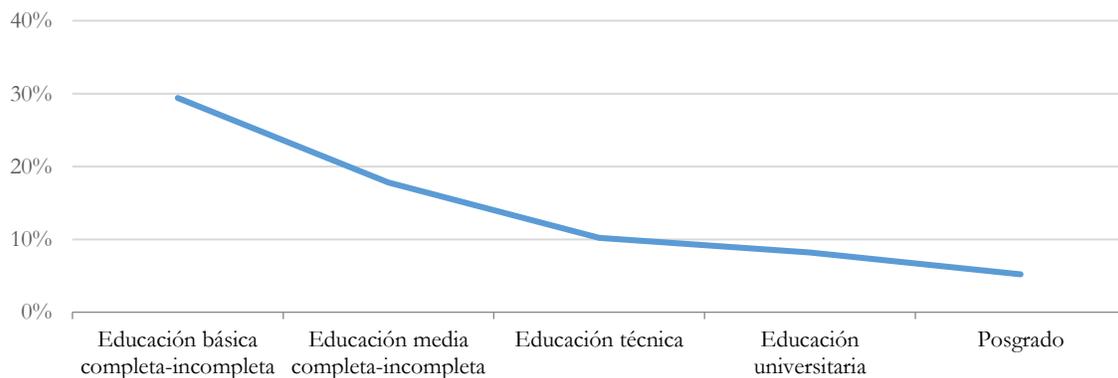
En hospitales y en clínicas, como da cuenta en el Gráfico 22, se observa una disminución de la percepción de abuso físico a través del tiempo. Si bien en hospitales esto ha sido progresivo, situación que no ocurrió en clínicas, el reporte de abuso físico en el periodo 2014-2017 es menor al periodo 1970-2008. Pasando en hospitales de un 31% en el periodo 1970-2008, a un 17,5% en el periodo 2014-2017, mientras que en el privado pasó de un 8,3% en el periodo 1970-2008 a un 5,3% en el periodo 2014-2017. El reporte de abuso físico en el sistema público en el último periodo es tres veces superior a la del sistema privado (detalle en anexo, Tabla 15).

**Gráfico 22**  
**Prevalencia de abuso físico según periodos y tipo de institución**



Al analizar las expresiones de abuso físico según nivel educacional en el periodo 2014-2017 (Gráfico 23), se repite la tendencia revisada en la presencia de abuso verbal, es decir, a menor nivel educativo hay mayor reporte de abusos físicos. Así, quienes reportaron haber vivido abuso físico en el grupo de mujeres con educación básica fueron un 29,4%, con educación media un 17,8%, con educación técnica un 10,2%, con educación universitaria un 8,2%, para llegar finalmente a un 5,2% en el grupo de mujeres con posgrado (detalle en anexo, Tabla 16).

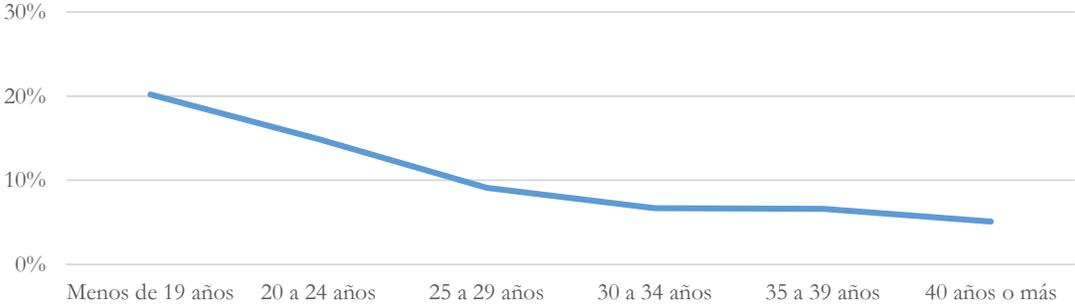
**Gráfico 23**  
**Prevalencia de abuso físico según nivel educacional,  
 periodo 2014 - 2017**



