



UNIVERSIDAD DE CHILE;
Facultad de Arquitectura y Urbanismo;
Escuela de Pregrado; Carrera de Geografía.

**“Geografía y salud:
asistencia del parto con atención profesional en instituciones médicas y domicilios
en Chile, durante el período 2010-2020”.**

Memoria para optar al título profesional de Geógrafa

FRANCISCA IGNACIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Profesora Guía: Yasna Contreras Gatica

SANTIAGO - CHILE

2023

A José.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN	7
1.1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ESTADO DEL ASUNTO.....	8
1.3. ÁREA DE ESTUDIO	18
1.4. OBJETIVOS.....	18
CAPÍTULO 2: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	19
2.1. DESARROLLO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO:.....	20
2.2. DESARROLLO DEL SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO:	22
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	24
3.1. FRECUENCIAS DE PARTOS Y COBERTURA DE ATENCIÓN PROFESIONAL	24
3.2. PRACTICAS RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA DEL PARTO EN RECINTOS INSTITUCIONALES Y DOMICILIARIOS	36
3.3. ENTORNO MATERIAL EN LA ASISTENCIA DEL PARTO EN RECINTOS INSTITUCIONALES Y DOMICILIARIOS.....	42
3.4. PANDEMIA 2020 Y ASISTENCIA DEL PARTO	46
3.5. EXPERIENCIAS Y DECLARACIONES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN INSTITUCIONES Y DOMICILIO	50
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	58
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	61

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Interior de un conventillo, 1910	11
2. Madre que dio a luz en la calle asistida por su vecina, 1947	11
3. Fachada del Hospital San Francisco de Borja, hacia 1910	12
4. Sala de Partos, Maternidad del Hospital del Salvador de Santiago, hacia 1919	12
5. Ilustración sobre el procedimiento de cesárea	12
6. Diagrama metodológico resumen	19
7. Esquema resumen sobre Objetos y Variables a estudiar para el desarrollo del 1er objetivo específico	21
8. Esquema resumen sobre Objetos y Variables a estudiar para el desarrollo del 2do objetivo específico	22
9. Modelo explicativo de las siglas sobre cobertura de atención por lugar.....	24
10. Cantidad Total de Nacidos Vivos (TNV) año a año en Chile, durante el período 2010-2020	25
11. Porcentaje de partos según cobertura de asistencia respecto al Total de Nacidos Vivos en Chile (2010-2019), distinguiendo el Total Con Atención Profesional, Total Sin Atención Profesional, y Otro Tipo	26

12. Cantidad de partos según cobertura de asistencia respecto al Total de Nacidos Vivos en Chile (2010-2019), distinguiendo el Total Con Atención Profesional, Total Sin Atención Profesional, y Otro Tipo	27
13. Porcentaje de partos atendidos en instituciones médicas y domicilios respecto al Total de Nacidos Vivos	28
14. Cantidad de partos atendidos en instituciones médicas y domicilios respecto al Total de Nacidos Vivos	28
15. Porcentaje de partos asistidos en instituciones médicas respecto al total de nacidos vivos en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional.....	29
16. Cantidad de partos asistidos en instituciones médicas en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional	29
17. Porcentaje de partos asistidos en domicilios respecto al total de nacidos vivos en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional	30
18. Cantidad de partos asistidos en domicilios en Chile, durante el período 2010-2019. distinguiendo con o sin asistencia profesional	30
19. Cobertura de atención profesional del parto (CAP) en Chile (%), practicados en instituciones médicas, por regiones, durante el período 2010-2019	31
20. Cartografía con distribución proporcional de partos Con Atención Profesional Institucional	32
21. Porcentaje de cobertura de atención profesional del parto en Chile en recintos domiciliarios, por regiones, durante el período 2010-2019	33
22. Tendencia de atención profesional del parto en Chile en recintos domiciliarios durante el período 2010-2019	34
23. Cartografía con distribución proporcional de partos Con Atención Profesional en Domicilio	35
24. Recurrencia en el uso de fármacos o intervenciones durante los partos Con Atención Profesional en Instituciones	38
25. Cartografía de cesáreas	39
26. Resumen de prácticas en partos Con Atención Profesional, en Instituciones y Domicilios.....	41
27. Sala tradicional de atención de parto, Hospital Clínico San Borja Arriarán	43
28. Sala tradicional de atención de parto, Clínica Dávila	43
29. Sala SAIP situada en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida	44
30. Sala SAIP perteneciente a la Clínica Alemana	44
31. Preparación de tina por parte del acompañante, y ejercicios de trabajo de parto asistidos en habitación	45
32. Ejercicios de trabajo de parto asistidos en habitación	45
33. Ejercicios de trabajo de parto en tina, con presencia de acompañante significativo y asistencia profesional	45
34. Encuentro de postparto inmediato en habitación; entre mujer asistida, recién nacido y acompañante significativo	45
35. Imagen de tomografía electrónica realizada con microscopio. Presencia de coronavirus entre varias células humanas	46
36. Comunicado sobre el primer caso de COVID-19 en el país	47
37. Contexto de aplicación de protocolos durante el parto para la prevención de COVID-19; Hospital Félix Bulnes	48

38. Portada de Protocolo Maternas Chile para la asistencia de parto domiciliaria en situación de COVID-19	49
39. Esquema resumen sobre atención del parto en pandemia	50
40. Presencia de deficiencia en estándares de cuidado en la atención del parto según tipo de institución	51
41. Presencia de abuso verbal en la atención del parto hacia mujeres según tipo de institución.....	52

RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación es elaborar un diagnóstico general sobre la asistencia del parto con atención profesional en Chile en dos espacialidades: recintos médicos institucionales¹ y recintos domiciliarios, para el período comprendido entre los años 2010 y 2020. Se investiga sobre este contexto desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo, por una parte, señalando acontecimientos relevantes sobre el tema y por otra, mostrando diversos datos en forma de tablas resumen, gráficos y cartografías temáticas que evidencian la desigual prestación de atención de partos, tanto a nivel regional y nacional, como también, al interior de algunas regiones significativas como la Región Metropolitana de Santiago. Las materias estudiadas son la cobertura de asistencia profesional en el país, algunas de las prácticas más comunes durante la asistencia del parto, la proporción de cesáreas aplicadas en recintos institucionales, los entornos materiales que caracterizan a la asistencia en ambos contextos, las nuevas condiciones durante la pandemia por COVID-19 del año 2020, y una serie de testimonios y declaraciones en torno al tema de estudio. Este diagnóstico busca ser un aporte para comprender el desarrollo de la asistencia del parto en la reciente década en el país, mostrando parte del potencial que alberga la disciplina geográfica para el estudio de la salud humana, en tanto permite visibilizar mecanismos desiguales de acceso a la salud.

Palabras Clave: geografía de la salud; geografía del cuerpo; asistencia del parto; diagnóstico territorial.

¹ Al mencionarse “recintos médicos institucionales” en esta investigación, se hace referencia al conjunto de hospitales y clínicas habilitados para la atención del parto en el país; entendiéndose así también dentro del texto por “recintos institucionales”, “instituciones médicas”, o variantes similares.

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

La asistencia del parto en Chile se desarrolla desde fines del pasado siglo mayormente en recintos institucionales, abarcando actualmente casi el 100% de la asistencia de los partos nacionales, mientras que menos del 1% de los partos son asistidos en domicilios (anuarios de estadísticas vitales, INE Chile). Ambos espacios poseen características diferentes en cuanto a los paradigmas que sustentan las formas de brindar asistencia.

Por su parte, los recintos médicos institucionales presentan lineamientos principalmente tecnocráticos, cuyo paradigma permitió el exitoso descenso de las tasas de mortalidad materna e infantil a principios y hasta mediados del siglo XX. Cabe mencionar que este modelo tecnocrático se ha visto relacionado con un alto y cuestionado nivel de intervencionismo y medicalización sobre el cuerpo de la mujer, altas tasas de cesáreas injustificadas, experiencias de violencia obstétrica, entre otros elementos (Davis-Floyd, 2001; Davis-Floyd, 2009; Hernández et al., 2016); por lo cual actualmente existen diversos impulsos para su transformación hacia un modelo humanístico.

Por otro lado, la asistencia en recintos domiciliarios se basa principalmente en un paradigma humanístico con rasgos holísticos. Sobre ello, se presenta un bajo nivel de intervencionismo y medicalización, opción a terapias naturales complementarias como apoyo (si es requerido por la mujer), y la consideración de la mujer como protagonista de su parto (Davis-Floyd, 2001; Ramírez, 2015; Márquez, 2019). Entre los principales obstáculos de la práctica de este modelo se encuentran la inexistente regulación por parte del Estado, su nula cobertura económica, y la fuerte estigmatización social asociada a la percepción de “mayor riesgo” para la madre y futuro recién nacido (Santibáñez, 2017; Rodríguez et al., 2020).

Desde la geografía, resulta de interés el estudio de la asistencia del parto a partir de una rama poco común, que es la denominada Geografía de la Salud (Sarasua, 2015; Ramirez, 2015; Borde et al., 2017; Barcellos et al., 2018; Ordóñez-Iriarte, 2020); siendo pertinente en tanto los diferentes elementos territoriales de cada recinto (instituciones y domicilios) condicionan de maneras particulares el desarrollo del fenómeno. De este modo, considerando los principales elementos que condicionan el desarrollo de la asistencia del parto en ambas espacialidades, esta investigación propone como principal objetivo el elaborar un diagnóstico general sobre la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020 desde un enfoque geográfico, abarcando dos espacialidades: recintos institucionales y domiciliarios.

Para el desarrollo del objetivo mencionado, se investigan en primera instancia desde un enfoque *cualitativo* los distintos acontecimientos y factores de relevancia asociados a la asistencia del parto en ambas espacialidades a escala nacional durante el período 2010-2020. Frente a ello, se abordan las prácticas obstétricas más comunes, el entorno material característico asociado a la asistencia en salas de parto en recintos institucionales y domiciliarios; su articulación durante el período de pandemia en el año 2020, y finalmente diversos testimonios y declaraciones. Para esta etapa cualitativa, se exploran distintas fuentes de bibliografía -

principalmente de investigaciones médicas y de las ciencias sociales-, desde donde se recopilan antecedentes e imágenes relacionadas a las variables mencionadas.

En segundo lugar, se investiga la asistencia del parto en el contexto señalado desde un enfoque *cuantitativo*, reuniendo principalmente estadísticas desde fuentes de información pública e investigaciones académicas, indicando las coberturas de atención profesional del parto en las distintas regiones del país y frecuencia de las prácticas obstétricas más comunes en instituciones médicas; enfatizando sobre esto último sobre las tasas de cesáreas a nivel nacional a lo largo del período. Como resultado de esta etapa cuantitativa, se genera una serie de tablas resumen, gráficos y cartografías temáticas que representan parte del desarrollo de la asistencia del parto en el escenario de estudio.

Esta investigación nace luego de un primer acercamiento a la Geografía de la Salud con un curso electivo homónimo impartido durante un semestre en el transcurso de la malla curricular de Licenciatura en Geografía de la Universidad de Chile (2015-2019); dando pie al interés por posteriormente realizar la práctica profesional en la misma área, específicamente en torno a la salud reproductiva humanizada. Esta práctica, realizada el año 2019 en la Escuela Renacer Chile, logra ser muy fructífera en cuanto al aprendizaje y aumento del interés por la temática, por lo que se decide culminar el proceso de formación profesional a través del desarrollo de la presente memoria de título.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ESTADO DEL ASUNTO

Desde 1948 la Organización Mundial de la Salud se refiere al concepto de *salud* como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Así, con un enfoque que incluye un interés en el medio humanizado y no solo en el medioambiente, la *Geografía de la Salud* nace conceptualmente desde la Comisión de Geografía Médica de la Unión Geográfica Internacional en el Congreso de Moscú (1976). Emerge como una integración de los contenidos entre la Geografía Médica y la Geografía de los Servicios Sanitarios buscando conocer las relaciones existentes entre la salud, el ambiente natural y humanizado; y el poder determinar qué hechos espaciales y micro espaciales son factores que inciden en el desarrollo de la salud, enfermedad y accidentalidad. La Geografía de la Salud es parte constitutiva de la Geografía Humana con notable actividad en varios países del mundo que estudia acciones y recursos normativos, humanos y materiales, formando parte de lo que se considera el estudio territorial (Sarasua, 2015; Ramirez, 2015).

Para la comprensión de la relación entre salud y geografía, se ha de abordar el concepto de *territorio*. Este puede ser entendido como un escenario que logra incorporar la condición de existencia material de las sociedades, establecida por los procesos productivos y reproductivos que se dan en su interior (Sánchez, 2016; en Borde, 2017), relacionándose entonces con la presencia de interacciones políticas (asociadas al poder), antropológicas-sociales, bióticas y físicas-materiales (relacionadas con el paisaje) (Ubilla, 2018). En relación a esto, el territorio ha de ser instrumento de identificación y disputa, así como dominación y resistencia; y lejos de configurarse como un mero objeto físico-material, es construido por la acción de aquellos

que lo constituyen (Haesbaert, 2016). También resulta de interés la idea de dimensión simbólica que introduce Jean Gottmann en el concepto de territorio, identificando una dimensión más subjetiva al afirmar que el territorio es producto y expresión de las características psicológicas de grupos humanos (Gottmann, 1973).

Sobre la temática de esta investigación, es posible relacionar el concepto de *territorio* con la *asistencia en salud* al comprender que esta última es parte de un sistema en que se presentan múltiples dinámicas territoriales. Entre ellas, se encuentran los discursos transmitidos en las distintas formas de concebir la “salud”, las interacciones entre equipo médico y sujetos/corporalidades asistidas, la disposición de recursos materiales en los distintos espacios de asistencia, las regulaciones público-privadas, entre otras. Así, al momento de considerar al *parto* como un fenómeno de salud y sociocultural; y al *territorio* como el escenario donde se presentan distintas interacciones geográficas (disponiendo de una temporalidad, materialidad, elementos prácticos, políticos, simbólicos, entre otros), es posible llegar a la concepción de *territorio del parto*, definido por Jordán (1993) de la siguiente forma:

“Entendido desde el lugar físico donde éste fenómeno ocurre, que simbólicamente es territorio de alguien o de algún sistema. Cada sistema de parto prescribe el lugar apropiado para este proceso; puede ocurrir en una localización marcada y especializada, como un establecimiento médico alópata (establecimientos institucionales), o en una localización no especializada y dentro del ambiente cotidiano de la mujer (por lo general su casa u otro lugar familiar). Resulta de importancia puesto que el lugar donde ocurra el parto tendrá consecuencias en el tipo de interacción social que se producirá” (Jordan 1993: 67; en Sadler, 2003).

Considerando lo anterior, y entendiendo que el parto logra materializarse a través de la gestación y posterior expulsión desde el *cuerpo* de la mujer, hace sentido también considerar el *cuerpo-territorio*. Como concepto, el cuerpo-territorio se define como la relación ontológica inseparable entre el cuerpo y el territorio, donde lo que es experimentado por el cuerpo es experimentado simultáneamente por el territorio en una relación codependiente; mientras que, como método, hace énfasis en el cuerpo para analizar las dinámicas espaciales, posibilitando avances en la comprensión sobre las relaciones entre cuerpos, emociones, espacio y lugar. En relación a esto último, el cuerpo-territorio se convierte en una gran herramienta para plantear cuestiones desde el feminismo, sobre todo en temáticas vinculadas al extractivismo y la violencia de género, en consonancia con el entendimiento de que “lo personal es político” (Nelson et al., 2005; Zaragocin, 2018; Zaragocin et al., 2021).

En este sentido, es posible relacionar lo anterior con el hecho de que las mujeres, al momento de parir en un centro asistencial institucional o en domicilio -territorios donde se (re)producen una serie de procesos sociales que condicionarán el desarrollo del evento-, pueden experimentar diversidad de emociones y pensamientos ligados al territorio en cuestión. Hablamos de elementos sociales y políticos, así como de distintas prácticas sanitarias y condiciones materiales, lo que corresponderá a los modelos de asistencia predominantes en cada espacio, con diferentes formas de comprender, planificar, asistir y brindar salud (Sarasua,

2015). De este modo, desde un análisis más profundo, se puede establecer que los territorios dejan huellas en las corporalidades de las mujeres, siendo a su vez, estos mismos cuerpos, territorios de multitud de sensaciones y territorialidades humanas conectadas con aquellos territorios “externos”.

Asistencia al parto y comprensión geográfica

Con el fin de destacar esta relación entre la *asistencia del parto* y su comprensión desde la *geografía*, se mencionan a continuación algunos antecedentes sobre la asistencia del parto en Chile que servirán para el abordaje del estudio.

Hasta principios del siglo XX (alrededor del año 1920), la espacialidad más común en que ocurría la asistencia del parto en Chile eran los domicilios; impulsándose en paralelo la atención en recintos hospitalarios de beneficencia, comunidades religiosas, estudiantes y médicos. Se daba en ese entonces una transformación inédita en el sistema de salud, transicionando el territorio del parto desde el domicilio a recintos institucionales, cambiando así la forma en que era concebida y practicada su asistencia. La transición del lugar del parto ocurre principalmente en relación al interés por profesionalizar la partería (la comunidad médica buscaba formar matronas y médicos profesionales universitarios que pudiesen dirigir la asistencia del parto); y también, por reducir la alta morbi-mortalidad materna e infantil de la época asociada a las precarias condiciones de vivienda de los sectores populares (producto de la migración campo-ciudad que aconteció durante el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX) (Zárate, 2007).

La común experiencia domiciliaria del parto en aquella época era ser asistida por mujeres conocidas como “parteras” o “comadronas” que no poseían ningún tipo de certificación, generalmente en habitaciones de casas o conventillos de frágil infraestructura y un escaso acceso a servicios básicos o de higiene. En este sentido, las figuras n°1 y n°2 muestran dos casos representativos de la habitual precariedad que acompañaba a las mujeres durante la primera mitad del siglo XX. Así, en la primera imagen, se entreven las condiciones materiales habituales en aquella época, muy propia entre las clases menos favorecidas; mientras que la segunda muestra el retrato de una mujer que habría parido recientemente en las inmediaciones de la calle (es decir, con nulas condiciones de higiene para llevar a cabo su parto), siendo asistida por una vecina (quien probablemente no contaba con certificación o mayores herramientas para asistir el evento).



Figura n°1: Interior de un conventillo, 1910. Fuente: Beltrán (1985)².



Figura n°2: Madre que dio a luz en la calle asistida por su vecina, 1947. Fuente: Patrimonio Cultural Común (1947)³.

En paralelo, la transición a los espacios institucionales implicaba nuevos sujetos que pasaban a tomar el control del cuerpo y de la privacidad de la mujer de parto (matronas, médicos, enfermeras), integrando nuevas tecnologías y procedimientos a la asistencia (medicalización, monitoreo, instrumental obstétrico y creciente aplicación de cesáreas) (Zárate, 2007; Alarcón et al., 2008). En esta transición de la asistencia del parto hacia el modelo hospitalario, un recinto clave fue la Casa de Maternidad de Santiago, la cual se fue transformando hacia inicios del siglo XX hasta integrar el trabajo de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile y formar la Maternidad del Hospital San Francisco de Borja (Figura n°3). Otro hito importante ocurre en 1924 con la creación de la Caja del Seguro Obligatorio, entidad privada que brindaba la posibilidad de asistencia del parto médico-profesional a mujeres obreras o esposas de obreros, y que a partir de los años 40 comenzó a mantener centenares de consultorios de salud y postas rurales. (Zárate et al., 2011).

Respecto al punto anterior, las siguientes figuras muestran parte de lo que fue el proceso de institucionalización del parto a inicios del siglo XX, donde el Hospital San Francisco de Borja y el Hospital del Salvador de Santiago figuraron como escenarios pioneros en la transición hacia el nuevo modelo de parto, caracterizado por la entrega de atención médica y una mayor burocracia.