Al analizar las expresiones de abuso físico según edad en el periodo 2014-2017 (Gráfico 24), se repite la tendencia de lo revisado anteriormente en los estándares de cuidado y en la presencia de abuso verbal, con una excepción, ya que en el abuso físico hay un descenso progresivo a medida que avanza la edad, sin excepciones en ningún grupo etario. Quienes vivieron con mayor frecuencia episodios de abuso físico son las mujeres más jóvenes, menores de 19 años, y las que menos los vivieron fueron las de 40 años o más. Así, mientras un 20,2% de las mujeres menores de 19 años refiere haber vivido abuso físico, esto baja a 5,1% en el grupo de mujeres de 40 años o más (detalle en anexo, Tabla 17).

**Gráfico 24**

**Prevalencia de abuso físico según edad, periodo 2014 - 2017**



## IV Discusión

Lo primero que nos parece importante destacar es la gran cantidad de mujeres que respondieron a la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. Encuestas similares a esta han sido aplicadas por Observatorios de Violencia Obstétrica de otros países, como Argentina, Francia e Italia, pero en ningún país la respuesta ha sido tan alta, a pesar de tratarse de países con poblaciones muy superiores a la nuestra. Ello muestra la relevancia que este tema tiene para las mujeres del país, así como la necesidad de compartir las experiencias de parto.

Si bien los resultados muestran una progresiva reducción de la mayoría de las intervenciones obstétricas analizadas, aún llama la atención el reporte de intervenciones completamente desaconsejadas como el rasurado, el enema, y la maniobra de Kristeller. Resulta igualmente preocupante que existan intervenciones, cuya disminución no sólo no ha sido progresiva, sino que se reportan como aumentando en el tiempo, como el caso en hospitales del monitoreo fetal continuo, el uso de oxitocina y de anestesia. Esto último podría ayudar a explicar lo difícil que ha resultado reducir las cesáreas tanto en el sistema público como privado de salud, ya que conocida es la asociación, por ejemplo, que existe entre el monitoreo continuo y el aumento de cesáreas<sup>15</sup>. La rotura artificial de membranas y episiotomía han disminuido en hospitales y clínicas, sin embargo se reportan en un 40% a 44% de las experiencias de clínicas y hospitales en el periodo 2014-2017, a pesar de que se trata de intervenciones que se recomienda usar de forma justificada y con discreción. Con respecto a la cesárea, en hospitales aumenta de un 26,5% a un 39,7% entre el periodo 1970-2008 y 2009-2013, y se mantiene en un 39,8% en el último periodo (2014-2017). En clínicas privadas aumenta de un 53,5% a un 56,7% entre el primer y segundo periodo, y disminuye a un 50,8% en el último periodo.

En consecuencia, el reporte de experiencias de parto en años recientes, si nos detenemos en el periodo 2014-2017, da cuenta de que en la atención del trabajo de parto y parto en Chile sigue primando un abordaje excesivamente medicalizado, y que el modelo de parto personalizado propuesto por el Estado<sup>16</sup>, no es la norma, situación que al menos en el sistema público ya había sido evidenciada en publicaciones previas<sup>17</sup>.

En 2016, Binfa y colegas publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado durante el año 2010 en 9 maternidades de Chile (2 de la Región Metropolitana y 7 de otras regiones), cuyo objetivo fue el de evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Estado de Chile. La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de

---

<sup>15</sup> Farias M, Oyarzún E. Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave* 2012;12(3):e5335 Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5335>

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo. MINSAL; 2018. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

<sup>17</sup> Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery* 2016;35:53-61. Disponible en: <https://midwiferyjournal.com/retrieve/pii/S0266613816000383>

1882 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 de nuestra encuesta, tomando las experiencias de hospitales en el periodo 2009-2013 de la encuesta OVO (debido a que los datos del estudio de Binfa et al. fueron levantados entre los años 2010-2014 en hospitales), se aprecian grandes similitudes. Algunos datos de Binfa et al. comparados con los resultados de la encuesta OVO: las mujeres que no contaron con alimentación durante el trabajo de parto fueron un 81,5% y 84% respectivamente; la episiotomía fue de 56,4% y de 58,3%; rotura artificial de membranas de 59,1% y 48,4%; alivio farmacológico del dolor 66,2% y 71,7%; y partos en posición de litotomía de 79,7% en Binfa et al. y de 80,7% en la encuesta OVO.

El acompañamiento continuo de personas significativas para la mujer, la libertad de movimiento, la hidratación, alimentación, acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto, y el contacto piel con piel entre mujer y recién nacido mayor a 30 minutos, si bien presentan mejoras a lo largo del tiempo, aun no se instalan como el estándar generalizado de cuidado. La posición litotómica fue reportada en aproximadamente un 80% de los partos, y el contacto piel con piel inferior a 30 minutos en una proporción similar, tanto en hospitales como clínicas en el periodo 2014-2017, lo que muestra que las recomendaciones de que el parto suceda en posición libre y que el contacto piel con piel sea igual o mayor a 30 minutos no se han logrado instalar. El acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/alimentos durante el trabajo de parto/parto, son practicados en mayor forma en clínicas que en hospitales. La mayor brecha entre hospitales y clínicas se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias.

En Chile, un análisis secundario de la información recolectada en el estudio de Binfa et al. (2016) citado más arriba, se propuso identificar qué procedimientos o intervenciones obstétricas son predictores significativos de la satisfacción materna. Los resultados muestran que los factores significativamente asociados con una menor satisfacción fueron: tener un parto por cesárea, manejo farmacológico del dolor, monitoreo fetal continuo y episiotomía, mientras que el aumento de la satisfacción se asoció con el acompañamiento de un compañero de elección durante el parto.<sup>18</sup>

A pesar de los avances, se debe trabajar en seguir favoreciendo la libertad de posición durante el parto, la hidratación y alimentación, el acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, contacto piel con piel mayor a 30 minutos. Asimismo, se debe avanzar en la entrega de

---

<sup>18</sup> Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health* 2017;62(2):196-203. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12499>

información de parte de los equipos a las mujeres y sus acompañantes durante el trabajo de parto y parto. Si bien se observan mejoras en la entrega de información en los tres periodos observados, aún hay muchas mujeres que declaran no haber recibido información, sobre todo en hospitales. Por último, y en referencia al mismo tema, no deja de ser llamativo que la dimensión donde la percepción de falta de información es mayor sea justamente en la que dice relación con los riesgos/beneficios de las prácticas obstétricas, que como hemos visto, se practican en forma mucho más elevada que lo que las recomendaciones indican.

Otro aspecto de preocupación, puesto que también habla de las inequidades presentes en la entrega de cuidados maternos, son las grandes diferencias que existen hoy en los estándares de cuidado según el nivel educativo de la mujer, siendo inferiores en las mujeres con menor nivel educativo, en el total de la muestra. En la misma línea, son preocupantes las grandes diferencias que existen en la entrega de estándares de cuidados que reciben las mujeres adolescentes y las más jóvenes con respecto a las mayores, donde las primeras están siendo más vulneradas.

El abuso verbal y físico no pueden ser tolerados ni justificados bajo ninguna condición, sin embargo y a pesar de la disminución progresiva en el tiempo en clínicas y hospitales, aún hay mujeres en ambos escenarios que refieren haber vivido estos abusos. Por ejemplo, en el periodo 2014-2017, en un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y emociones, lo cual sucedió en el 16,6% de las experiencias en clínicas. Las expresiones de abuso verbal y físico se reportan con mayor frecuencia a menor edad y menor nivel educativo de la mujer al momento del parto.