² Beltrán, L. M. M. (1985). Patricio Gross, Armando de Ramón, Enrique Vial. Imagen Ambiental de Santiago 1880-1930. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. 1984. Cuadernos de Historia, (5), 176-178. Visto en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-74395.html>

³ Patrimonio cultural común (1947). Unidad /revista de los empleados de la Caja de Seguro Obligatorio. Santiago: La Caja, 1940-1972 (Santiago: Editorial Cultura) volúmenes, año 6, número 73, página 4. Visto en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-79article-75751.html>



Figura n°3: Fachada del Hospital San Francisco de Borja, hacia 1910. Fuente: Ferrer (1911)⁴.

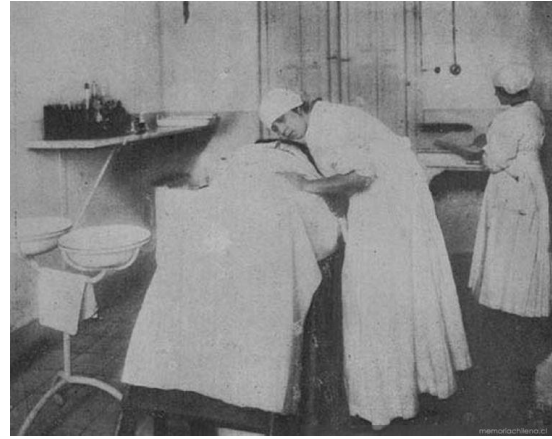


Figura n°4: Sala de Partos, Maternidad del Hospital del Salvador de Santiago, hacia 1919. Fuente: Revista de beneficencia pública (1919)⁵.

De este modo, a lo largo del siglo XX y hasta la actualidad, la asistencia del parto en recintos institucionales se volvía una práctica hegemónica en el país -también a nivel global-, mientras la asistencia domiciliar se hacía cada vez menos común, por razones de salubridad y acceso diferenciado a recursos hospitalarios. Dentro de las ventajas que trajo esta transición destacan el éxito en la disminución de la tasa de mortalidad materno-infantil y la posibilidad de acceder a mejores condiciones sanitarias y de control fisiológico para la asistencia del parto. Sin embargo, el modelo de asistencia en clínicas y hospitales no ha estado exento de cuestionamientos y posturas contrarias (Davis-Floyd, 1993; Ramírez, 2015). Las críticas se relacionan principalmente con ciertas implicancias del *modelo tecnocrático* presente en recintos institucionales, en relación con recurrentes faltas de respeto y maltrato durante la atención del parto (denominada violencia obstétrica), una cultura que insta a la disociación del propio cuerpo, un alto nivel de medicalización, y procedimientos de rutina muchas veces injustificados, dentro de los cuales se encuentran las altas tasas de cesáreas.

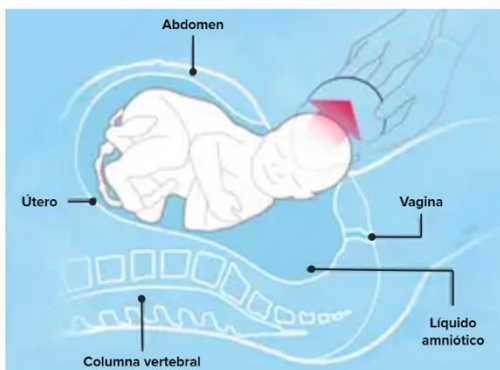


Figura n°5: Ilustración sobre el procedimiento de cesárea. Fuente: Adaptación propia a partir de Diario La Tercera (2017)⁶.

Este último procedimiento -la cesárea- es actualmente muy común en el país, y corresponde a una intervención quirúrgica cuyo fin es extraer al feto por medio de la pared abdominal. Durante el evento, se efectúa la aplicación de anestesia epidural a la madre, así como una incisión en la parte baja del abdomen y otra en el útero, la extracción del bebé del saco amniótico, el retiro de la placenta y la sutura del corte.

Dentro de las principales justificaciones médicas para la aplicación de cesáreas, se encuentran: el

⁶ Adaptación propia en base a infografía elaborada por Rodrigo Valenzuela, la cual es publicada en noticia de diario La Tercera "Chile es el segundo país de la Oede con más partos por cesáreas" el 5 de abril de 2017. Visto en: <https://www.latercera.com/noticia/chile-segundo-pais-la-ocde-mas-partos-cesareas/>

sufrimiento fetal o de la madre, que el feto se encuentre en posición podálica, antecedentes de placenta previa, o un embarazo múltiple (OCDE). Por otra parte, algunos de los principales efectos asociados a esta intervención es una mayor morbi-mortalidad materna y neonatal en el corto plazo, un incremento de riesgos en eventuales gestaciones y también el desarrollo a largo plazo de enfermedades asociadas al sistema inmune (Sadler et al., 2018).

Estas prácticas características del modelo médico institucional tecnocrático (tanto la cesárea como las demás intervenciones mencionadas) pueden ser analizadas también desde un enfoque geopolítico, comprendiendo en este caso que la corporalidad y experiencia de las mujeres se ven condicionadas y afectadas directamente a partir de las relaciones de poder que se den en los distintos territorios (Zaragocin, 2018). Así, las relaciones de fuerza que operan mediante y sobre los cuerpos (involucrando a diferentes actores, ya sean entidades público-privadas, médicas, familiares o cercanas, y a la propia mujer) tienen el potencial de llegar a vulnerar, explotar o violar ciertas subjetividades y corporalidades durante la atención del parto (Dixon y Marston, 2011; en Zaragocin, 2018).

En el marco de numerosas vulneraciones durante la atención del parto, distintas entidades - desde sujetos civiles hasta organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)- promueven cambios dirigidos a transitar hacia un parto respetado, humanizado y que logre ser experimentado como una experiencia positiva; implicando que el protagonismo del proceso lo tenga la mujer y no el equipo de salud, donde la atención y los servicios ofrecidos sean sensibles a sus necesidades y expectativas, donde el nacimiento se desarrolle de la forma más natural posible (el parto como un proceso fisiológico) y se vele por la salud integral de la mujer y el bebé. Esta atención respetuosa incluye una asistencia en línea con las propias creencias y preferencias de la mujer, una correcta comunicación, participación, mantenerlas informadas y reducir las intervenciones médicas innecesarias (Sadler, 2003; García et al., 2010; Intriago, 2018; Márquez, 2019). En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la mujer sana puede tener su parto en el lugar donde se sienta más segura y esté más cerca de su entorno, sea este en su casa, en un hospital de alta complejidad, u otros establecimientos competentes; considerando la atención de un personal calificado (OMS, 1996). Se encuentra disponible también un documento actualizado al año 2018 con las recomendaciones de la OMS sobre cuidados durante el parto para una experiencia positiva, en el cual la misma institución propone un modelo mundial de la atención del parto basado en estándares de calidad para la salud de la madre y del recién nacido, situando a la mujer y a su bebé en el centro de prestación de la atención. En este mismo documento, se anuncia que “los sistemas de salud deben tener como objetivo empoderar a todas las mujeres para que tengan acceso al tipo de atención individualizada que desean y necesitan, y para proporcionar un fundamento sólido para una atención de calidad, en consonancia con el enfoque basado en los derechos humanos” (OPS, 2019, p. 168); aunque la factibilidad de esto ha de ser por medio de

⁵ Revista de beneficencia pública. Santiago: [Editor no identificado], 1917-1930. 14 volúmenes, tomo 3, número 3, (septiembre 1919), páginas 237-254. Visto en: <https://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75753.html>

⁶ Adaptación propia en base a infografía elaborada por Rodrigo Valenzuela, la cual es publicada en noticia de diario La Tercera “Chile es el segundo país de la Oede con más partos por cesáreas” el 5 de abril de 2017. Visto en: <https://www.latercera.com/noticia/chile-segundo-pais-la-ocde-mas-partos-cesareas/>

un compromiso tanto gubernamental como a través de los demás niveles de organización o sistema de salud que apliquen en cada territorio.

Modelos de atención del parto

Se habla entonces de la existencia de dos modelos de atención con importantes contrastes: por una parte, el modelo predominante en instituciones médicas y que ya se ha mencionado: el *modelo tecnocrático*; y por otra, el *modelo humanístico*, que es al cual se estaría buscando transitar conjuntamente por parte de distintas entidades locales y globales. A continuación, se realiza una síntesis de las principales características de ambos modelos:

El *modelo tecnocrático* comprende al cuerpo como un “objeto” o una “máquina” -separado de la mente, fragmentado-, que por una parte permite un mayor control sobre el cuerpo/fisiología del parto, dispone herramientas con mayor tecnología, y presenta la capacidad de intervenir de manera inmediata en casos de riesgo o complejidad; y por otro, al desentender su subjetividad (entre otros elementos alternos a sólo la materialidad del cuerpo), evidencia situaciones de violencia obstétrica, pérdida de autonomía y protagonismo de la mujer; intervenciones innecesarias no exentas de riesgo, separación madre-recién nacido, indicación de fórmulas lácteas en desmedro de la promoción de lactancia, uso desmedido de tecnologías, un traspaso de poder a hombres médicos relegando el rol de la matronería, y una pérdida del íntimo vínculo con el cuerpo y territorio del parto (Davis-Floyd, 1993).

En términos de la consideración del cuerpo como máquina, es posible hacer un símil con las dinámicas sobre planificación de los espacios. La consideración del cuerpo como máquina comienza a hacerse notoria -como ya se ha mencionado- cerca de fines del siglo XIX e inicios del siglo XX; llevándose a cabo la institucionalización del parto, la mayor medicalización, y, en general, varios intentos por sistematizar el funcionamiento de los cuerpos. De este modo, se observa cómo se ejerce un mayor control sobre la salud de las personas, a la vez que se fomenta un modelo de salud en específico (biomédico y tecnocrático) (Davis-Floyd, 2009). En este sentido, en la misma época, emergen nuevos intereses en Chile y a nivel global en cuanto a planificar los espacios a partir de la zonificación de uso de suelos y modernización (principalmente las ciudades), buscando también un mayor desarrollo y orden social (Sabatini, 1995; Hall, 1996). Siguiendo esta línea, es posible relacionar ambos procesos (las transiciones de modelos en salud y urbanismo) dando cuenta de que los principales intereses de quienes ejercen el poder de planificación en estos son el establecer un mayor orden, funcionalidad y eficiencia, tanto a través de las corporalidades de los sujetos como a través de las espacialidades. Sin embargo, esta planificación de tipo racional y superficial puede llegar a generar desigualdades socioespaciales y una visión sesgada en la comprensión del territorio y quienes lo habitan, relegando la comprensión de lo territorial. Así, a partir de lo anterior, se han levantado movimientos que critican estas formas de planificación, apelando a que las necesidades socioculturales -hasta ahora marginadas- sean también consideradas durante el proceso.

Los modelos de planificación territorial que operan en hospitales, clínicas e incluso las viviendas particulares, podrán derivar en el despertar de diferentes territorialidades en cada

mujer de parto, ya sea desde el cómo se configuran espacialmente estos territorios hasta el cómo se configuran las propias subjetividades de cada una de ellas (Davis-Floyd, 1996). En este sentido, vale tener en cuenta las falencias al buscar idealizar un espacio o territorio de parto por sobre otro; siendo lo importante que exista acceso a opciones que puedan adaptarse a las identidades y necesidades de las mujeres y sus cuerpos (Carlsson et al., 2020).

Un recurso de gran aporte a lo planteado anteriormente, son los resultados de la Primera Encuesta Nacional del Parto y Nacimiento en Chile, en la cual se encuestó de manera voluntaria y anónima a 11.357 mujeres que dieron a luz en Chile a través de partos y cesáreas entre los años 1970 y 2017, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas (OVO, 2018), aportando así en el conocimiento sobre qué tan recurrentes son las vivencias de abusos durante la atención del parto en el país y pudiendo comprender mejor las experiencias de las mujeres ante las prácticas del modelo tecnocrático (Sadler, 2003).

Otro modelo de atención y asistencia del parto es el *modelo humanístico*, el cual considera que sí existe una conexión entre cuerpo y mente, valorando al cuerpo como un “organismo” y no como un “objeto”. A través de este modelo, se busca dar lugar a una asistencia más personalizada y humanizada para la mujer y el bebé, considerando su biología, factores psíquicos y ambiente social. Para ello, el modelo humanístico busca incorporar aspectos como: el respeto por la corporalidad y disposiciones de la mujer, el informarle sobre las opciones e implicancias de los procedimientos que se le pueden aplicar dentro de la asistencia, el que se le reconozca por su nombre propio, que se consideren sus circunstancias personales, y que exista una buena comunicación entre equipo médico-paciente (Davis-Floyd, 2001; Sadler, 2003; Montes, 2007; Hernández et al., 2016; Sadler et al., 2016). Respecto al lugar de parto, el modelo humanístico plantea su práctica en el sitio más cómodo para la madre y en la posición más adecuada para ella, procurando un manejo de área limpia para el parto y corte de cordón (corte tardío), contacto piel con piel inmediato, respeto por las creencias de la madre, y la preferencia por el uso de métodos de manejo del dolor no farmacológicos (como lo son la aromaterapia, duchas tibias, masajes, ejercicios de respiración, entre otros) (Márquez, 2019; Maternas Chile).

En este sentido, se puede mencionar que el *parto en domicilio* se encuentra fuertemente vinculado a las características humanísticas. A nivel global, esta modalidad de parto se expresa de manera minoritaria respecto al institucional, desarrollándose principalmente de dos maneras: por una parte, *sin asistencia médica profesional* (o bien con una no adecuada) - relacionada a condiciones sociales, culturales y económicas- (OMS, 2015; en Márquez, 2019; p.10); y, por otro lado, *con asistencia profesional*, existiendo en algunos casos su institucionalización a través del reconocimiento de Casas de Partos y/o asistencia de parto en domicilio de forma regularizada. Ejemplos de este último caso son algunos países desarrollados como Holanda, Inglaterra, Países Bajos, Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Estados Unidos, España, Italia y Francia; existiendo también algunas opciones en países en vías de desarrollo de América Latina como México, Brasil, Ecuador, Bolivia, Perú y Argentina (Santibáñez, 2017; Márquez, 2019). En el caso de Chile, su práctica no se encuentra legalizada ni regularizada, ya que el Estado solo ha legislado la atención del parto dentro de instituciones de salud

convencionales. Sin embargo, si bien no es una práctica legal, tampoco cataloga como ilegal; y, en este sentido, las matronas/es que lo practican se encuentran resguardadas por el código sanitario al momento de ejercer la atención del parto fuera de una institución (Art. 117, Código Sanitario de la República de Chile).

El no reconocimiento ni regularización del parto en domicilio crea un escenario en que no existen recursos o guías formales para las mujeres de parto ni para los profesionales que asisten este tipo de partos. Esto conduce a que varias de ellas puedan percibirlo como una práctica perjudicial, o bien, aquellas que se deciden a practicarlo, experimentar culpa u otras sensaciones de inseguridad. Al mismo tiempo, esta falta de instrumentos lleva a que los profesionales a cargo de la asistencia recurran a la toma de guías o recomendaciones desde fuentes internacionales; muchas veces encontrándose con obstáculos relacionados al desarrollo de seguridad y riesgos que podría implicar su práctica, así como una alta estigmatización social. (Márquez, 2019, p. 40).

Actualmente, en Chile se reconoce la fuerte presencia del modelo tecnocrático en la atención de los partos en instituciones, no existiendo a nivel normativo ningún recurso que conduzca legalmente a la regulación de la atención humanizada; sin embargo, existen algunos elementos de apoyo, como el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” (Ministerio de Salud de Chile, 2008), donde se establecen orientaciones y recomendaciones en el marco de los compromisos internacionales suscritos por el Estado de Chile, los Objetivos Sanitarios 2011-2020, y la Estrategia nacional de salud 2011-2020. También se cuenta con el sistema Chile Crece Contigo, el cual parte siendo un programa en el año 2006 y se transforma en una política pública estable en el año 2009 a través de la ley 20.379; cuya misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias (desde la gestación de la niña/niño hasta que cumplen los 9 años de edad) a través de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para su adecuado desarrollo (Chile Crece Contigo). Respecto a la atención y asistencia del parto, ambos instrumentos mencionados plantean como esencial que se genere un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de las maternidades, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas, respetando sus diferencias culturales. Este proceso se llevaría a cabo, principalmente, a través del acompañamiento de una persona significativa, el manejo del dolor con métodos informados y con consentimiento de la mujer parturienta (tanto farmacológicos como no-farmacológicos, como técnicas de respiración, masajes, duchas tibias), la posibilidad de ingerir alimentos, posición libre, abrigo adecuado, contacto físico piel a piel entre la madre y el/la recién nacido (a) mayor a 30 minutos, garantizar el acceso optativo a la placenta, capacitación permanente sobre estas recomendaciones, entre otras (Ministerio de Salud, 2008; Chile Crece Contigo). Referido también a este fenómeno, destaca el proyecto de Ley Adriana (Proyecto de Ley Adriana) presentado en el año 2018, que busca establecer los derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual; sancionando la violencia gineco-obstétrica y asegurando los derechos de cuidados a las madres, padres y recién nacidos. Al mes de febrero del 2023, la iniciativa ha avanzado con la aprobación de la cámara de diputados, pero se encuentra en proceso de ser promulgada.

Es importante considerar que el tránsito hacia un modelo humanístico no es una contraposición a las prácticas que propone el modelo tecnocrático (como, por ejemplo, el contar con herramientas como medicalización o procedimientos de alta complejidad); de hecho, mantiene la aplicación de gran cantidad de ellas. Sin embargo, la propuesta que diferencia a este modelo es que la asistencia sea comprendida y practicada desde un enfoque diferente, manifestando un fuerte respeto por la progresión fisiológica del parto y la condición humana de la madre que llevará a cabo su parto (Davis-Floyd, 2001; Márquez, 2019).

Buscando identificar algunos de los principales elementos territoriales que caracterizan y condicionan a la asistencia en cada recinto, esta investigación propone como principal objetivo elaborar un diagnóstico general sobre la asistencia del parto a nivel nacional durante el período 2010-2020; en base a información cualitativa y cuantitativa actual. Se considera que el generar este tipo de estudio permite denotar el vínculo potencial entre la disciplina geográfica y el campo de salud, y a su vez, comprender de qué va la situación de la asistencia del parto en el país en los años recientes.

1.3. ÁREA DE ESTUDIO

El objetivo general de esta investigación se trabaja **especialmente a una escala nacional** (Chile y sus 16⁷ regiones adscritas), considerando los recintos institucionales y domiciliarios donde se han llevado a cabo partos con atención profesional. En términos de **escala temporal**, se abarca el período entre los años **2010 y 2020**; inclusive.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General

Generar un diagnóstico general desde un enfoque territorial sobre la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, considerando recintos médicos institucionales y recintos domiciliarios.

1.4.2. Específicos

1er objetivo: Investigar desde un enfoque cualitativo los principales acontecimientos que caracterizan la dinámica territorial de la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, desarrollada en recintos institucionales y domiciliarios.

2do objetivo: Investigar desde un enfoque cuantitativo sobre la dinámica territorial de la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, considerando fuentes estadísticas que permitan representar la situación en recintos institucionales y domiciliarios.

⁷ Para fines prácticos, se consideran en las cartografías elaboradas en la sección de Resultados el total de 16 regiones que actualmente constituyen al país. Sin embargo, no se desconoce que en medio del período de estudio surgió una reconfiguración territorial que llevó a la creación de la Región del Ñuble el 6 de septiembre de 2018, fecha desde cuando el país pasa a constituirse oficialmente con una región más, sumando un total de 16 regiones.