Los resultados de esta encuesta, al igual como lo han mostrado estudios nacionales<sup>19</sup>, dan cuenta del considerable impacto que tiene la asistencia a talleres prenatales en la prevalencia de las intervenciones obstétricas, sean estos los ofrecidos por el Sistema Chile Crece Contigo, o los contratados en forma privada. Pese a eso, la cobertura de los talleres prenatales apenas supera el 50%<sup>20</sup> en el sistema público, y si bien es desconocida en el sistema privado, implica el desembolso de dinero de bolsillo. Por tanto deben reforzarse los esfuerzos de que más mujeres puedan acceder a estas instancias en ambos sistemas, y deben revisarse las metodologías y los contenidos de los talleres prenatales del sistema público, puesto que su impacto es menor al impacto que tienen los talleres prenatales que se ofrecen en forma particular.

En suma, los resultados muestran que si bien hay mejoras en cuanto a reducción de algunas intervenciones obstétricas entre los periodos descritos, se siguen reportando intervenciones que no están recomendadas de forma rutinaria en proporciones preocupantes y que no se condicen

---

<sup>19</sup> Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev. chil. obstet. ginecol* 2006; 71(2): 98-103. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200005>

<sup>20</sup> Página web Chile Crece Contigo. Resultados consulta: “A02 Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria (2018)”. Disponible en: <http://chcc.minsal.cl/indicadores/resultados/1179>

con las recomendaciones sanitarias ni con la evidencia científica actual. En un sentido similar, si bien la percepción de calidad del trato ha mejorado a través de los años, en una proporción importante de experiencias de parto (en especial en hospitales) aun se reportan faltas de respeto y de dignidad en la atención.

Los resultados de este estudio deberían motivar a los(as) investigadores(as) locales a complejizar la discusión en torno a los factores que explican las diferencias entre hospitales y clínicas en cuanto a la discriminación, abuso físico y verbal, relación entre los(as) proveedores y las mujeres y familias usuarias, y el cumplimiento de los estándares básicos de cuidado. ¿Será la reconocida diferencia que existe sólo en cuanto a los recursos humanos y materiales, o da cuenta de procesos más complejos? Cualquiera sea la respuesta a la pregunta anterior, hospitales y clínicas, y antes que eso la autoridad sanitaria, universidades y legisladores, deben abordar las dimensiones estructurales que explican la presencia de maltrato y falta de respeto<sup>21</sup>.

Desde una perspectiva global, la calidad de atención en salud materna es un tema prioritario. Naciones Unidas, con fin de lograr el Objetivo de Desarrollo Sustentable número tres que aborda la “Salud y bienestar”, presentó en 2015 la estrategia “Todas las mujeres, todos los niños”<sup>22</sup>, que plantea que los países deben realizar esfuerzos para que las mujeres, niños y adolescentes realicen sus derechos a la salud física, y al bienestar físico y emocional. Esto significa ofrecer servicios de salud de calidad, más allá de la reducción de la mortalidad y morbilidad, con énfasis en los cuidados maternos respetuosos para una experiencia positiva del parto. El programa de Naciones Unidas señala que no basta con *sobrevivir*, importa también *transformar* y *prosperar*. Y esto le significa al Estado necesariamente invertir más en salud. De acuerdo a datos del Banco Mundial, en 2016 Chile tuvo en PIB en salud por debajo del 8%, siendo apenas el 10º con mayor porcentaje de PIB destinado a la salud en Latinoamérica y el Caribe. Todo esto en el país con el PIB per cápita más alto de la región.<sup>23</sup>

Si nos interesa la salud de las mujeres, de los niños y niñas, y por ende de la sociedad en su conjunto, la inversión en salud materna-perinatal debe aumentar, y en la práctica esto debe traducirse en: invertir en la realización de educación prenatal con metodologías y contenidos actualizados, cubrir brechas de Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) en hospitales antiguos, aumentar el recurso de matronas en las maternidades a fin de alcanzar una por cada mujer en trabajo de parto, considerando el impacto positivo que esto tiene<sup>24</sup>, capacitar al personal que

---

<sup>21</sup> Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Leiva G, Skoko E, Gillen P and Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters* 2016;24(47):47-55. Disponible en: [www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002)