CAPÍTULO 2: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

La finalidad de este ítem consiste en señalar los pasos metodológicos que permitirán desarrollar el objetivo general, detallando cada objetivo específico con los períodos, escalas, objetos y variables de estudio; principales fuentes de información utilizadas y resultados esperados. Para ello, se presenta la siguiente figura resumen que servirá de guía para la posterior descripción de los elementos mencionados:

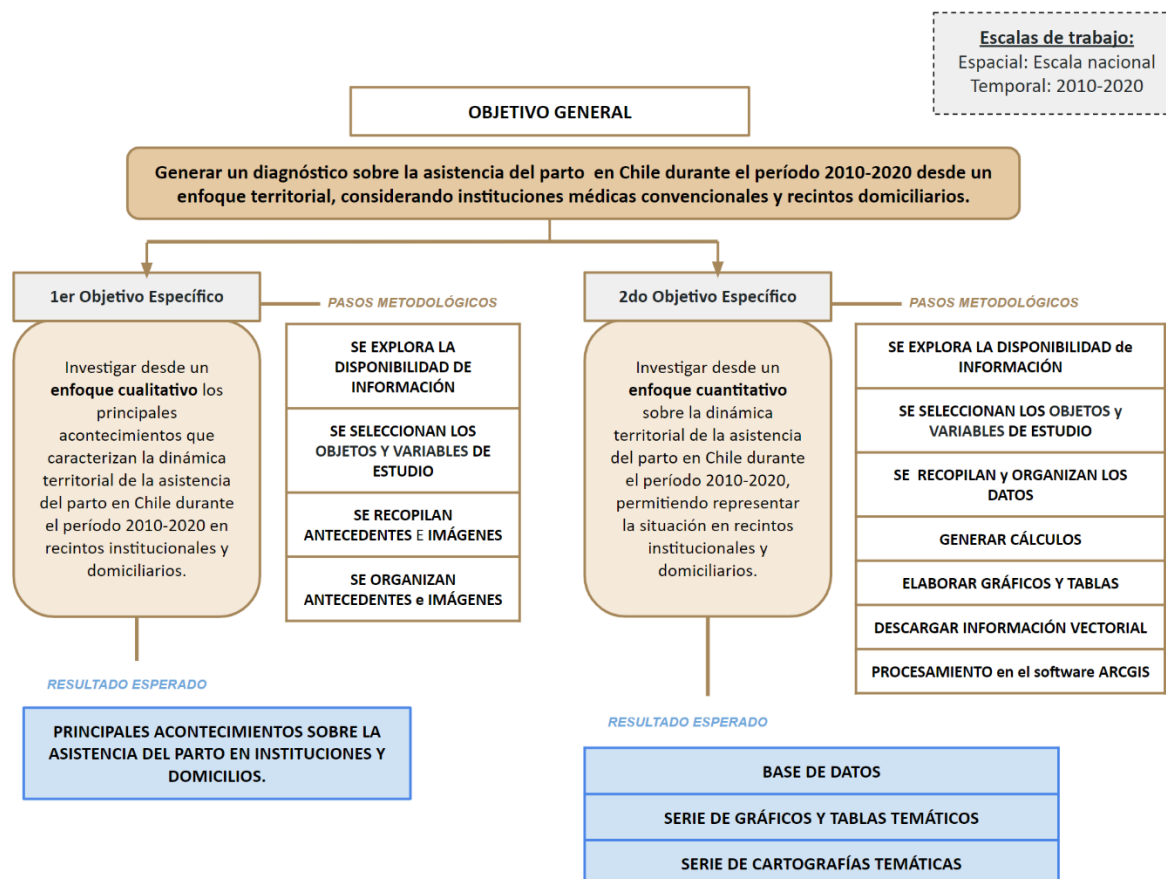


Figura n° 6: Diagrama metodológico resumen. Fuente: Elaboración propia.

Para el desarrollo del objetivo general, así como de ambos objetivos específicos, se seleccionan las siguientes escalas de trabajo:

- *Escala espacial de estudio:* La información a revisar abarca una escala nacional; considerando los recintos institucionales y domiciliarios donde se han llevado a cabo partos con atención profesional.
- *Escala temporal de estudio:* El período seleccionado se encuentra comprendido entre los años 2010 y 2020, inclusive.

Señalados los pasos metodológicos y definidas las escalas de trabajo, se muestra a continuación una serie de descripciones paso a paso sobre el desarrollo de cada objetivo específico, así como los resultados esperados para cada uno de ellos:

2.1. Desarrollo del Primer Objetivo Específico:

Este objetivo aborda las principales prácticas asistenciales, el entorno material característico de la asistencia en salas de parto institucionales y en domicilios, las características principales de la asistencia del parto durante el año 2020 en contexto de pandemia, y una serie de testimonios/declaraciones sobre el tema de estudio. De este modo, los pasos a seguir son los siguientes:

Paso 1: Explorar la disponibilidad de información cualitativa. Se consultan diversas fuentes de información cualitativa que entreguen información sobre la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, desde un enfoque territorial. Las principales fuentes de información consultadas provienen de:

- **Revisión de bibliografía en web:** se explora literatura a través del buscador de Google Académico (<https://scholar.google.com/>), recursos periodísticos, investigaciones médicas y de las ciencias sociales.
- **Comunicación interpersonal con profesional relacionada al tema de estudio:** conversaciones con Yennifer Márquez, quien es matrona especializada en asistencia de partos domiciliarios y cuenta con una maestría en Antropología. Además, participa en la Asociación Gremial Maternas Chile, conjunto de profesionales matronas que se dedican a asistir partos en domicilio en Chile.
- **Participación en diplomado “Gestación, nacimiento y puerperio humanizado” impartido por Escuela Renacer Chile:** se asiste a las clases del diplomado mencionado como parte del proceso de práctica profesional en Geografía realizada en Escuela Renacer Chile durante el segundo semestre del año 2019; donde se genera la posibilidad de aprender sobre el tema de asistencia del parto desde enfoques médicos y de ciencias sociales.
- **Asistencia al Seminario internacional “Gestando la Salud Mental”:** seminario organizado por el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal y Alma de Mamá, realizado en Chile el 6 de diciembre de 2019. Los temas centrales: neurociencias, salud mental, gestación, parto, lactancia y crianza como desafíos en el mundo industrializado. Esto permite un acercamiento a estudios con base científica sobre la asistencia del parto y la importancia de su humanización.

Paso 2: Selección de los objetos y variables de estudio. Los objetos de estudio se seleccionan en conformidad con los antecedentes que se encuentran disponibles y se logran recopilar. Se seleccionan como objetos/variables:

OBJETO DE ESTUDIO	VARIABLE DE ESTUDIO	TIPO DE FUENTE UTILIZADA
● Prácticas obstétricas.	Caracterización de las principales prácticas obstétricas que se desarrollan durante la asistencia del parto con atención profesional en Chile durante el período de estudio, tanto en recintos institucionales como domiciliarios.	○ Revisión de bibliografía en web. ○ Participación en diplomado “Gestación, nacimiento y puerperio humanizado” impartido por Escuela Renacer Chile. ○ Asistencia al Seminario internacional “Gestando la Salud Mental”.
● Entorno material.	Características generales de los elementos materiales que constituyen el entorno de las salas de parto institucionales y recintos domiciliarios.	○ Revisión de bibliografía en web. ○ Participación en diplomado “Gestación, nacimiento y puerperio humanizado” impartido por Escuela Renacer Chile.
● Asistencia del parto en contexto de pandemia durante el año 2020.	Características generales en relación a los principales antecedentes, protocolos y prácticas obstétricas implementadas.	○ Revisión de bibliografía en web.
● Testimonios y declaraciones.	La percepción de distintos sujetos implicados en la asistencia del parto en Chile durante el período de estudio (considerando a mujeres, profesionales de la salud, organismos internacionales, entidades gubernamentales y no gubernamentales; civiles y académicos).	○ Revisión de bibliografía en web.

Figura n° 7: Esquema resumen sobre Objetos y Variables a estudiar para el desarrollo del 1er objetivo específico. Fuente: Elaboración propia.

Paso 3: Recopilar antecedentes e imágenes pertinentes a los objetos y variables de estudio.

Paso 4: Organizar los antecedentes e imágenes en un orden coherente.

Resultado esperado del 1er objetivo específico: Generar una descripción cualitativa sobre los principales acontecimientos que caracterizan la dinámica territorial de la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020 en recintos institucionales y domiciliarios. Se describen las prácticas más comunes durante la asistencia en ambos recintos, generalidades en los entornos materiales, la asistencia del parto en contexto de pandemia durante el año 2020; y se enlistan testimonios y declaraciones en relación a la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, tanto en hospitales como en domicilios, a partir de la bibliografía explorada.

Por otra parte, para el desarrollo del segundo objetivo específico, se tiene lo siguiente:

2.2. Desarrollo del Segundo Objetivo Específico:

Se aborda la proporción de cobertura de asistencia profesional, la frecuencia de prácticas de cuidados/abusos durante la asistencia y las tasas de cesáreas en las distintas regiones a nivel nacional, asociados a la atención del parto en instituciones y domicilios. Así, los pasos metodológicos son los siguientes:

Paso 1: Explorar distintas fuentes de información cuantitativa. Se consultan diversas fuentes de datos cuantitativos sobre la asistencia del parto en Chile durante el período 2010-2020, priorizando información de carácter estadístico. La principal herramienta utilizada para explorar datos es la revisión en web, destacando las siguientes fuentes:

- **Reportes de Partos y Abortos;** del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS MINSAL).
- **Indicadores básicos de salud en Chile;** del Departamento de Estadísticas e Información en Salud.
- **Registros de estadísticas vitales** (anuarios, informes y datos preliminares); del Instituto Nacional de Estadísticas (INE Chile).
- **Primera Encuesta Nacional del Parto y Nacimiento;** realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile).
- **Proyecto de investigación FONIS SA13I20259.**
- **Informes sobre Panoramas de la Salud;** de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Paso 2: Selección de los objetos y variables de estudio. Los objetos de estudio se seleccionan en conformidad con la información estadística disponible que se logra recopilar. Se seleccionan como objetos/variables:

OBJETO DE ESTUDIO	VARIABLE DE ESTUDIO	TIPO DE FUENTE UTILIZADA
<ul style="list-style-type: none">● Cobertura de asistencia profesional del parto.	Proporción de la asistencia del parto con/sin atención profesional sin distinción de recinto; proporción de la atención profesional en instituciones; proporción de la atención profesional del parto en domicilios. Distribución a lo largo del país, con detalle regional, entre los años 2010-2019.	<ul style="list-style-type: none">○ Reportes de Partos y Abortos (DEIS MINSAL).○ Indicadores básicos de salud en Chile (DEIS MINSAL).○ Anuarios de estadísticas vitales (INE Chile).
<ul style="list-style-type: none">● Prácticas obstétricas.	Frecuencia de ocurrencia de las principales prácticas obstétricas que se desarrollan durante la asistencia del parto en Chile a lo	<ul style="list-style-type: none">○ Primera Encuesta Nacional del Parto y Nacimiento.

	largo del período de estudio. Recintos institucionales: la información disponible abarca los años 2010-2017. Recintos domiciliarios: la información disponible abarca el periodo de estudio en general (2010-2020).	
<ul style="list-style-type: none"> • Tasas de cesáreas en instituciones. 	Proporción de cesáreas en recintos institucionales, y su distribución a lo largo del país, con detalle regional.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Registros de Partos y Abortos (DEIS MINSAL). ○ Primera Encuesta Nacional del Parto y Nacimiento. ○ Proyecto de investigación FONIS SA13I20259.

Figura n°8: Esquema resumen sobre Objetos y Variables a estudiar para el desarrollo del 2do objetivo específico. Fuente: Elaboración propia.

Paso 3: Recopilar y organizar datos pertinentes a los objetos y variables de estudio seleccionados; con uso de recurso Excel (Microsoft 2016).

Sobre esto, es importante señalar que en los Anuarios de estadísticas vitales se cuenta con 4 categorías de recintos: (1) clínica-hospital, (2) casa-habitación, (3) otro lugar, y (4) no especificado. Para los efectos de este estudio, se hace uso de las categorías (1) y (2); siendo (1) referida a los partos institucionales, y (2) a los partos domiciliarios.

Primer resultado esperado del 2do objetivo específico: Bases de datos organizados según las variables de estudio, en formato .xls para su posterior tratamiento en el software ArcGIS.

Paso 4: A partir de las bases de datos creadas, **generar cálculos** de promedios regionales y anuales, ya sea como expresión porcentual o en unidades.

Paso 5: Elaborar gráficos y tablas según la base de datos generada y los cálculos posteriores.

Segundo Resultado esperado del 2do objetivo específico: Serie de gráficos y tablas que representen de manera más comprensible la dinámica de estos valores en el contexto de estudio.

Paso 6: Descargar información vectorial con las divisiones regionales del país. Se ingresa al sitio web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, y desde la sección de Mapas vectoriales se descarga la capa “División regional: polígonos de las regiones de Chile”.

Paso 7: Procesar en el software ArcGIS la capa de División regional en conjunto a las bases de datos generadas en Excel (formato .xls), elaborando diferentes proyectos según objeto/variable de estudio.

Tercer Resultado esperado del 2do objetivo específico: Una serie de cartografías temáticas que representen la distribución espacial de los distintos objetos y variables de estudio.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

El siguiente capítulo se desarrolla en consonancia con ambos objetivos específicos propuestos para la investigación, por lo cual se levanta información cuantitativa y cualitativa que aporte antecedentes sobre la atención profesional del parto en Chile entre los años 2010 y 2020, tanto en instituciones médicas (clínicas y hospitales) como en domicilio.

En cuanto a la estructura de presentación de los resultados, se inicia señalando el total de nacidos vivos en el país durante el período de estudio -siendo una referencia sobre el total de partos en el país- lo cual posteriormente se trabaja para conocer el nivel de cobertura de partos con atención profesional, tanto en instituciones como domicilios. Luego de ello, un segundo ítem señala las principales prácticas (tanto médicas como de la mujer asistida) relacionadas con la asistencia del parto en ambos recintos, para en un tercer ítem describir sus materialidades generales. En cuarto lugar, se muestran algunos antecedentes relacionados a la atención del parto en Chile durante la pandemia del año 2020; y, finalmente, se presentan una serie de testimonios y declaraciones desde distintas entidades sobre la atención del parto en el contexto de estudio.

3.1. Frecuencias de partos y cobertura de atención profesional

Previamente a presentar las estadísticas relacionadas con la cobertura de atención profesional del parto, tanto en instituciones como domicilios, se inicia mostrando la siguiente figura, siendo clave como referencia para los gráficos que se presentan en los próximos ítems. En ella, se observan dos conjuntos de circunferencias: por un lado, referidos al lugar de parto (Institución – Domicilio) y, por otro, la cobertura de atención profesional (Con Atención – Sin Atención). De este modo, por ejemplo, cuando se habla de un “parto en institución con atención profesional”, se hará referencia a la intersección de ambas circunferencias, es decir: TPI con TCAP=CAPI (donde CAPI significa Con Atención Profesional, en Instituciones). Así también, los colores representados en la figura se corresponden con los colores utilizados en los gráficos posteriores.

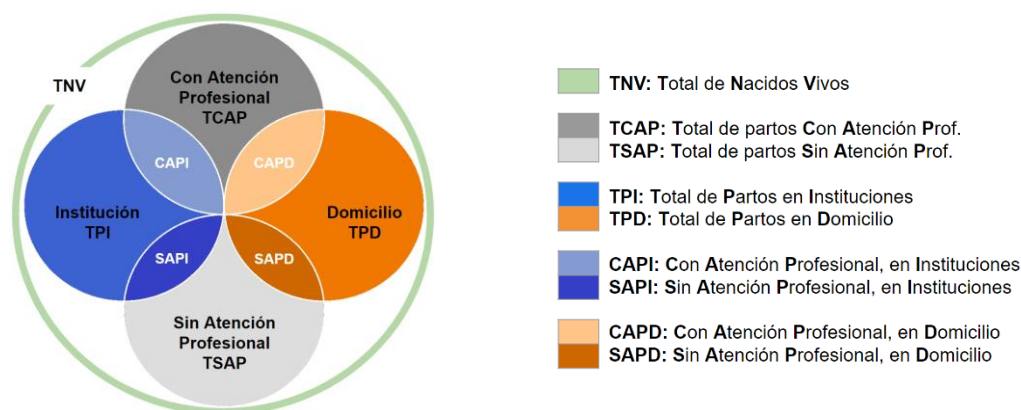


Figura n° 9: Modelo explicativo de las siglas sobre cobertura de atención por lugar.

Fuente: Elaboración propia.

También, previo al avance con los siguientes ítems, vale señalar los datos registrados sobre el **total de nacidos vivos en el país** (ver Anexo 1), ya que son la más cercana referencia al total de partos que ocurren durante el período de estudio. Sobre ello, se identifica que durante el período 2010-2020 el total de nacidos vivos en todo Chile corresponde a 2.557.114, mientras que para el período 2010-2019 el total es de 2.362.162. Se menciona esta última cifra debido a que los datos disponibles sobre la asistencia del parto que a continuación serán trabajados abarcan este período, sin disponibilidad de información sobre el año 2020. En cuanto a su distribución regional, es posible mencionar que la mayor cantidad de nacidos vivos entre los años 2010 y 2020 se concentra en la Región Metropolitana de Santiago (42% del total de nacidos vivos nacieron en esta región durante el período), seguida por la Región del Biobío (10%) y de Valparaíso (9%); mientras que las regiones que presentaron una proporción del total menor a un 1% son la Región de Arica y Parinacota, de Aysén, de Magallanes, y la del Ñuble⁸.

Por último, se observa que, a medida que transcurre el período, se desarrolla una disminución de la tasa de nacidos vivos en el país. Así, el año en que el país presenta una mayor cantidad de nacidos vivos corresponde al año 2014 (250.997), mientras que la menor tasa ocurre en el año 2020 (194.952 nacidos vivos como total del país); existiendo una variación porcentual de un 22,2% entre el inicio y fin del período (2010 y 2020).



Figura n° 10: Cantidad Total de Nacidos Vivos (TNV) año a año en Chile, durante el período 2010-2020.⁹

A partir de la información planteada, cabe mencionar que el total de los partos, ya sean con o sin atención profesional, no ocurren únicamente en Instituciones o Domicilios; es decir, que existen otras espacialidades donde se pueden llevar a cabo. En este sentido, la cifra total de nacidos vivos no se constituye únicamente por la suma entre “partos institucionales” y “domiciliarios”, sino que existe un margen de diferencia que no presenta registro de sus ubicaciones.

⁸ Los registros de la Región del Ñuble presentan un posible sesgo en el promedio total de nacidos vivos respecto a otras regiones, ya que el cálculo se realiza con estadísticas que surgen recién en su integración como región en el año 2016.

⁹ Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2010-2019 y preliminares 2020 (INE).

a. Partos según cobertura de Atención Profesional

Sobre la *cobertura de atención profesional* de los partos en el país, los datos obtenidos informan que, durante el período 2010-2019, estos se desarrollan principalmente *con atención profesional*, ascendiendo a 2.357.320 partos y significando un 99,8% en promedio sobre el total de nacidos vivos; situación que se repite en todas las regiones del país. Por otro lado, solo un 0,07% del total de los partos a nivel nacional acontecen *sin atención profesional* entre los años 2010-2019 (1.688 partos en total).

Los partos que no especifican la presencia de atención profesional (categorizados en la tabla como “otro tipo”, y en los Anuarios de Estadísticas Vitales inscritos como “otros lugares” o “no especificado”) representan un 0,13% del TNV durante el período (3.154 partos).