<sup>22</sup> Todas las mujeres, Todos los niños. Estrategia mundial para el desarrollo de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Naciones Unidas; 2015. Disponible en: [www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_GSUupdate\\_Full\\_ES\\_2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUupdate_Full_ES_2017_web.pdf)

<sup>23</sup> Data OCDE. Chile country statistical profile. [Internet] 2018 [acceso 10 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://data.oecd.org/chile.htm>

<sup>24</sup> McLachlan H, Forster D, Davey M, Lumley J, Farrel T, Oats J et al. COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008;8(35). doi: 10.1186/1471-2393-8-35.

actualmente trabaja otorgando cuidados durante la maternidad. Se debe además revisar y evaluar lo que hoy se está haciendo con los recursos que el Estado transfiere vía el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como por ejemplo el bono Parto de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), a prestadores privados y públicos. Hoy el grupo de mujeres que atiende sus partos a través del PAD presenta la más alta tasa de cesáreas, incluso por sobre que las mujeres aseguradas en ISAPRES.<sup>25</sup>

Los hospitales y clínicas deben comenzar, sin dejar pasar más tiempo, a recoger e implementar las recomendaciones para una experiencia positiva del parto entregadas por la OMS este 2018, que son muy similares a las entregadas en Fortaleza, Brasil, hace más de 30 años. De hecho fue en 2015 que la propia Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), International Confederation of Midwives (ICM) y la International Pediatric Association (IPA), establecieron criterios para que las instituciones acrediten como “Amigas de la madre y el recién nacido”<sup>26</sup> y esto implica entre otras cosas: que no se realicen intervenciones obstétricas de rutina, que no exista abuso físico, verbal o emocional, que se permita el libre movimiento, la hidratación y alimentación, que se provean métodos de alivio del dolor farmacológico y no farmacológico, y se promueva el contacto piel con piel y la lactancia precoz, entre otros. Para este logro, se deben actualizar protocolos, definir perfiles de reclutamiento de los nuevos profesionales, y medir y evaluar tanto la prevalencia de intervenciones como la percepción de calidad en el trato que reciben las mujeres y familias usuarias. Nos parece que en virtud de que cerca del 30% de los nacimientos actualmente ocurren en instituciones privadas, éstas, al igual que las públicas, debiesen tener la obligación de reportar al MINSAL, vía Registros Estadísticos Mensuales (REM), los mismos indicadores que los hospitales públicos están obligados a informar en forma mensual.

Por otro lado, las universidades que forman a los profesionales de la salud que otorgan los cuidados maternos deben incluir en la mallas curriculares contenidos relacionados con parto personalizado, derechos del nacimiento, modelos de atención del nacimiento para entender los modelos en transición, otorgar más herramientas para el acompañamiento con prestaciones no médicas, en virtud de reducir la excesiva medicalización.

Finalmente, creemos que se debe avanzar en poner a disposición de las mujeres y familias herramientas para que puedan denunciar y dar cuenta de las experiencias negativas que hoy viven en la atención del nacimiento, y partir por reconocer su derecho a un trato digno y respetuoso en una normativa legal, sobre todo considerando que la sociedad civil viene exigiendo esto desde hace algunos años.

---

<sup>25</sup> Departamento de Ciclo Vital, Ministerio de Salud. Tipo de Parto Según Modalidad de Atención, 2017.

<sup>26</sup> International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association and World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities. International. Journal of Gynecology and Obstetrics 2015;128:95-99. Disponible en <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/MBFBF-guidelines.pdf>

Este año nuestro país ha sido testigo de las movilizaciones feministas más importantes de la historia reciente, lo cual suma fuerzas a los movimientos que desde la sociedad civil han estado visibilizando los abusos y falta de respeto en la atención del nacimiento hace décadas. Hay terreno fértil para relevar la violencia en el nacimiento como una de las formas de violencia contra la mujer, y trabajar en conjunto para su erradicación.

## ANEXOS

**Tabla 4: Prevalencia de intervenciones obstétricas según periodo y tipo de institución**

	1970-2008		2009-2013		2014-2017	
	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Rasurado vello púbico	69,4%	64,6%	37,3%	33,4%	31,7%	21,1%
Enema	59,8%	58,9%	14,0%	19,9%	5,0%	6,7%
Mon. fetal continua	67,2%	85,7%	77,3%	85,8%	84,6%	81,6%
Oxitocina	38,7%	42,2%	44,3%	48,0%	51,8%	45,3%
Anestesia/epidural	60,4%	93,7%	71,7%	94,0%	73,7%	88,6%
RAM	49,7%	43,4%	48,4%	48,7%	44,0%	39,9%
Maniobra de Kristeller	44,0%	42,6%	36,8%	43,3%	27,3%	31,5%
Episiotomía	71,2%	58,5%	58,3%	49,6%	44,0%	41,1%
Cesárea	26,5%	53,5%	39,7%	56,7%	39,8%	50,8%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

**Tabla 5: Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Privación de acompañante significativo en algún o todo momento del trabajo de parto/parto*					
89,4%	33,9%	73,4%	27,3%	60,8%	20,9%
Restricción de ingesta de alimentos y/o líquido durante trabajo de parto					
92,7%	79,6%	84%	75,4%	72,9%	60,9%
Sin acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor					
88,6%	76,6%	78,5%	74,9%	62,1%	60,6%
Restricción de movimiento en parte/todo el trabajo de parto					
75,9%	47%	75,4%	46,3%	64,7%	38,3%
Posición litotómica durante el parto					

84,2%	84,5%	80,7%	81,6%	77,3%	78,8%
Contacto piel con piel con recién nacido inferior a 30 minutos o privación de contacto					
95,7%	95,1%	90,5%	91,8%	83,2%	82,1%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

\*Desglose en Tabla 6

**Tabla 6: Prevalencia de privación del acompañante en algún momento y en todo el trabajo de parto/parto según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Privación de acompañante significativo en algún momento del trabajo de parto/parto					
38,3%	27,5%	62,3%	26,4%	53,8	20,7%
Privación de acompañante significativo durante todo el trabajo de parto/parto					
51,1%	6,4%	11,1%	0,9%	7%	0,2%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

**Tabla 7: Prevalencia de falta de información según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Falta de información sobre los riesgos y beneficios de los fármacos y anestesia					
80,5%	51,3%	63,1%	47,7%	53,2%	33,8%
Falta de información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas					
89,8%	69,1%	83,2%	66,7%	70,5%	51,8%
Falta de información sobre el estado de salud de su bebé					
27,6%	4,6%	18,2%	5,3%	12,5%	3,2%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

**Tabla 8: Prevalencia de intervenciones según asistencia a talleres prenatales públicos y privados en periodo 2014-2017**

	Talleres Chile Crece Contigo		Talleres Particulares	
	Asistió	No Asistió	Asistió	No Asistió
Mon. fetal continua	39,7%	59,4%	26,6%	73,4%
Oxitocina	40,7%	58,5%	27,4%	72,6%
Anestesia/epidural	39,2%	60,1%	27,4%	72,6%
RAM	38,3%	60,5%	24,5%	75,5%
Maniobra de Kristeller	40,4%	58,1%	24,8%	75,2%
Episiotomía	40,5%	59%	23,5%	76,5%
Cesárea	32,8%	66,1%	22,5%	77,5%

**Tabla 9: Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
¿Mostraron ser respetuosas con su privacidad e intimidad mientras fue atendida? (respuesta nunca)					
35,7%	4,6%	22,3%	4,1%	14,1%	1,9%
¿Fue tratada con amabilidad y comprensión?					
35,5%	4,4%	22,3%	5%	14,4%	2,6%
El personal de salud no respondió mis dudas, me omitieron, desatendieron o acallaron en algunas ocasiones					
65,9%	26,5%	58,8%	29,9%	43,2%	20,2%
¿Mostraron ser sensibles/empáticos frente a los dolores que sentía?					
60,9%	16%	49,1%	17,2%	36,1%	10,7%
¿Mostraron respeto y confidencialidad respecto a su estado de salud y condición médica?					
38,9%	5,4%	25,7%	5,3%	16,2%	3%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al periodo anterior