Para mayor detalle sobre los datos señalados, se presentan las siguientes figuras:

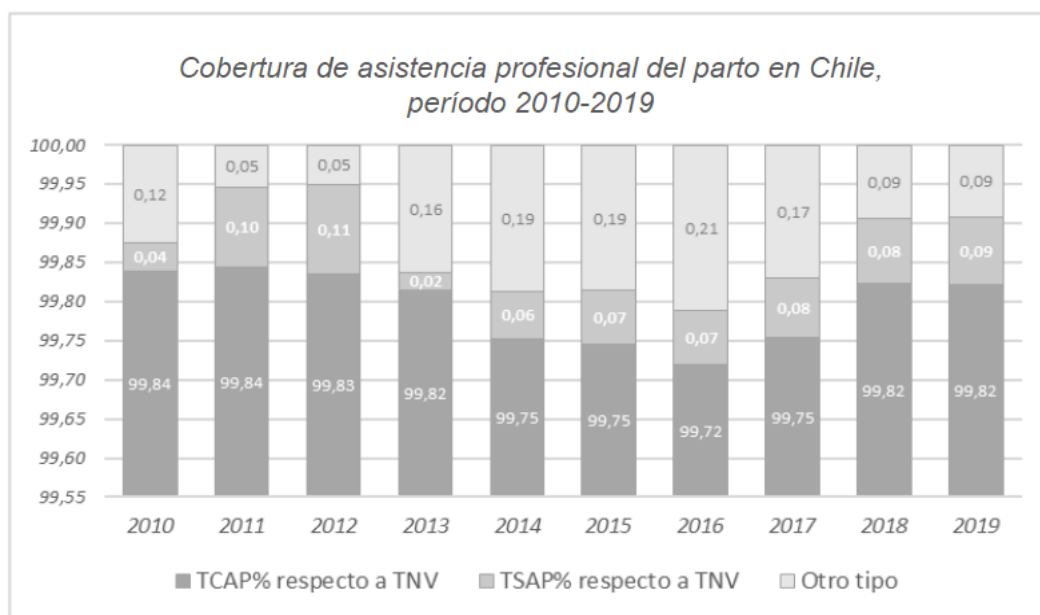


Figura n°11: Porcentaje de partos según cobertura de asistencia respecto al Total de Nacidos Vivos en Chile (2010-2019), distinguiendo el Total Con Atención Profesional, Total Sin Atención Profesional, y Otro Tipo.¹⁰

¹⁰ En “OtroTipo” se incluyen las categorías que no especifican cobertura de atención profesional. Fuente: Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de Estadísticas Vitales 2010-2019 del Instituto Nacional de Estadísticas.

Año	TNV	TCAP	TSAP	Otro tipo
2010	250.643	250.238	93	312
2011	247.358	246.971	254	133
2012	243.635	243.233	278	124
2013	242.005	241.558	51	396
2014	250.997	250.375	153	469
2015	244.670	244.048	166	456
2016	231.749	231.099	160	490
2017	219.186	218.646	167	373
2018	221.731	221.338	185	208
2019	210.188	209.814	181	193
2020	194.952	-	-	-

Figura n°12: Cantidad de partos según cobertura de asistencia respecto al Total de Nacidos Vivos en Chile (2010-2019), distinguiendo el Total Con Atención Profesional, Total Sin Atención Profesional, y Otro Tipo.¹¹

En conclusión, se observa que los partos ocurridos en Chile durante el período 2010-2019 son hegemonícamente asistidos con atención profesional.

b. Partos en Instituciones y Domicilios

En el presente ítem se busca entregar información sobre el número de partos que se desarrollan en Chile durante el período 2010-2019, en dos recintos en particular: *instituciones* y *domicilios*. Estos datos son entregados con detalle en las tablas que acompañan a cada gráfico, en las cuales se puede observar que gran cantidad de ellos ocurren *en instituciones médicas (con o sin atención profesional)* representando en promedio un 99,56% respecto al total de nacidos vivos; mientras que los *partos ocurridos en domicilio (con o sin atención profesional)* representan una cantidad mínima (0,08%).

¹¹ Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de Estadísticas Vitales 2010-2019 del Instituto Nacional de Estadísticas.

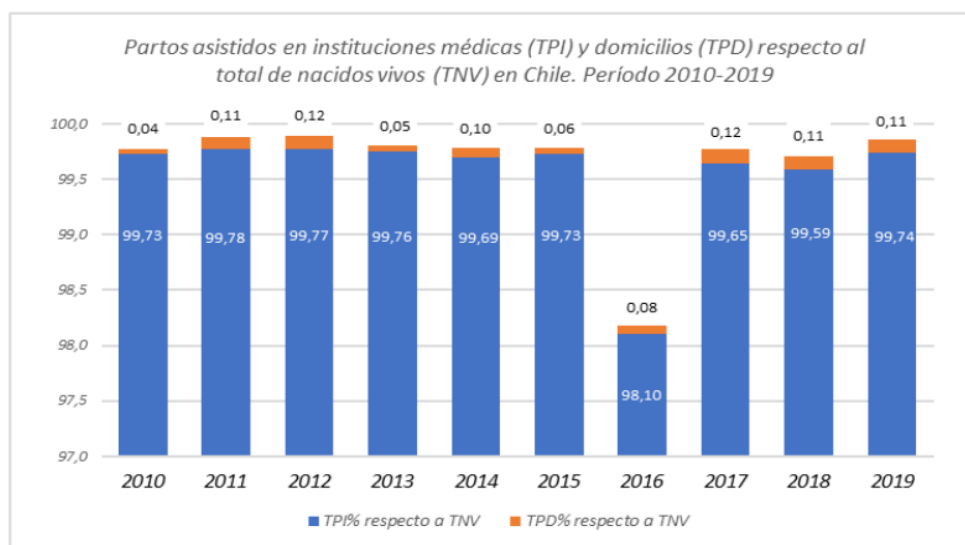


Figura n°13: Porcentaje de partos atendidos en instituciones médicas y domicilios respecto al Total de Nacidos Vivos. ¹²

Año	TNV	TPI	TPD
2010	250.643	249.978	109
2011	247.358	246.802	271
2012	243.635	243.083	292
2013	242.005	241.415	130
2014	250.997	250.226	239
2015	244.670	244.016	138
2016	231.749	227.354	180
2017	219.186	218.415	262
2018	221.731	220.830	253
2019	210.188	209.652	239
2020	194.952	-	-

Figura n°14: Cantidad de partos atendidos en instituciones médicas y domicilios respecto al Total de Nacidos Vivos. ¹³

Así, considerando la información de este ítem y el anterior, es posible concluir que los partos en Chile ocurren principalmente de dos maneras: con atención médica y en instituciones. Pero ¿cuántos de los partos que reciben atención médica ocurren en instituciones? ¿cuántos de ellos

¹² Se consideran como instituciones médicas al conjunto de recintos hospitalarios y clínicos; y domiciliarios el conjunto de casa-habitación; ya sean con o sin atención profesional. Fuente: Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de Estadísticas Vitales 2010-2019 del Instituto Nacional de Estadísticas.

¹³ Fuente: Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de Estadísticas Vitales 2010-2019 del Instituto Nacional de Estadísticas.

ocurren en domicilio? O bien, ¿cuál es el margen de partos que, siendo en instituciones, no reciben atención médica? Esto es lo que veremos a continuación.

c. Cobertura de Atención Profesional según recinto

Para el período 2010-2019, se registran en Chile un total de 2.351.771 *partos en instituciones*, de los cuales el 99,97% se desarrollan *con asistencia profesional*; mientras que el porcentaje restante corresponde a partos *sin asistencia profesional* (un total de 636 casos).

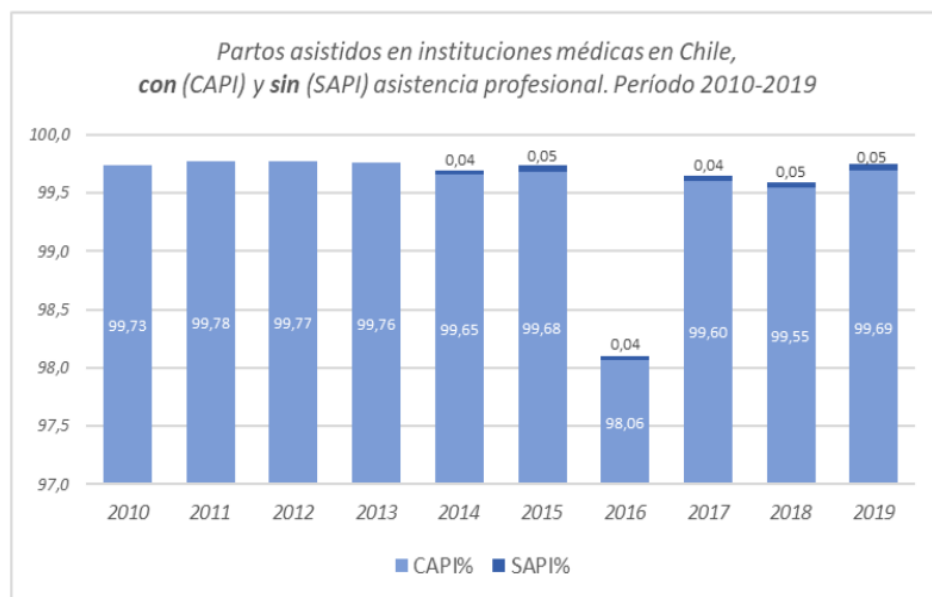


Figura n°15: Porcentaje de partos asistidos en instituciones médicas respecto al total de nacidos vivos en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional.¹⁴

Año	TNV	TPI	CAPI	SAPI
2010	250.643	249.978	249.978	0
2011	247.358	246.802	246.802	0
2012	243.635	243.083	243.083	0
2013	242.005	241.415	241.415	0
2014	250.997	250.226	250.128	98
2015	244.670	244.016	243.889	127
2016	231.749	227.354	227.255	99
2017	219.186	218.415	218.318	97
2018	221.731	220.830	220.729	101
2019	210.188	209.652	209.538	114
2020	194.952	-	-	-

Figura n°16: Cantidad de partos asistidos en instituciones médicas en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional.¹⁵

¹⁴ Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019 (INE).

¹⁵ Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019 (INE).

En cuanto a los partos en Chile que ocurren en contexto **domiciliario** durante el período de estudio, se contabilizan un total de 2.113 casos, donde la mayor cantidad se desarrollan **con asistencia profesional** (62% del total de partos domiciliarios), en tanto el resto ocurre **sin asistencia profesional** (un total de 812 partos). En relación a este registro, es importante considerar lo que indica la matrona Yennifer Márquez:

“Es probable que estos registros sobre la presencia de asistencia profesional no sean datos tan certeros, sobre todo antes del 2015, ya que hubo inconvenientes con la entrega de comprobantes de partos para las matronas de parto en casa. Por ende, muchos partos fueron inscritos en registro civil con testigos y quedaron registrados como sin asistencia” - (Yennifer Márquez, comunicación interpersonal; 17 de enero, 2022).

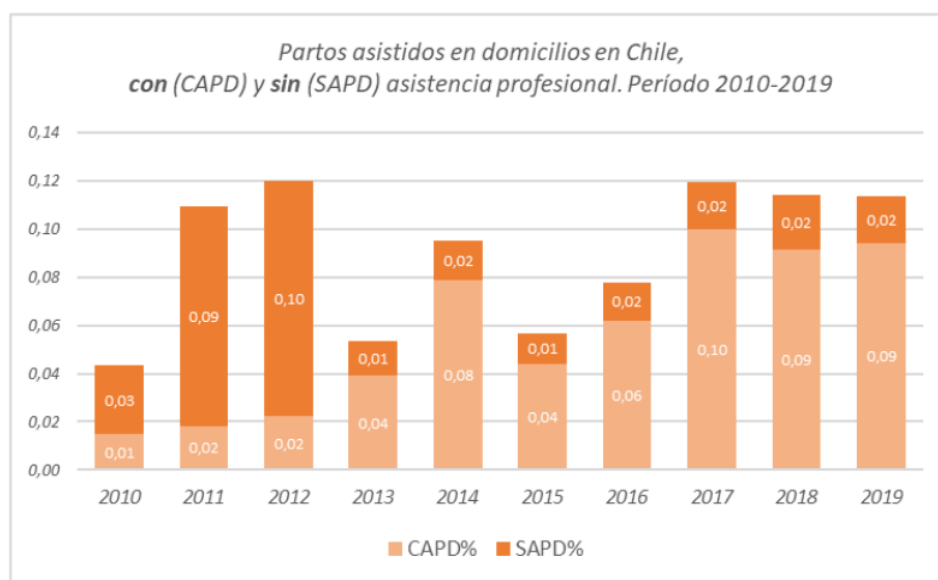


Figura n°17: Porcentaje de partos asistidos en domicilios respecto al total de nacidos vivos en Chile, durante el período 2010-2019; distinguiendo con o sin asistencia profesional.

Año	TNV	TPD	CAPD	SAPD
2010	250.643	109	37	72
2011	247.358	271	45	226
2012	243.635	292	54	238
2013	242.005	130	95	35
2014	250.997	239	198	41
2015	244.670	138	108	30
2016	231.749	180	144	36
2017	219.186	262	219	43
2018	221.731	253	203	50
2019	210.188	239	198	41
2020	194.952	-	-	-

Figura n°18: Cantidad de partos asistidos en domicilios en Chile, durante el período 2010-2019. distinguiendo con o sin asistencia profesional.

d. Partos con Atención Profesional en Instituciones y Domicilio

Siguiendo la línea de investigación, este ítem se dirige a estudiar la distribución espacial de la asistencia del parto *con atención profesional en recintos institucionales y domiciliarios*; presentando su frecuencia a nivel nacional y regional.

- **Atención profesional en instituciones médicas**

El registro sobre la asistencia de *partos con atención profesional en instituciones médicas* da cuenta de que el 99,5% del total de nacidos vivos en el país son asistidos en estas condiciones.

La frecuencia de este tipo de partos según el total de nacidos vivos que existe en cada región indica que, donde es más común parir con atención profesional en instituciones, es en la Región de O'Higgins; siendo el 99,77% (del total de nacidos vivos en la región) partos que ocurren en instituciones con atención médica. En segundo lugar, se encuentra la Región Metropolitana de Santiago con una cobertura de 99,75%; mientras que las dos regiones con menor cobertura en esta materia corresponden a la Región de Tarapacá (96,08%) y Región de Atacama (97,44%), aunque igualmente significando altas tasas.

El detalle de los porcentajes de *partos con atención profesional ocurridos en instituciones*, según el total de nacidos vivos *en cada región*, se señala en la siguiente figura:

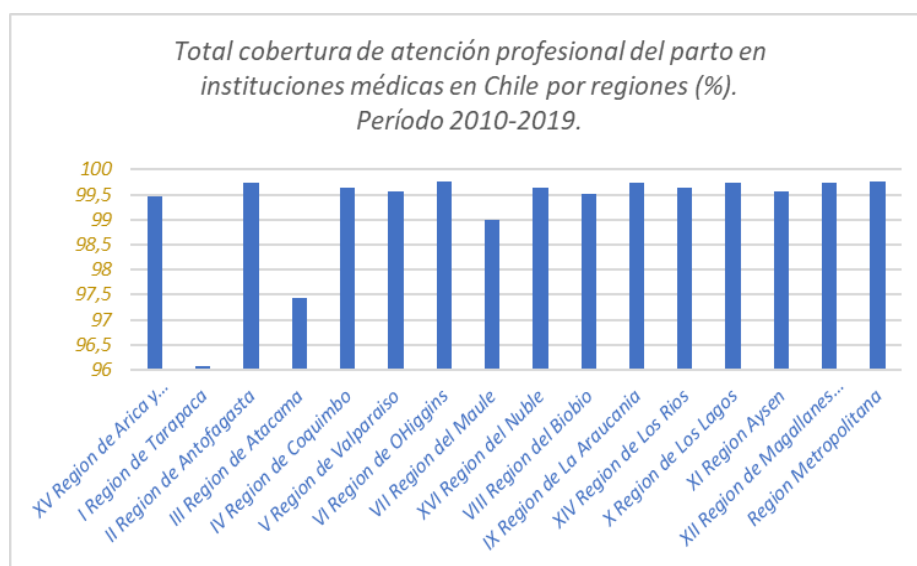


Figura n°19: Cobertura de atención profesional del parto (CAP) en Chile (%), practicados en instituciones médicas, por regiones, durante el período 2010-2019 ¹⁶.

Además de las coberturas que existen *región por región*, resulta de interés visualizar la relación que existe *entre* ellas a lo largo del país. Así, la siguiente cartografía busca representar por

¹⁶ Cálculo promedio entre los años que componen el período y según el total de nacidos vivos. Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de Estadísticas Vitales, utilizando la categoría "clínica-hospital". Ver detalles en Anexo n°6.

orden cuáles son las regiones del país que concentran mayor o menor cantidad de *partos con atención profesional en instituciones* respecto del total de nacidos vivos *a nivel país*:

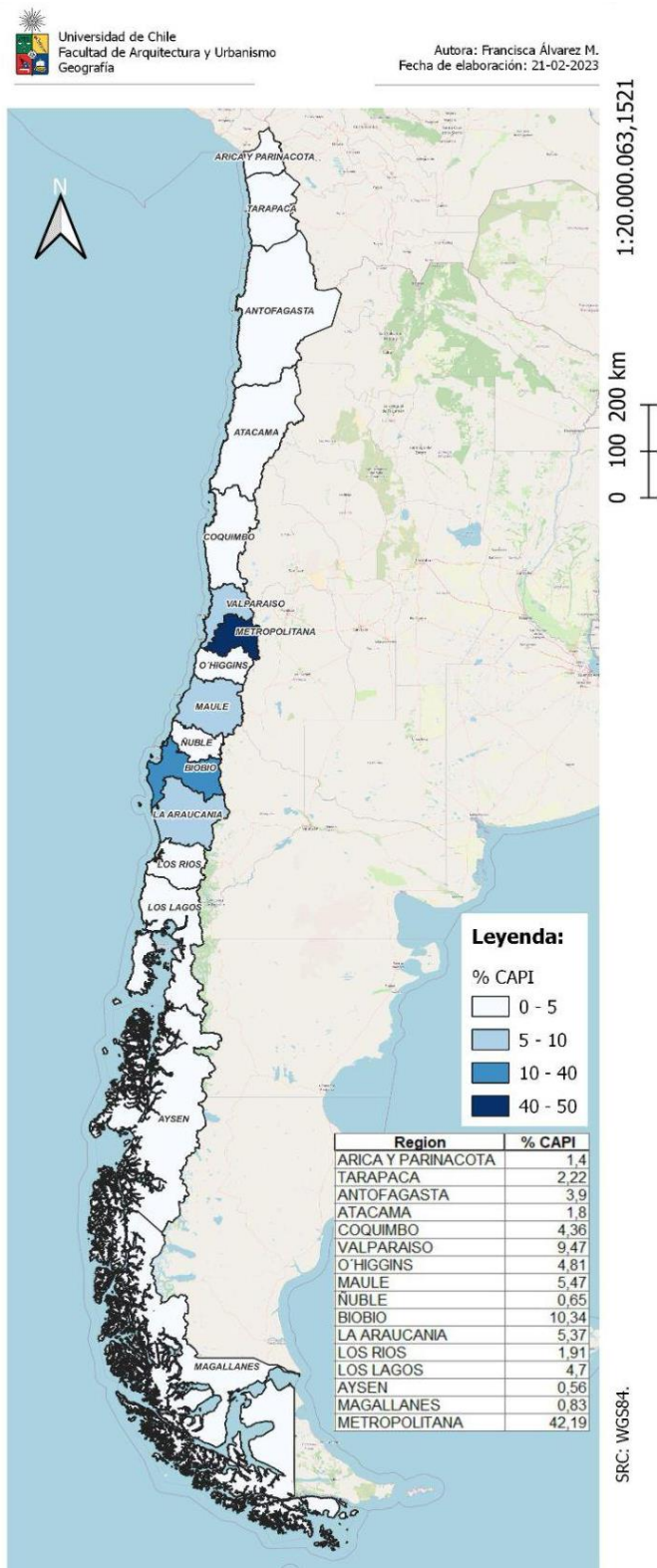


Figura n°20: Cartografía con distribución proporcional de partos Con Atención Profesional Institucional.¹⁷

Se puede observar que los partos asistidos profesionalmente en instituciones se concentran en la zona centro y centro-sur del país (entre la Región de Valparaíso y La Araucanía), principalmente en la Región Metropolitana de Santiago (42,19% del total de partos a nivel nacional, con atención profesional en instituciones, ocurren en ella). Las demás regiones que concentran la mayor cantidad de partos con atención profesional en instituciones son la Región del Biobío (10,34%) y de Valparaíso (9,47%). En general, las regiones de las macrozonas norte, centro-norte, y sur no representan un aporte mayor a la tasa.

En este mismo ámbito, surge un fenómeno relevante que tiene relación con la baja o nula ocurrencia de partos en algunos sectores rurales o que se encuentran más remotos, con un escaso alcance a hospitales o clínicas. Al respecto, la profesional Yennifer Márquez refiere:

“Por ejemplo, en Juan Fernández o sectores alejados de la Patagonia, las mujeres en la gestación a las 37 semanas son llevadas a un centro, al lado del hospital, que se llamó Hogar de la Madre Campesina. En esa "casa" tienen que esperar que el parto ocurra y luego del parto y postparto vuelven a su casa, a veces alejadas por varios kilómetros. Esto genera que gran número de estas mujeres tengan partos inducidos para acortar la espera en este lugar y con ello deriva la cascada de intervenciones”.

(Yennifer Márquez, comunicación interpersonal; 6 de septiembre, 2023).

¹⁷ Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019.

De este modo, los resultados anteriores pueden ser entendidos en virtud de la centralización demográfica e institucional, donde la mayor cantidad de centros médicos y de mayor complejidad se concentran principalmente en las zonas con mayor densidad poblacional (mayor urbanización), existiendo un fuerte contraste en el número de partos que se desarrollan entre regiones. Así, las regiones Metropolitana de Santiago, Valparaíso y Biobío concentran la mayor cantidad de partos con atención profesional en instituciones en relación con su alta concentración de población y servicios de atención en instituciones.

- **Atención profesional en domicilios**

Sobre los *partos con atención profesional en domicilio* se observa a través de la siguiente figura que en Chile 2010-2019 ocurren 1.301 casos en total. Esta cifra es mínima en proporción a los nacidos vivos en el país, variando entre un 0 y 0,12% de cobertura sobre el total de partos en cada región, siendo Valparaíso aquella región que muestra una mayor cobertura de partos con atención profesional en domicilio respecto a su total de nacidos vivos (246 partos del total de 223.571 nacidos vivos en la región), seguida por la Región Metropolitana de Santiago (750 partos reciben atención profesional en domicilio, de un total de 994.401 partos totales que ocurren en la región durante el período 2010-2019).



Figura n°21: Porcentaje de cobertura de atención profesional del parto en Chile en recintos domiciliarios, por regiones, durante el período 2010-2019 ¹⁸.

¹⁸ Cálculo promedio entre los años que componen el período y según el total de nacidos vivos. Elaboración propia en base a datos de Anuarios de Estadísticas Vitales, utilizando la categoría “casa-habitación con atención profesional”. Ver detalle en Anexo n°6.

A pesar de la baja proporción de partos con atención profesional en domicilio en comparación con el total de nacidos vivos en el país, resulta de interés observar que, en general, año a año se produce un aumento en la presencia de asistencia profesional del parto en domicilio, siendo más significativa su cobertura durante el año 2017. Esta situación se representa en el siguiente gráfico:



Figura n°22: Tendencia de atención profesional del parto en Chile en recintos domiciliarios durante el período 2010-2019.¹⁹

¹⁹ Cálculo promedio a escala nacional. Elaboración propia en base a datos de Anuarios de Estadísticas Vitales, utilizando la categoría “casa-habitación con atención profesional”.

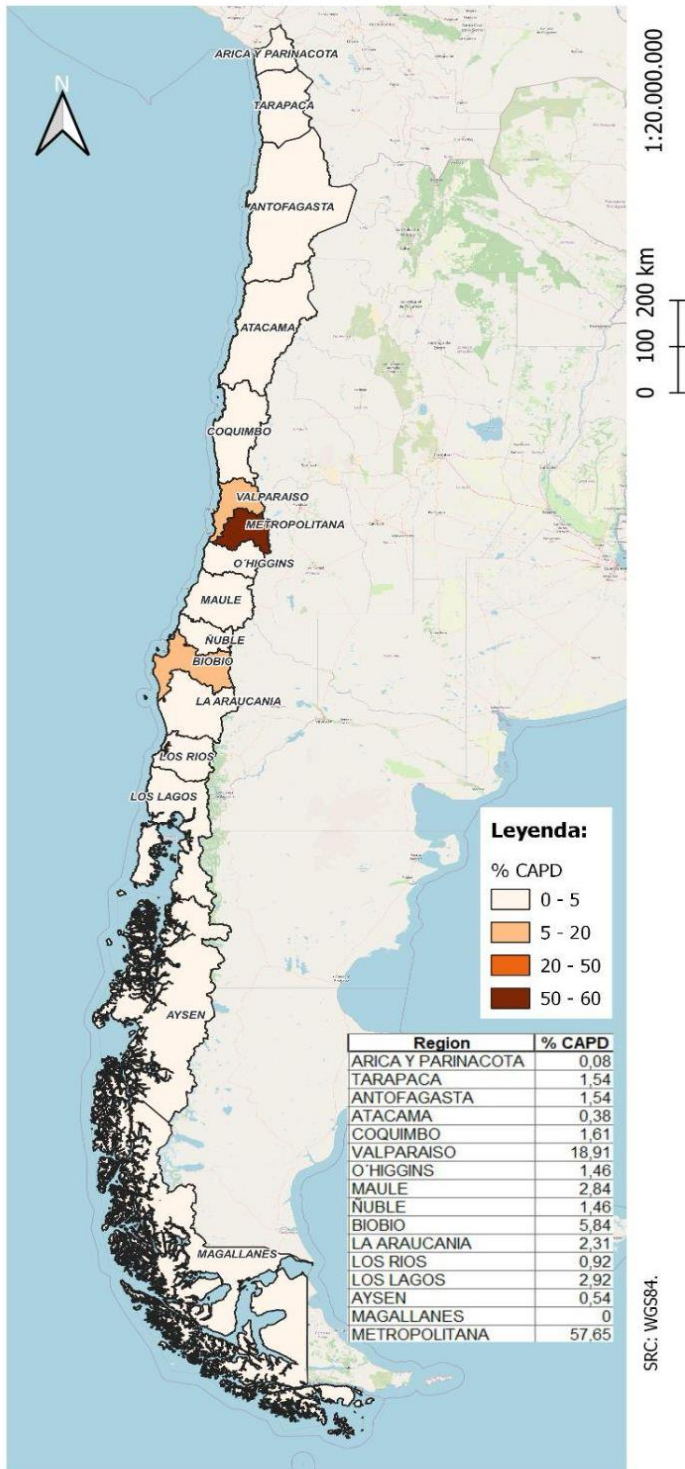


Figura n°23: Cartografía con distribución proporcional de partos Con Atención Profesional en Domicilio.²⁰

Otro aporte es conocer en qué regiones se concentra la mayor frecuencia de partos atendidos profesionalmente en domicilio. De esta forma, la cartografía a la izquierda muestra que la mayor frecuencia se encuentra en tres regiones en particular: en la macrozona centro, la Región Metropolitana de Santiago (57,65% del total de partos domiciliarios con atención profesional ocurren en esta región) y de Valparaíso (18,91%); y en el centro-sur la Región del Biobío (5,84%). El resto de los partos en domicilio con atención profesional se encuentran distribuidos entre las demás regiones del país, con tasas que varían entre 0 y 2,92%. El detalle de las concentraciones a escala regional se puede revisar en la tabla adjunta a la cartografía.

Aquí, al igual en el caso de los partos en instituciones, también se distingue una mayor concentración de la atención profesional; en este caso, en el contexto domiciliario. Así, aquellas regiones que poseen un mayor nivel de urbanización tienen un mayor acceso a los servicios de un/a profesional que pueda asistir partos en domicilio.

²⁰ Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019.

A partir de este grupo de resultados, se puede concluir que, durante el período 2010-2020, casi el 100% de los partos en Chile son asistidos con atención profesional (99,8% en promedio a nivel país), principalmente en recintos institucionales (99,53% del total de nacidos vivos) y un pequeño porcentaje en domicilio (0,06%). Entre los años 2010-2019, la región del país donde se asisten más partos con atención profesional en instituciones, respecto del total nacional de nacidos vivos, es la Región Metropolitana de Santiago (más del 40% del total de los partos con atención profesional en Chile, durante el período 2010-2019, ocurren en recintos institucionales de esta región); concentrando también la mayor cantidad de partos con atención profesional en recintos domiciliarios en conjunto con las regiones de Valparaíso y Biobío. Así, es posible relacionar esta dinámica principalmente con la concentración de población y centralización de los servicios e instituciones de salud en las regiones mencionadas.

En cuanto a los contextos espaciales predominantes para la atención del parto, se observa que el parto en domicilio con atención profesional es mínimo, pero incrementa su demanda en el transcurso del período, incluso reportándose en contexto de pandemia durante el año 2020 una mayor inclinación por esta modalidad; sin embargo, la asistencia de partos en instituciones médicas se practica de manera constantemente hegemónica durante todo el período de estudio.

Un hecho a destacar es la posibilidad de que exista una mayor cantidad de partos asistidos profesionalmente en domicilio, ya que no todos han quedado registrados de forma adecuada al momento de inscripción.

3.2. Prácticas relacionadas con la asistencia del parto en recintos institucionales y domiciliarios

En este apartado se muestran algunas de las prácticas durante la asistencia del parto en ambos recintos de estudio; seleccionándose como puntos de referencia algunas de las materias tratadas en el “Manual de atención personalizada del proceso reproductivo” (Ministerio de Salud, 2008). La sección relacionada a los partos en instituciones se basa en información cuantitativa, considerando los resultados de la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile (OVO, 2018); mientras que la sección sobre partos en domicilio entrega resultados en base a información cualitativa (ya que no se cuenta con datos sistematizados), considerando las clases del diplomado “Gestación, parto y puerperio humanizado” (Escuela Renacer Chile, 2019) y el trabajo que realizan las profesionales que conforman Maternas Chile.

a. Prácticas en recintos institucionales

Sobre el estado de las principales prácticas desarrolladas durante la asistencia del parto con atención profesional en instituciones, se tiene lo siguiente:

- **Entrega de información y/o capacitación sobre las recomendaciones:** es relevante la evidencia sobre el efecto positivo que tienen el desarrollo de los talleres prenatales de Chile Crece Contigo y otros de tipo particular, mostrando que las mujeres que habrían accedido a estas instancias de información estarían menos predispuestas a experiencias de intervencionismo médico. En relación a la asistencia a los talleres de

Chile Crece Contigo, se estima que la prevalencia de intervenciones habría sido en 4 de cada 10 mujeres; mientras que en la de talleres prenatales particulares se presenta aún menor intervencionismo (2-3 de cada 10 mujeres que asisten a talleres son intervenidas). (OVO, 2018).

- **Acompañamiento de una persona significativa:** en los recintos institucionales, existe la posibilidad de que la mujer pueda ser acompañada durante su proceso de parto. Sobre esto, entre los años 2010 y 2017, la prevalencia de privación del acompañante (en algún momento o todo el trabajo de parto/parto) ha mostrado un descenso tanto en hospitales como clínicas; sin embargo, existe una mayor privación en hospitales (donde en alrededor de 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no cuentan con un acompañante significativo, mientras que en clínicas el caso es de 1 de cada 5) (OVO, 2018).
- **Respecto a la recomendación de contacto piel con piel** entre la madre y el/la recién nacido/a mayor a 30 minutos durante la primera hora después del nacimiento, la evidencia muestra que a inicios del período solo 1 de cada 10 mujeres asistidas lo habría experimentado, lo cual experimenta un leve aumento hacia finales del período (2 de cada 10 casos). (OVO, 2018).
- **Libertad de posición:** ha aumentado entre los años 2010 y 2017, existiendo una mayor restricción de movimiento durante la asistencia dada en el sector público (7 de cada 10 mujeres en promedio con restricción de movimiento en parte/todo el trabajo de parto) que en el privado (4 de cada 10). (OVO, 2018).
- **Posibilidad de ingerir alimentos durante el trabajo de parto:** su restricción ha disminuido a lo largo del período 2010-2017, aunque prevaleciendo la alta privación, donde 3 de cada 4 mujeres aproximadamente no habrían tenido la opción de ingesta de alimentos. (OVO, 2018).
- **Manejo del dolor con anestesia o epidural:** durante el período 2010-2017, existe una prevalencia promedio de alrededor de un 70% en hospitales y 90% en clínicas, con aumentos en su uso dentro del sector público y una disminución en el sector privado. Así, es posible dar cuenta de que el uso de anestesia o epidural se mantiene como una práctica obstétrica de uso sumamente común en la asistencia del parto en instituciones médicas. (OVO, 2018).
- **Uso de fármacos e intervencionismo:** se observa un alto uso de fármacos e intervencionismo sobre el cuerpo de las mujeres de parto, existiendo una mayor afectación en las instituciones del sector público.



Figura n°24: Recurrencia en el uso de fármacos o intervenciones durante los partos Con Atención Profesional en Instituciones.²¹

A continuación, nos detendremos en una de las intervenciones mencionadas, una de las más conocidas y de mayor complejidad: la práctica de *cesáreas*. A modo de estudiar su situación, se explora información en el portal DEIS MINSAL, desde donde se obtienen datos sobre la cantidad de cesáreas realizadas dentro del sistema público de salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud “SNSS”) durante los años 2010 a 2020 a escala regional. Esta fuente de información no representa la situación en torno a las cesáreas practicadas en recintos que no forman parte del SNSS.

A partir de la información estadística (ver Anexo n°4), se tiene que durante el período 2010-2020 fueron realizadas un total de 662.530 cesáreas dentro del SNSS, lo que indica que alrededor de un 26% del total de nacidos vivos en el período fue practicado por esta vía. Buscando comprender la distribución de este total de cesáreas hospitalarias a lo largo del país, se elabora y presenta la Figura n°26.

Los resultados muestran que la región que alberga la mayor cantidad de cesáreas en establecimientos pertenecientes al SNSS entre los años 2010-2020 es la Región Metropolitana de Santiago, abarcando un 32,53% del total de casos; seguida por gran parte de las regiones que componen las macrozonas centro y sur (Región de Coquimbo, Valparaíso, O’Higgins, Maule, Biobío y la Araucanía), concentrando cada una de ellas entre un 5 y 10% del total de casos. Finalmente, las cesáreas en recintos pertenecientes al SNSS ocurren en menor proporción (entre un 1,07 a un 5%) en la macrozona norte, parte de centro-sur, sur y macrozona austral (Región de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Ñuble, los Ríos, los Lagos, Aysén y Magallanes).

²¹ Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile (OVO, 2018).

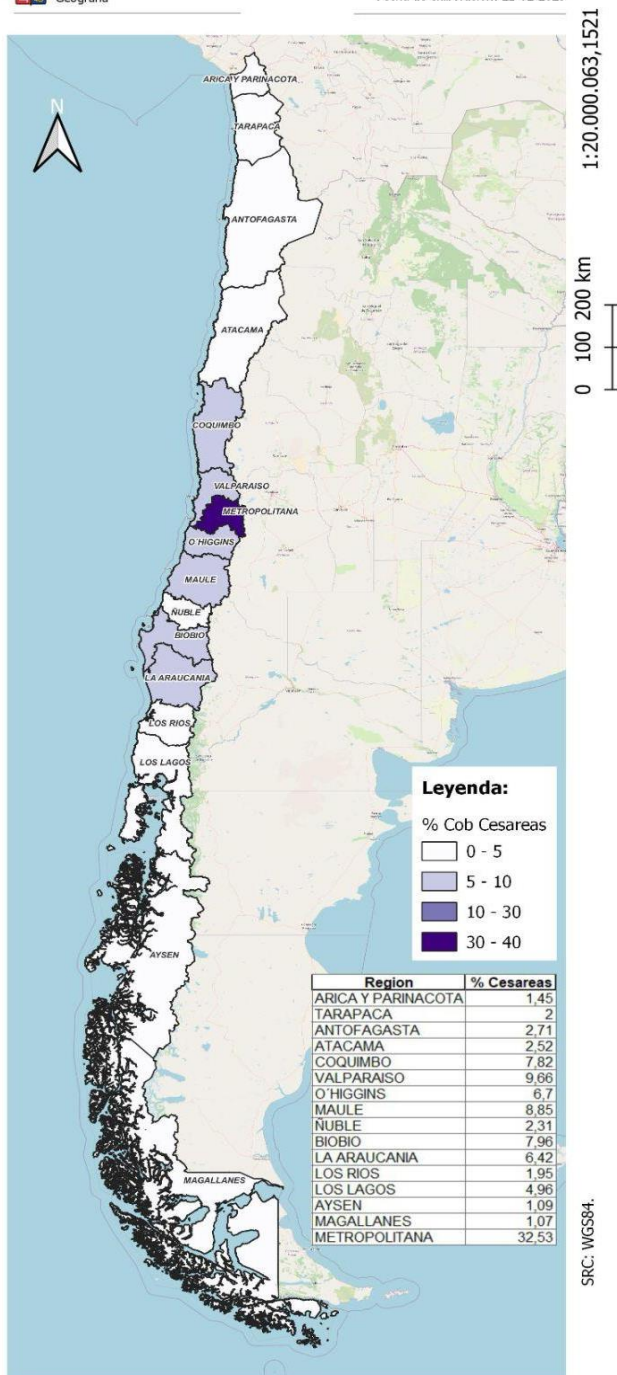


Figura n°25: Cartografía de cesáreas.²²

En base a la información aportada por diferentes informes sobre “Panoramas de la Salud” de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2013; OCDE, 2017; OCDE, 2018; OCDE, 2019; OCDE, 2020), se tiene que, en gran parte del período de estudio, las tasas de cesáreas en establecimientos públicos de Chile bordean un 40 y 50% de casos por sobre el total de nacidos vivos (37,7% en el año 2011; 44,7% en el 2017; 46% en el 2015; 47,73% en el 2016; y 47,7% en el 2017), superando constantemente el estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud (entre un 10-15%). Según los resultados de la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile, durante el período 2010-2017 la cantidad de cesáreas habría disminuido en instituciones clínicas (de un 56,7% entre los años 2009-2013 a un 50,8% entre los años 2014-2017); mientras que en instituciones hospitalarias se habría mantenido un promedio de 39,8% de cesáreas entre 2010-2017. Esta misma fuente entrega otro dato relevante: cuando las mujeres gestantes asisten a talleres prenatales (tanto públicos como privados) se reduciría la prevalencia de intervención por cesárea. (OVO, 2018).

Otro aporte al tema se obtiene a partir del proyecto de investigación FONIS SA13I20259 titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea” (estudio que abarca como período de estudio desde el año 2004 al 2014 y es aplicado en mujeres con una o más cesáreas -en salud pública y privada- de la Región Metropolitana de Santiago) (Sadler et

²² Fuente: Elaboración propia utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Chile.

al., 2018), donde se concluye que uno de los principales contextos que dan paso a la intervención con cesárea tienen relación con la existencia de un historial previo de esta intervención. Además, el porcentaje de situaciones en que las madres solicitan ser intervenidas con cesáreas es bajo (en 6 a 10% de los casos del grupo estudiado), siendo mucho más común que las mujeres prefieran el canal vaginal como vía de parto (cerca de un 80% del grupo estudiado lo declara); lo que daría paso a entender que esta intervención no ocurre principalmente por predisposición de la mujer, sino debido a otros factores.

Las altas tasas de cesáreas en el país estarían asociadas principalmente a una sumatoria entre factores culturales y organizacionales del modelo tecnocrático, el cual -a pesar de los esfuerzos que existen hacia la transición de un modelo humanizado- se encuentra vigente de manera hegemónica en las distintas instituciones médicas a lo largo del país (Sadler et al., 2018).

b. Prácticas en recintos domiciliarios

Sobre las prácticas obstétricas durante la asistencia del parto en domicilio no se cuenta con datos sistematizados como en el caso de los institucionales. Sin embargo, es posible generar un acercamiento cualitativo, destacando las principales prácticas que se promueven durante la asistencia del parto con atención profesional en domicilios durante la década de estudio. Para generar una comparabilidad con el contexto institucional, se utilizan como referencia en la redacción de este apartado los mismos parámetros estudiados en el ítem anterior.