**Tabla 10: Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según nivel educacional, periodo 2014-2017**

	Educación básica incompleta-completa	Educación media incompleta-completa	Educación técnica	Educación universitaria	Posgrado
Falta de respeto por la intimidad y privacidad	11,8%	12,6%	9%	4,4%	2,8%
Falta de empatía frente a los dolores de la mujer	35,3%	37,5%	27,4%	15%	10%
Falta de amabilidad y comprensión	11,8%	13,6%	9,6%	5,1%	2,7%
Vulneración de la confidencialidad	11,8%	16%	10,8%	5,7%	3,2%
Omisión, desatención, acallamiento	52,9%	40,6%	35,1%	25,4%	20,4%

**Tabla 11: Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según edad, periodo 2014-2017**

	Menos 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 años o más
Falta de respeto por la intimidad y privacidad	17,2%	9,5%	5,8%	3,90%	3,3%	5,9%
Falta de empatía frente a los dolores de la mujer	41,6%	30,3%	19,6%	13,6%	11,0%	14,4%
Falta de amabilidad y comprensión	18,5%	10,4%	6,2%	4,5%	3,8%	5,9%
Vulneración de la confidencialidad	18,9%	11,4%	7,6%	5,1%	4,4%	5,9%
Omisión, desatención, acallamiento	47,2%	38,7%	29,4%	23,2%	19,70%	21,4%

**Tabla 12: Prevalencia de abuso verbal según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
Crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones					
69,9%	23,6%	59,5%	22,1%	43,4%	16,6%

Uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco, humillación hacia la mujer					
51,8%	9,3%	39,1%	9,8%	23,1%	5,4%
Infantilización de la mujer					
59,3%	23,7%	48%	21,8%	30,1%	12%
Trato con amenazas					
46,3%	9,6%	38,6%	11,3%	28,9%	7,3%

Alza o mantención en el mismo tipo de institución con respecto al período anterior

Baja en el mismo tipo de institución con respecto al período anterior

**Tabla 13: Prevalencia de abuso verbal según nivel educacional, periodo 2014-2017**

	Educación básica incompleta -completa	Educación media incompleta -completa	Educación técnica	Educación universitaria	Posgrado
Crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones	58,5%	44,3%	31,9%	21,6%	15,1%
Uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco, humillante hacia la mujer	23,5%	25,3%	14,6%	8,9%	4,5%
Infantilización de la mujer	41,2%	32,3%	21,9%	14,6%	12%
Trato con amenazas	29,4%	26,8%	18,1%	12,2%	7,9%

**Tabla 14: Prevalencia de abuso verbal según edad, periodo 2014-2017**

	Menos 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 años o más
Crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones	53,2%	40,5%	26,7%	19,4%	15%	18,8%
Uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco, humillante hacia la mujer	35,6%	20,5%	11%	7,7%	5,1%	4,3%
Infantilización de la mujer	44,2%	27,2%	18,6%	14,4%	9,3%	12,8%
Trato con amenazas	30,5%	25,8%	14,5%	10,7%	8,4%	7,7%

**Tabla 15: Prevalencia de abuso físico, según periodo y tipo de institución**

1970-2008		2009-2013		2014-2017	
Hospital	Clínica	Hospital	Clínica	Hospital	Clínica
31%	8,3%	25,5%	8,9%	17,5%	5,3%

**Tabla 16: Prevalencia de abuso físico según nivel educacional, periodo 2014-2017**

	Educación básica incompleta-completa	Educación media incompleta-completa	Educación técnica	Educación universitaria	Posgrado
Abuso físico	29,4%	17,8%	10,2%	8,2%	5,2%

**Tabla 17: Prevalencia de abuso físico según edad, periodo 2014-2017**

	Menos 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 años o más
Abuso físico	20,2%	14,9%	9,1%	6,7%	6,6%	5,1%