- **Entrega de información y/o capacitación sobre las recomendaciones:** es frecuente este tipo de acompañamiento cuando los partos son asistidos en domicilio. Por lo general, las mujeres que optan por este tipo de parto asisten previamente a talleres, charlas, o encuentros con obstetras o doulas, teniendo así acceso a información sobre el proceso de parto, las recomendaciones y los cuidados en torno a este.
- **Acompañamiento de una persona significativa:** el parto en domicilio permite un acompañamiento según la mujer prefiera.
- **Lugar de parto y libertad de posición:** se procura que el lugar donde se desarrolle la asistencia sea un espacio conocido y cómodo para la madre, manejando el área de asistencia del parto limpia; y que el parto ocurra en la posición más adecuada para ella.
- **Posibilidad de ingerir alimentos durante el trabajo de parto:** no se suelen aplicar restricciones, y en caso de que la madre los solicite, se intenta disponer de ellos procurando que estos sean saludables (por ejemplo, frutas, agua, etc.).
- **Uso de fármacos y manejo del dolor:** se espera que el desarrollo del parto sea dado según el ritmo fisiológico de la mujer de parto, prestando apoyo continuo durante la asistencia y disponiendo de terapias complementarias que puedan ser accesibles en el hogar; como por ejemplo, el uso de hidroterapia (ducha del domicilio o la instalación de una piscina inflable en el lugar de preferencia), masajes (en ocasiones con aceites

esenciales), música, aromaterapia, uso de balón inflable para complementar ejercicios de cuerpo, acupuntura, etc.

- **Recomendación de contacto piel con piel:** se procura un contacto inmediato y que tome el tiempo que requiera la madre.

A modo de síntesis sobre las diferentes prácticas que se sitúan en instituciones y domicilios, se presenta la siguiente figura:

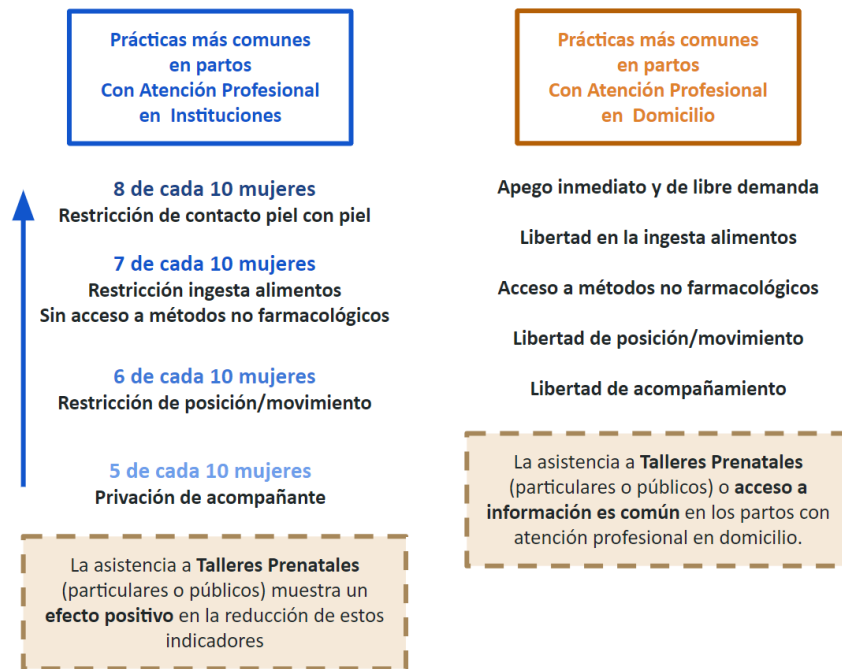


Figura n°26: Resumen de prácticas en partos Con Atención Profesional, en Instituciones y Domicilios.

De este modo, se observa cómo en ambos recintos se desarrollan distintas prácticas, relacionadas principalmente con los modelos de atención del parto que predominan en ambos contextos. En este sentido, la atención profesional que se recibe en instituciones muestra una fuerte inclinación hacia el control de las corporalidades, principalmente a través de prácticas y herramientas técnicas/tecnológicas. En cuanto a los partos con atención en domicilio, se observa que existe una menor inclinación por la dominación o control sobre el parto, relacionándose más bien con un acompañamiento, no intervencionismo, entrega de herramientas no farmacológicas para el manejo del dolor y mayor capacidad de decisión de la mujer.

Es importante hacer énfasis en que este gran contraste en las prácticas desarrolladas no posiciona a una espacialidad por sobre la otra, ya que esto siempre depende, en gran medida, de dos elementos: de la correcta ejecución y no arbitrariedad de las prácticas (ya que esto puede llegar a tener efectos negativos en la salud de la madre y el bebé, tanto a corto como largo plazo) (Odent, 2008); y de las diversas experiencias del cuerpo y preferencias de la mujer

en relación con los ambientes físicos y sociales (en este caso, instituciones y domicilios) (Longhurst, 1997; Butler, 1999).

3.3. Entorno material en la asistencia del parto en recintos institucionales y domiciliarios

Otra arista importante al momento de comprender la asistencia del parto desde un enfoque geográfico es la materialidad, entendiendo el valor que toma la infraestructura para el desarrollo de las interacciones forman parte del fenómeno y las posibilidades que ofrece para transitar hacia la humanización. Es por ello que, a continuación, se muestran imágenes que caracterizan el entorno físico de clínicas y hospitales (entre ellas las opciones de salas de parto integral); y así también de domicilios (desde un carácter general, comprendiendo que no todos los hogares poseen las mismas condiciones de infraestructura).

a. Entorno institucional: parto en hospitales y clínicas

En Chile, la asistencia del parto en instituciones médicas funciona en dos “sectores”: el público y el privado; presentando el primero de ellos importantes déficits respecto al segundo sector en cuanto a su infraestructura general, brindar por lo general una escasa privacidad al paciente durante su atención y un trato impersonal referido a los mismos (Goic, 2015). En esta ocasión, el esfuerzo no se encuentra en distinguir y comparar estas dos modalidades (pública y privada), sino en diferenciar las salas institucionales y recintos domiciliarios donde ocurre el evento del parto. En consecuencia, mencionaremos que existen en Chile dos contextos institucionales en general: las salas de parto tradicional y las salas de atención integral de parto (entendiendo de fondo que existen importantes desigualdades entre sectores público y privado).

Durante el desarrollo del proceso de parto en instituciones médicas, se realizan traslados entre diferentes salas según la fase de parto que se esté transitando (preparto, parto, postparto). Las *salas de parto tradicional* -también conocidas como pabellones de maternidad- son espacios a los que se deriva luego de haber estado la madre en una sala de preparto. En ellas se pueden atender tanto cesáreas como partos vaginales y fórceps; y es posible encontrar una serie de elementos esencialmente enfocados en cumplir un rol técnico y de control del parto, contando entre ellos una camilla de atención quirúrgica ubicada en el centro de la habitación, una serie de aparatos de monitoreo, máquina de anestesia, gases clínicos, amplios equipos de iluminación quirúrgica por sobre la camilla, y estantes arsenales de insumos médicos/farmacológicos. En ocasiones, se puede acceder a la opción de luz tenue, musicoterapia, entre otros complementos, mas esto dependerá de las posibilidades dispuestas en el recinto de parto y de su modelo de gestión -relacionado directamente con su condición pública o privada-. Posterior a la atención en este espacio, la madre es trasladada a una sala de postparto.

Algunos registros señalan que, en este tipo de salas, las prácticas de atención del parto como restricción de contacto piel con piel, de ingesta de alimentos, de movimiento, de acceso a métodos no farmacológicos y de acompañamiento son bastante comunes (OVO, 2018).

De este modo, las siguientes imágenes ilustran el entorno material que se puede encontrar en el sector público y privado. La primera de ellas corresponde a una sala de parto tradicional

ubicada en el Hospital Clínico San Borja Arriarán -una de las instituciones más populares y con mayor trayectoria en la atención del parto en el país-, mientras que la segunda hace referencia a una sala de parto tradicional ubicada en la Clínica Dávila. En ambas salas se perciben similitudes en su estructura general, contando con equipamiento tecnológico para mantener controlado el proceso de parto (con mayor o menor tecnología, según el caso) y estando distribuidos todos los elementos de una manera estandarizada, destacando el orden de la camilla en el centro de la sala y los implementos médicos en las orillas de esta (lo cual facilita el desplazamiento y procedimientos del personal médico alrededor de la mujer).



Figura n°27: Sala tradicional de atención de parto, Hospital Clínico San Borja Arriarán.²³



Figura n°28: Sala tradicional de atención de parto, Clínica Dávila.²⁴

Además de las salas de parto tradicionales, dentro de los recintos institucionales también es posible encontrar las llamadas *Salas de Atención Integral del Parto* (SAIP). En este tipo de espacios es posible asistir el proceso de trabajo de parto, parto y posparto inmediato; siempre que se cumplan algunos requisitos²⁵ previos que aseguren que el parto a asistir es de bajo riesgo.

En estas salas, el modelo de atención de parto es más personalizado, y se procura una atención respetuosa y humanizada; donde prácticas como el contacto piel con piel inmediato y sin restricción de tiempo, la libertad en la ingesta de alimentos, el acceso a métodos no farmacológicos, así como la libertad de movimiento y acompañamiento, resultan comunes (Maternas Chile).

Entre las características físicas de las SAIP, se pueden encontrar diferentes opciones de equipamientos para la atención del parto, como elementos para el manejo del dolor no farmacológico (tina de hidromasajes, balón kinésico, ambiente temperado, luz tenue, ambiente silencioso o con opción a música, aromaterapia), camas eléctricas regulables, mesón de área limpia/área sucia, baño para la paciente, espacio/mobiliarios para las personas acompañantes, equipo de anestesia, gases clínicos, y arsenalera con insumos médicos/farmacológicos. El

²³ Fuente: Sitio web Hospital Clínico San Borja Arriarán (25 de junio, 2021). Visto en: <https://hcsba.cl/sitio/2021/06/25/pabellon-maternidad-retoma-funcionamiento-y-cirugias-en-dependencias-del-hcsba/>

²⁴ Fuente: Sitio web Clínica Dávila (s.f.). Visto en: <https://www.davila.cl/davilavespucio/pabellones-quirurgicos/>

²⁵ **Principales requisitos para ingreso a sala SAIP:** gestación única y avance del ciclo con 37 semanas o más, el bebé debe encontrarse en posición cefálica, el trabajo de parto debe estar en fase activa con dilatación de 4 cm. o más, el peso del bebé debe ser alrededor de los 4.100 gramos, y la gestante debe estar sana (o de presentar patologías, que estas sean de bajo riesgo).

propósito principal de este tipo de equipamiento es entregar óptimas condiciones ambientales a la mujer de parto (promoviendo su relajación, el manejo del dolor de forma no farmacológica y con ello reducir la cantidad de intervenciones médicas), además de permitir contener de forma humanizada sus necesidades durante el proceso del evento. Sin embargo, cabe mencionar nuevamente que la accesibilidad que pueda existir para cada uno de ellos dependerá de la disponibilidad de recursos y modelo de gestión que aplique en cada recinto público/privado.

Finalmente, ha de considerarse que, en caso de estar siendo asistido el parto en una sala SAIP y que existan complicaciones durante el proceso -requiriendo, por ejemplo, una cesárea de urgencia-; se realizará traslado a una sala de parto tradicional.

Se presentan a continuación dos imágenes que representan el común entorno físico en SAIP, dando cuenta de implementos más personalizados para la atención que en salas tradicionales, y variando su sofisticación según los recursos de cada institución.



Figura n°29: Sala SAIP situada en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida.²⁶



Figura n°30: Sala SAIP perteneciente a la Clínica Alemana.²⁷

Al observar la situación en salas institucionales, ya sean tradicionales o de atención integral, es posible identificar la presencia de equipamiento que permite un mayor control sobre los cuerpos de las mujeres de parto. No obstante -aunque continuando en varios aspectos con las prácticas comunes de atención institucional- las SAIP incorporan una mayor cabida a las expresiones, preferencias y necesidades corporales de las mujeres asistidas y sus bebés, por lo que serían una clara posibilidad para lograr partos más respetuosos y humanizados.

b. Entorno domiciliario: parto en casa-habitación

El parto planificado y asistido profesionalmente *en domicilio* implica el desarrollo de las fases de preparto, parto y posparto en el mismo recinto (a menos que existan complicaciones en el curso del proceso y se deba realizar un traslado a un recinto médico institucional), donde la

²⁶ Fuente: Leiva, L. (24 de octubre, 2016). "Hospital de La Florida logra el 74% de nacimientos por parto normal, la mayor tasa del país". Sitio web Diario La Tercera. Visto en: <https://www.latercera.com/noticia/hospital-la-florida-logra-74-nacimientos-parto-normal-la-mayor-tasa-del-pais/>

²⁷ Fuente: Sitio web Clínica Alemana (s.f.). Visto en: https://www.alemana.cl/sitio_emo/conoce_el_edificio.html

asistencia que se brinda ha de ser esencialmente respetuosa y humanizada. Así, resultan ser comunes prácticas como el contacto piel con piel inmediato y sin restricción de tiempo, la libertad en la ingesta de alimentos, el acceso a métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, la libertad de movimiento y el acompañamiento.

Las imágenes siguientes corresponden a diferentes instancias de desarrollo de un parto asistido en domicilio:



Figura n°31: Preparación de tina por parte del acompañante, y ejercicios de trabajo de parto asistidos en habitación.²⁸



Figura n°32: Ejercicios de trabajo de parto asistidos en habitación.²⁹



Figura n°33: Ejercicios de trabajo de parto en tina, con presencia de acompañante significativo y asistencia profesional³⁰



Figura n°34: Encuentro de postparto inmediato en habitación; entre mujer asistida, recién nacido y acompañante significativo.³¹

²⁸ Fuente: Gajardo, Sergio (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Material expuesto en clases de Diplomado “Gestación, Parto y Puerperio humanizado”, Escuela Renacer Chile, versión 2019. Contacto fotógrafo: sgajardofoto@gmail.com

²⁹ Fuente: Gajardo, Sergio (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Material expuesto en clases de Diplomado “Gestación, Parto y Puerperio humanizado”, Escuela Renacer Chile, versión 2019. Contacto fotógrafo: sgajardofoto@gmail.com

³⁰ Fuente: Santibáñez, P. (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Contacto fotógrafa: paula.santibanezp@gmail.com

³¹ Gajardo, Sergio (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Material expuesto en clases de Diplomado “Gestación, Parto y Puerperio humanizado”, Escuela Renacer Chile, versión 2019. Contacto fotógrafo: sgajardofoto@gmail.com

En las imágenes se pueden distinguir algunos elementos que suelen ser clave en la asistencia: la *limpieza en el espacio a utilizar* (en este caso, baño limpio, cuya ducha/tina puede ser utilizada para el contacto con agua tibia; y una habitación aseada y con sábanas limpias), *herramientas que promuevan el manejo del dolor no farmacológico* (se observa la disposición de un balón kinésico para realizar ejercicios corporales durante el trabajo de parto, luz tenue, la opción de una manta suspendida desde altura como soporte para realizar ejercicios de relajación muscular), el *uso de vestimenta cómoda y adecuada para la mujer* (donde el estar *desnuda* también es una opción); y la *interacción con materiales que son cotidianos para la mujer*.

Buscando un patrón común que sirva para caracterizar el entorno físico que en general existe/debiese existir para la asistencia de un parto en domicilio, se mencionan a continuación algunas recomendaciones materiales básicas (indicadas durante las clases del diplomado *Gestación, Parto y Puerperio Humanizado en Escuela Renacer Chile*): *la casa debe encontrarse en una condición limpia*, idealmente con acceso a condicionar la temperatura del ambiente para mantener una *temperatura adecuada*, con *disponibilidad de agua/agua caliente*, la posibilidad de generar un *ambiente íntimo y acogedor* (luz tenue, uso de aromas y música de preferencia de la mujer de parto, entre otros), disposición de *insumos básicos* para llevar a cabo la asistencia (como alimentos preparados, sábanas desechables, toallas y sábanas lavadas, apósitos maternos y ropa para el recién nacido, recipiente para la placenta, jabón antiséptico, alcohol, etc.), la *disposición de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor* (guateros, aceites esenciales, música, balón kinésico, etc.), *acceso inmediato a un automóvil* con bencina en caso de traslado, y en el mismo caso contar con un *bolso preparado con insumos básicos* (ropa de cambio para la mujer asistida y para el bebé, carnet de identidad y carnet maternal, exámenes y ecografías). Es importante señalar que en el caso de la asistencia profesional del parto en domicilio no se hace uso de métodos farmacológicos endovenosos; y en caso de requerirse, se debe realizar traslado a un recinto institucional.

3.4. Pandemia 2020 y asistencia del parto

La infección por el SARS-CoV-2 fue declarada pandemia a nivel global el 1 de marzo del año 2020; convirtiéndose en una emergencia de salud pública que puede expresarse de forma asintomática, leve, moderada, severa o crítica (esta última presentando insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o falla orgánica múltiple). La extensión del fenómeno derivó en una serie de preocupaciones e incertidumbres a nivel global, entre ellas, el cómo afectaría el virus y su propagación al desarrollo de la gestación, parto y puerperio.

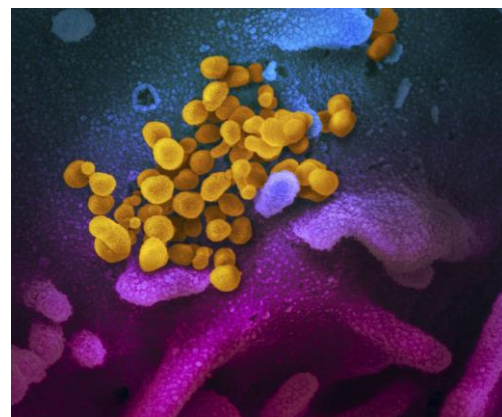


Figura n°35: Imagen de tomografía electrónica realizada con microscopio. Presencia de coronavirus (amarillo), entre varias células humanas (azul, rosado y turquesa).³²

³² Fuente: Niaid/Planet Pix vía Zuma Press/ Cordon Press. Visto en: <https://biologia.uc.cl/fotografias-del-coronavirus-bajo-el-microscopio/>

De este modo, y en conformidad con el objetivo general de la presente investigación, se señalan a continuación algunos de los principales acontecimientos en torno a la asistencia del parto en el país, en base a fuentes de institucionales (locales e internacionales), gubernamentales, académicas, entre otras (OMS, 2020; Sociedad Chilena de Pediatría, 2020; Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2020; Colegio de Matronas, 2020; Hernández et al., 2020; Horsch, Lalor & Downe, 2020; Olza et al., 2020; López et al., 2020; Latorre, 2020; INE, 2020; Leiva et al., 2021; Ministerio de Salud, 2022; Olhaberry et al., 2022):



Figura n°36: Comunicado sobre el primer caso de COVID-19 en el país.

- El 3 de marzo de 2020 se reportó en Chile el primer caso de COVID-19, iniciando una etapa de propagación comunitaria sostenida del virus donde el país pasa a declararse en estado de excepción constitucional de catástrofe. A raíz de esto, se toman distintas medidas que provocaron fuertes cambios en el cotidiano de la sociedad, donde se cuentan la aplicación de toques de queda y cuarentenas “dinámicas” en diferentes territorios del país, según sus indicadores de COVID-19.

- El SARS-CoV-2 se presentaba como un virus inédito en humanos, por lo que no se tenía antecedentes de la infección provocada ni evidencia científica que permitiera comprender las formas de su contagio o secuelas -por ende, tampoco en relación a sus implicancias en la asistencia del parto-.
- La aplicación de cuarentenas y el ambiente de incertidumbre por la inminente propagación del virus y sus posibles efectos secundarios tiene una serie de implicancias conductuales durante el desarrollo gestacional, entre ellas, una menor asistencia a talleres prenatales y visitas a controles médicos (por temor al contagio en recintos hospitalarios), restricciones para acceder a momentos de dispersión al aire libre, dificultades para recibir acompañamiento de su red de apoyo, entre otros acontecimientos. La toma de estas medidas mostraba el potencial de afectar fuertemente la salud psicoemocional de la madre, pudiendo llegar la mujer al momento de su parto con una menor cantidad de herramientas personales.
- A nivel internacional, se indican algunos protocolos para orientar de manera estandarizada a los profesionales de la salud en la entrega de cuidados durante la asistencia del parto, como un intento de minimizar riesgos asociados al COVID-19. En relación a esto, la OMS manifiesta que se debe continuar promoviendo una experiencia de parto segura y positiva durante la pandemia. Así, a pesar de que la madre presente (o no) el virus, el organismo internacional asegura, por ejemplo, que los beneficios del contacto piel con piel o de lactancia materna superarían con creces los posibles riesgos de transmisión y enfermedad, por lo que deberían mantenerse (OMS, 2020).
- En este contexto, las principales (pre)ocupaciones en la asistencia del parto son la prevención del contagio tanto en la gestante como en su entorno cercano y una preparación adecuada en caso de presentarse positividad del virus, lograr prevenir el desgaste

psicoemocional materno, y la actualización de protocolos a partir de fuentes de información oficiales/no oficiales.

- En Chile no se elabora ni provee un protocolo nacional que sirva de guía principal para los profesionales y pacientes (ya sea en instituciones médicas o domiciliarias); quedando el criterio sobre las medidas de protección y precaución a aplicar en manos de cada recinto y profesionales a cargo, muchas veces sostenido por redes de información no oficiales (como correos, video llamadas y otras redes sociales) entre profesionales y con las mismas pacientes.



Figura n°37: Contexto de aplicación de protocolos durante el parto para la prevención de COVID-19; Hospital Félix Bulnes.³³

- A raíz de lo anterior, algunas de las medidas protocolares tomadas en varias instituciones médicas son la interrupción del contacto inmediato piel con piel, desaconsejar la lactancia en madres confirmadas/con sospecha del virus, restricción de acompañamiento durante el proceso de parto, hipermedicalización para acelerar procesos de trabajo de parto (inducción programada del parto, oxitocina de rutina), entre otras medidas cuyo principal riesgo es la posibilidad de influir de manera perjudicial el proceso de parto, tanto en términos de salud para la madre-bebé como en la construcción de un vínculo seguro. Así también, el impacto psicoemocional para la mujer -producto de la aplicación de las medidas protocolares en los establecimientos médicos, sumadas al contexto de urgencia que vive el país- lleva a desarrollar un significativo aumento de síntomas de depresión y ansiedad, tanto en el curso gestacional como en el momento del parto. A pesar de que la vía de parto aconsejada en mujeres de bajo riesgo obstétrico es la vaginal -incluso en casos donde las mujeres presentan formas leves o asintomáticas de COVID-19- (López et al., 2020), se incrementa (aún más) la tasa de aplicación de cesáreas institucionales en el país.
- En el transcurso del año, las recomendaciones y medidas aplicadas van siendo reconsideradas y modificadas, presentando acercamientos en consonancia con la evidencia emergente y las recomendaciones internacionales.
- Respecto a la asistencia de partos en casa, la asociación gremial Maternas Chile (grupo de matronas que asisten partos en domicilio) elabora un documento con recomendaciones que posibiliten la entrega de una atención profesional segura para la asistencia del parto en domicilio, basándose en la evidencia científica disponible y recomendaciones nacionales e internacionales.

³³ Fuente: Sitio web Hospital Félix Bulnes (10 de marzo, 2021). “Se reapertura el Acompañamiento durante el Parto con protocolos de Prevención COVID-19”. Visto en: <https://felixbulnes.cl/2021/03/10/se-reapertura-el-acompanamiento-durante-el-parto-con-protocolos-de-prevencion-covid-19/>



Figura n°38: Portada de Protocolo Maternas Chile para la asistencia de parto domiciliaria en situación de COVID-19.³⁴

En este documento se estipula que la asistencia en domicilio debe ser realizada sólo a gestantes con COVID-19 negativo (en caso de sospecha o confirmación, la mujer debe ser trasladada a un centro asistencial), comprendiendo que puede existir un número de casos falsos negativos que no presenten síntomas. En la etapa previa al parto, se recomienda seguir los pasos cotidianos de asistencia domiciliaria: respetar el ritmo de gestación fisiológica, realizar seguimiento de la gestación, prever que el domicilio se encuentre cercano a un centro asistencial, establecer un plan de traslado; y, en caso de que el/la acompañante de la mujer de parto presente sospecha o confirmación del virus, este/a deberá ser trasladado/a o aislado/a, realizando una desinfección total del espacio.

Ya entrando a trabajo de parto y parto, se señala alinearse con los protocolos estándar de asistencia en domicilio, es decir, favoreciendo la intimidad, respeto, necesidades de las mujeres y familias, la fisiología del parto y nacimiento y uso de métodos de alivio natural del dolor (con alcances en la recomendación de uso de inmersión en agua tibia, por posible contaminación del virus). En el momento de posparto, se recomienda seguir favoreciendo el corte tardío del cordón umbilical, el contacto piel con piel y la lactancia materna precoz. Sobre el recién nacido, se recomienda proceder con el protocolo habitual, manteniendo precauciones básicas. También se recomienda que no haya visitas en casa durante el postparto y puerperio, y que quienes comparten domicilio con la madre puedan realizar aislamiento domiciliario por al menos 14 días. Por último, a la/el profesional, se le recomienda desechar y desinfectar elementos pertinentes.

- La SOCHOG se manifiesta emitiendo un comunicado oficial (ver Anexo n°5), en el cual señala que la práctica del parto en domicilio implicaría un mayor riesgo para la madre y bebé por nacer, y que no se debe tomar la decisión de parir en domicilio basándose en información no oficial. También indica que las instituciones médicas serían el lugar más seguro para llevar a cabo el desarrollo de un parto, ya que en estos establecimientos se brindaría una mayor rigurosidad en las medidas de prevención y tratamiento relacionadas al COVID-19 (SOCHOG, 2 de abril 2020).
- Los protocolos aplicados en las instituciones médicas, sumado a las denuncias civiles, el miedo, y la percepción de violencia obstétrica, provocan un aumento en la demanda por el parto en domicilio (Hidalgo, C; en de la Maza, 2020); dinámica que también se observa a nivel internacional durante el período de pandemia (Costa et al., 2021). El parto en

³⁴ Fuente: Maternas Chile (2 de abril, 2020). Recomendaciones para la prevención de la transmisión de COVID-19 en el contexto de la asistencia del parto planificado en domicilio con asistencia profesional. Santiago de Chile. Visto en: https://ca900020-fc63-4e8c-9030-d84020813561.usrfiles.com/ugd/ca9000_bd5cfea9ce8e417d9df8cf5eb721f424.pdf

domicilio sólo es recomendado en condiciones de bajo riesgo. En caso de que las mujeres presenten el virus (o haya sospecha de él) y no cumplan con los requisitos para que sus partos sean asistidos en domicilio, deberán ser derivadas a instituciones médicas convencionales. (Hidalgo, C; en de la Maza, 2020).

A continuación, se muestra un esquema síntesis con los principales hitos mencionados, en relación al desarrollo de la atención de partos en Chile para el año 2020:

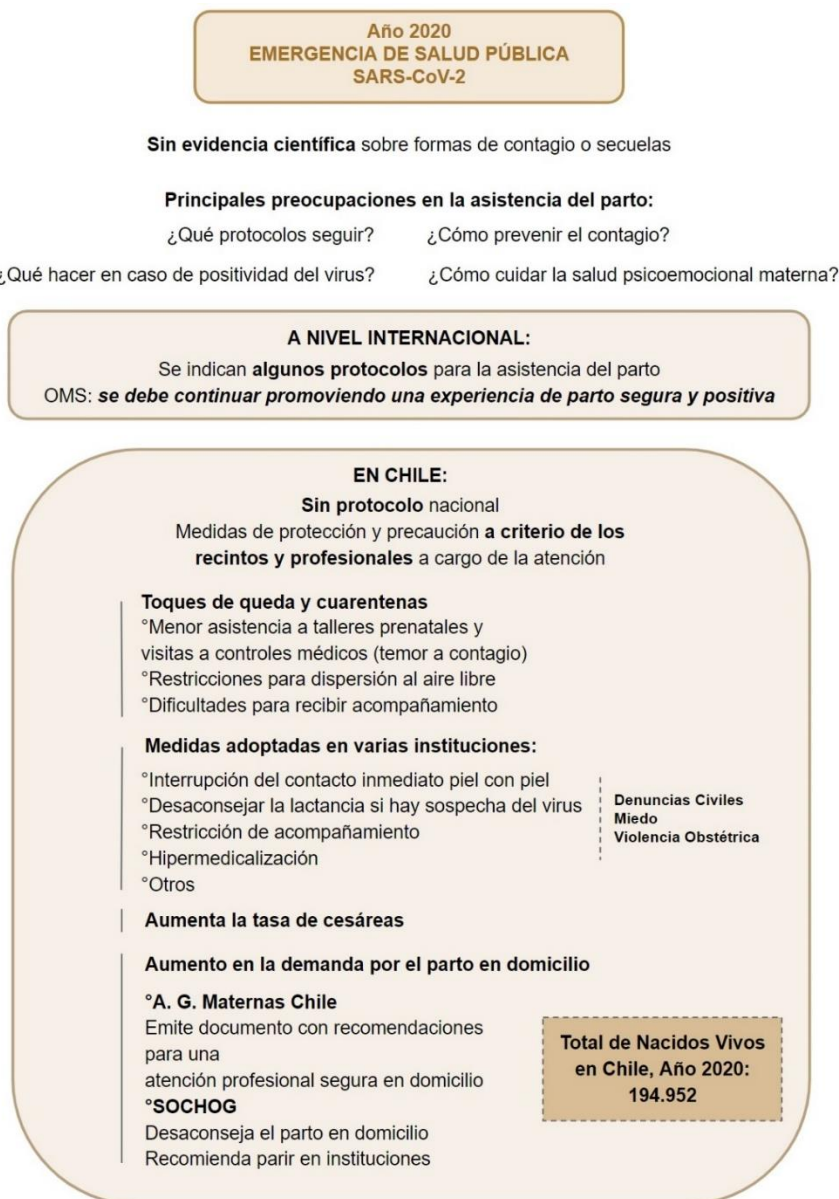


Figura n°39: Esquema resumen sobre atención del parto en pandemia.

3.5. Experiencias y declaraciones sobre la atención del parto en instituciones y domicilio

A continuación, se presentan una serie de experiencias y declaraciones por parte de mujeres,

organizaciones civiles y profesionales de la salud en torno a la asistencia del parto durante el período de estudio, los cuales han sido clasificados para esta ocasión en tres categorías: primero, en relación a la atención del parto en instituciones médicas; segundo, en el contexto de recintos domiciliarios; y finalmente, respecto a la asistencia del parto en contexto de pandemia por COVID-19 durante el año 2020.

a. Parto institucional

Respecto a la atención del parto en instituciones, se muestran a continuación los reportes de mujeres sobre experiencias en cuando a *estándares de cuidado, comunicación, abuso verbal y abuso físico* durante su atención -lo cual forma parte de los resultados de la encuesta generada por OVO Chile-; considerando además una serie de testimonios que buscan representar algunas perspectivas por parte de mujeres, profesionales de la salud y organizaciones civiles.

Sobre los *estándares de cuidado y comunicación deficientes entre mujeres y personal de salud*, se percibe una tendencia a la disminución en la cantidad de experiencias negativas entre los años 2009-2017; siendo las dos más frecuentes la “falta de respuesta ante dudas, omisión, desatención y acallamiento” y “falta de sensibilidad o empatía frente a los dolores de la mujer”. Por otra parte, distinguiendo el tipo de institución, se concluye que existen diferencias muy marcadas entre recintos hospitalarios y clínicos respecto a la *deficiencia de cuidados*, siendo proporcionalmente mayores las “faltas” en el sector público. A continuación, se muestra un gráfico con la representación proporcional de cada variable, según tipo de institución:

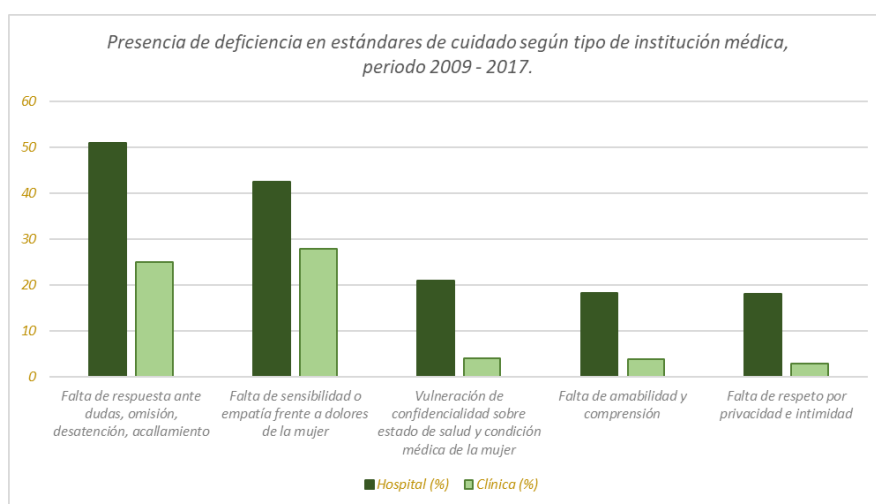


Figura n°40: Presencia de deficiencia en estándares de cuidado en la atención del parto según tipo de institución.³⁵

En cuanto al *abuso verbal* entre los años 2009-2017, se observa una disminución de experiencias tanto en hospitales como clínicas. Las prácticas negativas más frecuentes en este ámbito son la “crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones” y las “expresiones que infantilizan a la mujer”, seguidas por el “uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante” y “trato con amenazas”. Al distinguir el tipo de institución, se tiene que

³⁵ Calculado como promedio de los datos del período 2009-2017. Elaboración propia en base a los datos captados por OVO Chile (OVO, 2018).

el *abuso verbal* es mucho más común en hospitales que en clínicas. De este modo, el siguiente gráfico representa la situación ambos establecimientos:

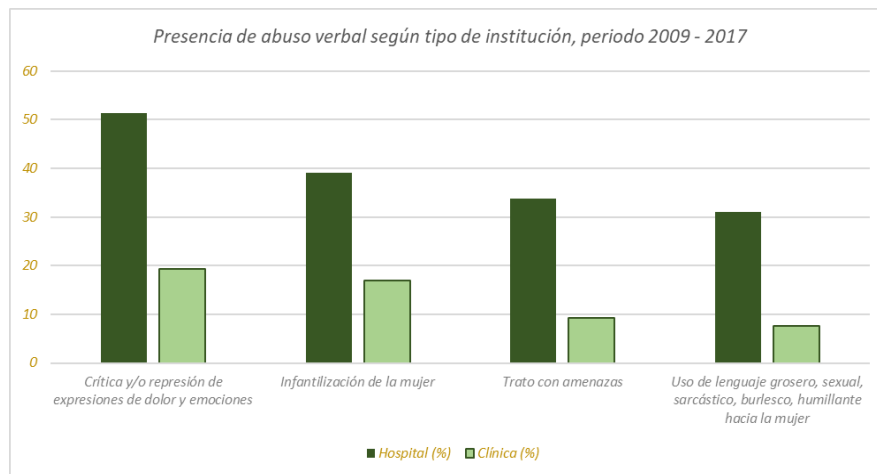


Figura n°41: Presencia de abuso verbal en la atención del parto hacia mujeres según tipo de institución.³⁶

Respecto a los reportes de *abuso físico* -entendido como situaciones de contacto físico irrespetuoso de parte del personal de salud que las atendió (manotazos, zamarreo, empujones, toques molestos)- se observa que habría disminuido en el transcurso del período. En cuanto a la presencia promedio del fenómeno en hospitales y clínicas -durante el período 2009-2017- se tiene que 1 de cada 5 mujeres asistidas habría recibido abuso físico en recintos hospitalarios; mientras que la tasa solo se acercaría a 1 de cada 10 mujeres en el caso de recibir atención en el sector privado.

Dentro de los testimonios y declaraciones emitidos por mujeres asistidas en instituciones, se describe reiteradas veces al proceso del parto como una experiencia de alta vulnerabilidad, con sentimientos de miedo, inseguridad, culpa, inutilidad y desconexión con sus corporalidades; donde se suele proyectar un alto nivel de confianza en el conocimiento del equipo médico, muchas veces en desmedro de sus propios conocimientos, voluntades e intuiciones (Sadler, 2016). Otro aspecto común hace referencia a que los equipos médicos a cargo emitirían gran cantidad de juicios, practicando intervenciones que muchas veces no son informadas o consultadas a las mismas mujeres. Esto, reconocido como *abuso verbal* (y señalado anteriormente con los datos de OVO), se expresa a través de las siguientes frases:

[El médico me dijo:] “A la horita que se te ocurre parir...”;

“A ver, a ver [aplaudiendo], qué tanto escándalo aquí”;

“¡Abre las piernas! ¡Cómo no vai a saber abrir las piernas!”;

“¡Déjate de llorar que parecí cabra chica!”;

“No, no te la dejo [a la guagua], porque la noche no es para hacer apego”;

“Que tenía pezón plano, que mis pechugas eran malas para dar leche. No sirven”;

“ Me tengo que ir, aguántate: y me puso 4 puntos sin anestesia ”.

(Mujeres víctimas de violencia obstétrica durante la atención del parto; en OVO Chile).

³⁶ Calculado como promedio de los datos del período 2009-2017. Elaboración propia en base a los datos captados por OVO Chile (OVO, 2018).

Lo anteriormente expuesto pone en el escenario a una variable que ya se ha mencionado dentro de este texto: la concepción del *cuerpo como territorio*. Cada vez que se hace referencia a las falencias en el cuidado y la comunicación, así como del abuso verbal y físico; se indican diferentes vivencias que experimentan las corporalidades de las mujeres al momento de parir; o, dicho de otro modo, las *encarnan*. Se evidencian entonces relaciones de poder físico y social que, manifestadas a través del trato hacia las mujeres situado en las instituciones; transgreden, oprimen y vulneran este íntimo territorio, el cuerpo.

Otra variable que se puede observar en el sistema de atención institucional que opera en Chile durante el período de estudio es su fuerte tendencia capitalista; donde las altas tasas de cesáreas, así como de otro tipo de intervencionismos o usos de fármacos, se vuelven protagonistas. Así, en el intento de asegurar y acelerar el proceso de atención, se organizan diferentes estrategias de poder para lograr un proceso más “eficiente” en términos económicos. Esta mercantilización del sistema de atención del parto se relaciona directamente con el hecho de que una gran variedad de intervenciones médicas y uso de fármacos sean tan comunes en la actualidad, principalmente en instituciones; ya que estas “herramientas” permiten atender al mayor número de partos en la menor cantidad de tiempo. Sucede entonces que, lo que fuese un proceso fisiológico y personalizado en cada mujer, pasa a ser una transacción de servicios e insumos estandarizada en busca de lograr la mayor cantidad de beneficios económicos (Odent, 2003; Davis Floyd, 2004).

*“El cuento de tiempo y lo económico, es un grave problema desde el punto de vista de los profesionales, que es distinto **programar una cesárea a una hora adecuada en un tiempo adecuado, que no va a interrumpir tus consultas, versus el trabajo de parto fisiológico que parte a cualquier hora, interrumpes la consulta y eso es un daño económico importante**”.*

(Médico obstetra; FONIS SA13I20259, 2016).

En este punto, cabe la pregunta sobre si realmente las intervenciones médicas tienen un efecto perjudicial sobre las mujeres... Por una parte, es indudable que los avances en procedimientos médicos, incluyendo las intervenciones o uso de fármacos, han logrado hasta hoy importantes beneficios para la salud materna e infantil; y su aplicación en sí no debiese ser perjudicial si se procede de manera ética y en base a un correcto diagnóstico. Sin embargo, el gran cuestionamiento que se realiza por parte de civiles, instituciones e incluso dentro de los mismos grupos médicos, es que la tendencia actual es un excesivo y/o muchas veces innecesario intervencionismo y medicalización (muchas veces sin explorar recursos no intervencionistas ni farmacológicos); además de que la atención de base suele ser poco personalizada y humanizada. Es decir, la crítica en general sobre el intervencionismo o uso de fármacos no es su aplicación per se, sino los criterios y maneras que derivan a ellos; lo cual se manifiesta a través de la siguiente declaración:

*“Yo **no estoy en contra de todas las intervenciones, creo que en muchos casos son necesarias, pero cuando las cosas se están dando de forma normal, el hospital tiene que hacer un acompañamiento, no una intervención**”.*

(Múltipara de 34 años; en Muñoz et al., 2018).

Con todo lo anterior, se muestran a continuación dos declaraciones que hacen referencia al bajo nivel de humanización del parto, tanto en Chile como a nivel global, siendo señalado como un

grave problema en materia de salud pública y derechos humanos:

"En Chile, el parto humanizado no es una realidad. Existen pocas cifras de los niveles de violencia obstétrica, tenemos casos de muertes en los hospitales en los que no existe acompañamiento donde las mujeres van a parir solas, las Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) son excepciones a la regla, no es una realidad nacional. Chile tiene una deuda enorme con las mujeres. Ha existido avance en infraestructura y en las salas SAIP, pero no en la concientización y en la capacitación de los personales médicos".

(Nahomi Gálvez, vocera de la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento-Chile; en Santibáñez, Diario El Mostrador, 2017).

"En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos".

(Declaración OMS, 2014).

De este modo, durante el período 2010-2019 en Chile, es posible reconocer algunas síntesis sobre las experiencias y/o declaraciones en torno al parto atendido en instituciones:

- La atención del parto en instituciones como un evento que, en un gran número de casos, presenta vulneración y transgresión hacia la mujer.
- El sujeto que ejerce mayor poder sobre el parto suele ser el equipo médico.
- El cuerpo de la mujer es manipulado como un objeto, en línea con el modelo tecnocrático; sin considerar su territorialidad.
- Existen intereses económicos detrás del alto intervencionismo y uso de fármacos.
- La humanización en la atención del parto no es una realidad común en Chile, existiendo una situación similar a nivel global.

b. Referidos al parto en domicilio

En cuanto a la atención domiciliaria, se presentan a continuación algunas de las experiencias y/o declaraciones por parte de mujeres que han parido en domicilio entre los años 2010-2019, algunos profesionales de la salud dedicados a la atención de estos, y desde la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología:

Entre los testimonios de la mujeres que han parido en domicilio durante el período de estudio, se suelen describir sensaciones de comodidad, libertad para expresar su dolor (a través de vocalizaciones, libertad de movimientos, entre otros), mayor intimidad y cercanía con sus acompañantes; donde el instinto de todos los sujetos presentes se encontraría muy activo y centrado en acompañar paso a paso a la mujer de parto y el nacimiento del bebé.

"Me sentía tan cómoda en mi casa, era mi baño, mis cosas, mi olor, siento que eso me ayudó mucho en el parto..." (Mujer que parió en casa; en Márquez, 2019).

Al hablar de las “sensaciones” y “emociones” que puede experimentar la mujer de parto, se retoma nuevamente la noción de la territorialidad del cuerpo, dando cuenta de cómo este se comunica y relaciona constantemente con su entorno, con el espacio en que se está desarrollando el proceso de parto. De este modo, se puede percibir en la cita anterior cómo el hecho de estar habitando el evento en casa, con *su baño, sus cosas, su olor*, le permite a la mujer generar sensaciones y emociones de comodidad y seguridad.

En esta línea, también se concluye que es posible generar una territorialidad mayor en domicilio a través de la preparación del espacio según las propias preferencias y necesidades de la mujer:

*“Limpié mucho la casa...lavé todo... **preparé el nido (para el bebé)** ...con todo lo que nos pidieron las matronas, las sábanas, toallas, hierbas..., le dijimos a los gatos...le hicimos los muebles de su pieza...**desde la infraestructura hasta el corazón** ...su ropa...era lindo de ver la preparación se veía que estábamos esperando que algo llegara”.*

(Mujer que parió en casa; en Márquez, 2019).

Es de gran importancia considerar que esta territorialidad señalada se logra a través de un efectivo deseo de que el parto ocurra en domicilio; ya que, al no ocurrir un vínculo deseoso, con voluntad placentera por parte de la mujer para parir en este espacio, las emociones y sensaciones evocadas pueden ser muy distintas a las descritas.

Cabe recordar que la atención del parto en domicilio con atención profesional no es una práctica que se encuentre regularizada por el Estado en Chile; sin embargo, esto no implica ilegalidad. De hecho, las y los profesionales de la salud que se dedican a asistir partos en domicilio cuentan con el Código Sanitario como respaldo para ejercer su profesión. Sin embargo, existe un gran número de prejuicios a nivel social en cuanto a su práctica, utilizándose conceptos que aluden al miedo y podrían generar un rechazo hacia considerarlo como opción:

*“Hay **muchos prejuicios** en relación al parto en casa, me decían -vas a pedir a gritos la anestesia, nosotros no estamos preparados, llevamos muchos años pariendo con anestesia, el cuerpo no está preparado para parir solo-”*

(Mujer que parió en casa; en Márquez, 2019).

Dicho esto, existen diferentes posiciones en relación a la percepción de seguridad sobre este tipo de partos. Por una parte, algunos grupos de profesionales y organizaciones civiles se oponen a la atención de los partos en domicilio, al considerarlos muy riesgosos en su práctica y con altas posibilidades de desenlaces negativos, incluyendo complicaciones en la salud materno-fetal o posibles penalizaciones para los profesionales a cargo. Sobre esto, se reconoce el alto nivel de intervencionismo a nivel institucional, pero se apuesta porque el cambio en esta dinámica debe lograrse a través de las mismas instituciones, no en recintos externos.

*“Como Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y su Rama de Medicina Materno Fetal, **no recomendamos la programación de partos en el domicilio**, sino que en la seguridad de un recinto hospitalario [...] **La tasa de cesáreas y de inducciones no***

justificadas médicamente debe disminuir en nuestro país, pero la programación del parto en el domicilio no es el camino correcto para lograrlo”.

(Declaración SOCHOG; en Carvajal, 2017).

Por otro lado, también existen grupos de profesionales y organizaciones civiles que plantean que la práctica de los partos en domicilio es efectivamente segura, y que incluso podría minimizar los riesgos respecto a la práctica en instituciones; aunque, de no contar con las suficientes herramientas (partiendo por su regularización) podría significar un efecto contrario. De todos modos, se reconoce que el lugar de parto es una opción que debiese decidir la mujer, contando con la información necesaria y procurando siempre que sea en el lugar más cómodo y seguro para ella y el bebé.

“Es un derecho de la mujer a escoger; un nuevo nicho de desarrollo profesional; y si el parto en el hogar no se apoya, algunas mujeres podrían elegir tener un nacimiento libre (sin acompañamiento profesional), que es aún más peligroso.

(Profesionales de la salud que apoyan la asistencia del parto en domicilio; en Castro, 2017).

A modo de síntesis, es posible mencionar que dentro de la experiencia de atención en domicilio se percibe:

- Una mayor libertad y protagonismo por parte de la mujer durante su proceso de parto.
- Un fuerte sentido del cuerpo como territorio.
- El parto en domicilio se considera un tema tabú en Chile, como efecto de su nula regularización y el desconocimiento sobre esta modalidad de parto entre el general de la sociedad, generando grupos a favor y en contra.
- La urgencia en regularizar la atención del parto en domicilio se relaciona con la necesidad de brindar opciones a las mujeres para elegir su lugar de parto, de acuerdo a sus propias convicciones y sentidos de territorialidad.

c. Referidos al parto en pandemia por COVID-19, año 2020

Este último apartado es referido a algunos de los acontecimientos y experiencias ocurridos durante la atención de partos durante el año 2020, en contexto de pandemia por COVID-19. Para ello, se hace mención a algunas declaraciones emitidas por parte de mujeres que viven su parto durante este año, así como organizaciones civiles y algunos profesionales de la salud. Como ya se mencionó en el sobre el desarrollo de los partos en pandemia, en el año 2020 surgen una serie de irregularidades a raíz de la contingencia sanitaria. En dicho contexto, se manifiesta un ambiente de desorientación sobre el proceder en la atención de los partos; protagonizado por mujeres y sus seres cercanos, así como profesionales y organizaciones civiles.

Algunas de las impresiones que se presentan durante este año hacen referencia a que muchos de los avances en humanización que se habían logrado hasta entonces sufrieron graves retrocesos, volviéndose aún más difícil el acceso a un parto respetado:

“En nuestro país, se están aplicando protocolos que en muchos casos revierten los avances alcanzados durante los últimos años en relación al parto personalizado y respetado”.
(Declaración de OVO Chile; en OVO, 2020).

“Es absolutamente difícil acceder a parto respetado [en medio de la pandemia provocada por el COVID-19], porque en muchos lugares han puesto un montón de trabas, requisitos, normativas que impiden que la mujer pueda ejercer su autonomía con absoluta libertad como lo hacía antes, no pueden elegir estar acompañadas”.
(Matrón Gonzalo Leiva; en de la Maza, 2020).

En cuanto a las experiencias que se registran sobre el cotidiano de atención del parto en instituciones, sobre todo durante el primer semestre, se describe en general un fuerte miedo e inseguridad por parte de las mujeres, en relación con la incertidumbre del cómo llevarían a cabo sus partos una vez llegado el momento. Así, se generan muchas expectativas en cuanto al proceso de atención, mientras que algunas preexistentes toman rumbos contrarios:

“Pensé que llegaría a una sala de parto acondicionada para seguir con libre movimiento y mi trabajo de parto como había pedido en un comienzo, pero habían armado un pabellón para pacientes Covid con una camilla y nada más”.
(Rocío, mujer de 29 años cuyo parto ocurre en un recinto institucional en el año 2020; en Morales, 2020).

Por último, se percibe que existe una inseguridad en el general de las mujeres respecto a la atención de sus partos en instituciones, lo cual en algunos casos deriva en la toma de decisión de parir en sus domicilios.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

A continuación, se señalan algunos puntos de análisis en relación a la investigación:

- Las distintas maneras en que son asistidos los partos provienen de modos particulares de comprender las relaciones humanas y de la construcción del territorio, los cuales a su vez se relacionan directamente con los contextos sociales y políticos que predominan a nivel global. En este sentido, los resultados de esta investigación confirman que existen importantes diferencias en cuanto a la asistencia de partos en recintos institucionales y aquellos planificados en domicilio: diferentes maneras de concebir la “salud”, diferentes maneras de relacionarse entre el equipo médico y las mujeres/corporalidades asistidas, diferentes recursos materiales dispuestos en el espacio de asistencia, y diferentes formas de gestionar la atención.
- La importancia de considerar la materialidad que pueda situarse en el entorno de parto se relaciona directamente con el desarrollo de dos variables: las relaciones de poder existentes y las posibilidades del sentido de lugar. En cuanto a ser un indicador de relaciones de poder, es posible reconocer que las maneras de organización de los distintos objetos materiales poseen una narrativa y un discurso, pudiendo promover el empoderamiento de la mujer durante su parto, o bien, facilitando las prácticas de control médico sobre su cuerpo (Soja, 1980). Respecto a la noción de lugar, se puede reconocer cómo las personas, desde sus emociones corporizadas, se relacionan con el espacio y generan diferentes experiencias intersubjetivas y coproducidas (Sultana 2011; Guitart, 2012; Perreault 2018); pudiendo generarse una mayor intimidad y comodidad para la mujer, o bien, inseguridad o rechazo según el espacio vivido, con toda su carga simbólica y características psicológicas de los seres humanos (Gottman, 1973; Haesbaert, 2016). Así, vinculando ambas ideas, podemos señalar que las emociones son susceptibles a diversas espacialidades en las que se sitúe la corporalidad; en estrecha relación con la geopolítica, ya que se expresa una “relación entre escalas de poder a través del cuerpo y la experiencia” (Zaragocin, 2018, p:90).
- Además del entorno físico que se encuentre disponible para el desarrollo del parto, se hacen presentes durante el proceso una gran variedad de símbolos, configurando lo que sería entendido como territorialidad del parto, vinculado con cuestiones identitarias, creencias, y una serie de elementos inmateriales que forman parte de cada mujer particular.
- Sobre este estudio y en cuanto a qué lugar resulta más conveniente para la atención del parto, no es posible determinar que las instituciones se encuentran por sobre o bajo los domicilios, ni viceversa. Cada lugar, a través de su propia configuración territorial, podrá significar una mejor o peor opción para las mujeres que llevarán a cabo su parto; por lo que no existe un único espacio ideal, siendo sumamente importante en este sentido generar opciones seguras de acceso a salud y humanización.
- No obstante al punto anterior, sí es posible plantear algunos elementos físicos que permiten un ambiente de parto que facilita su desarrollo, los cuales generalmente son utilizados en salas integrales o partos domiciliarios; pudiendo variar su utilidad en base a las preferencias

o necesidades por parte de la mujer. Algunos de ellos son mencionados en esta investigación, e incluyen: un espacio limpio e higienizado, luz cálida, nivel de ruido cómodo para la mujer o ambientación con música de su agrado, superficie necesaria para el desplazamiento y movimiento libre de la mujer, entre otros. De algún modo, la lista podría ampliarse según el siguiente requisito: que sean de significancia y utilidad, tanto para la mujer como para el desarrollo saludable de su parto.

- Es importante considerar que Chile se constituye como un país con un alto nivel de segregación socioeconómica, por lo que las condiciones materiales de cada recinto de asistencia (ya sea entre hospitales y clínicas, o entre los diferentes domicilios) pueden resultar ser muy dispares entre ellos. De este modo, dentro de las instituciones médicas convencionales, las condiciones materiales que se dan para la asistencia del parto en un hospital público versus una clínica privada de alto estándar en el país pueden ser muy variables según los modelos de paradigma, gestión, atención, equipamientos y otras disposiciones; y a la vez, las materialidades que compongan las distintas viviendas también variarán según la disposición e inversión de recursos que existan en su instalación.
- A través de la noción del *tiempo como capital* (Harvey, 2014) es posible abordar el funcionamiento capitalista de los sistemas de salud en el país: en un principio, el parto, como proceso fisiológico, requiere de tiempo para su desarrollo; y, en el caso de los partos atendidos profesionalmente, también se requiere de una inversión por parte del equipo médico asistente, pudiendo variar tardar en razón de la intensidad de cada parto. Esta inversión de tiempo, cuando se extiende por largos períodos, puede ser entendida desde el capitalismo como una “pérdida”, una “devaluación del capital”, al considerar que “el tiempo es dinero”. En este contexto, el interés del productor (en este caso, las entidades o funcionarios en salud que reciben retribuciones económicas respecto a la atención del parto) será potenciar las ganancias, por lo que se generan estrategias económicas que permitan acelerar los procesos de atención, sin considerar potenciales consecuencias a nivel de salud y sociedad.
- Es de urgencia que los organismos y entidades competentes tomen mayor cantidad de medidas o potencien las ya establecidas en materia de humanización del parto en el país. Al hablar de esto, no sólo se apunta a una disminución de los intervencionismos o uso de fármacos, sino que directamente a la consideración humana de las mujeres asistidas, respetando sus cuerpos y emociones, su salud y su identidad; dejando de lado la actual prioridad de obtener beneficios económicos.
- A partir del escenario descrito en los resultados de esta investigación, se percibe que dos posibles vías hacia la humanización de la asistencia del parto tendrían que ver con el fomentar la disponibilidad de salas tipo SAIP en instituciones, y la pronta regularización de la asistencia domiciliaria. El primer caso, implicaría un mayor número de experiencias positivas de parto en recintos institucionales; mientras que la regularización del parto domiciliario permitiría que los grupos de mujeres (aquellas que cumplan las condiciones estipuladas para parir en casa, y deseen llevar a cabo sus partos en estos recintos) puedan

acceder, además de la experiencia humanizada que se registra en gran parte de los testimonios, a una experiencia segura para ella y el equipo médico que la acompaña. Sobre esto último, es importante comprender que los riesgos de un parto en domicilio son una realidad, donde muchas mujeres que optan por esta modalidad de parto podrían verse expuestas a situaciones perjudiciales; de la misma manera que existen los riesgos durante la asistencia en instituciones. Es por esto que, a través de su reconocimiento y regularización, se podrían tener mayores herramientas y posibilidades para prevenir este tipo de eventos.

- En vista de que la información levantada indica que las mujeres inicialmente prefieren la vía de parto vaginal al momento de su parto, pero terminan en muchos casos siendo por vía cesárea; sería interesante que futuras investigaciones exploren cuáles son los factores que inciden en ese cambio de elección de la vía de parto.
- La situación que las mujeres viven durante la gestación y el proceso de parto durante el año 2020 es un tema de alta complejidad y con consecuencias difíciles de dimensionar. Entre algunas de sus variables, se encuentran los posibles efectos adversos en relación con las medidas aplicadas en instituciones; mientras que, por otro lado, se encuentra el sometimiento a cuarentenas y toques de queda, donde de algún modo las mujeres quedan limitadas al contacto con otras personas que les puedan ser significativas o imprescindibles para su cuidado, así como de otro tipo de actividades necesarias. La dificultad en acceder a su red de apoyo, así como de verse privadas de circulación o acceso a servicios, puede haber provocado, en mayor o menor medida, consecuencias en su salud psicoemocional; siendo el miedo, angustia e incertidumbre las emociones más comunes en el general de la sociedad. En este escenario, también sería razonable suponer que estas emociones, sumadas a la especulación de posibles complicaciones en instituciones (por posibilidad de contagio, largas esperas, sistema saturado, etc.), inducen a en algunos casos a decidir parir en domicilio; lo cual se vería reflejado efectivamente en el aumento de las tasas de partos en domicilio para dicho año (según lo indica la información estudiada).
- Todos los hechos espaciales y micro espaciales que se señalan en los resultados de esta investigación (cobertura de asistencia profesional, principales prácticas, entornos materiales, condiciones de pandemia, etc.) se consideran como factores territoriales que condicionan en diferentes grados el desarrollo y asistencia del parto, y que, por ende, se constituyen como elementos de interés para la Geografía de la Salud. Sin embargo, estos no representan en su *totalidad* a los factores territoriales que puedan impactar al fenómeno, sino que existen otros que también pueden resultar sumamente interesantes para el estudio de esta temática y que no han sido abordados en esta ocasión, principalmente por los requerimientos de extensión del documento y también por la disponibilidad de datos para su desarrollo.
- Finalmente, la postura elaborada desde los resultados de la presente investigación es denotar la actual necesidad de incluir en la comprensión de la salud reproductiva el estudio de los factores territoriales y de la territorialidad misma; siendo primordial la capacidad de reconocer que la salud humana no se integra únicamente en términos de presencia de

enfermedades, riesgos y costos económicos, sino que existe un gran espectro de interacciones entre factores políticos, sociales, materiales, bióticos y de la propia vivencia influyendo en ella. Así, el estudio de los distintos elementos territoriales en relación a la asistencia del parto viene a ser un cuestionamiento al ejercicio hegemónico de la medicina tecnocrática, abriendo posibilidades a la actual transformación hacia un modelo humanizado que fomente el acceso a una experiencia del parto positiva e integral, cual sea el recinto donde se lleve a cabo su asistencia.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

Los resultados logrados en la presente investigación se logran desarrollar a través del estudio y manejo de la información obtenida desde fuentes cuantitativas y cualitativas, correspondiendo a artículos e investigaciones académicas, científicas y del ámbito periodístico, así como desde estadísticas públicas y por parte de ONG's. De este modo, se obtiene el siguiente diagnóstico en relación a la atención de los partos en Chile durante el período 2010-2020, en instituciones y domicilios:

Durante el período 2010-2020, casi el 100% de los partos en Chile son asistidos con atención profesional (un 99,8% en promedio a nivel país), siendo gran parte de ellos en recintos institucionales (99,53% del total de nacidos vivos) y un pequeño porcentaje en domicilio (0,06%). Entre los años 2010-2019, la región del país donde se asisten más partos con atención profesional en instituciones respecto del total nacional de nacidos vivos es la Región Metropolitana de Santiago. Así, más del 40% del total de los partos con atención profesional en Chile durante el período 2010-2019 ocurren en recintos institucionales de esta región, concentrando también la mayor cantidad de partos con atención profesional en recintos domiciliarios respecto a las demás regiones. En este sentido, se observa una fuerte centralización demográfica y de instituciones médicas en el país, donde la región Metropolitana de Santiago, además de Valparaíso y Biobío, concentran constantemente la mayor cantidad de partos con atención profesional tanto en instituciones como domicilios, lo cual tendría relación con su alta concentración de población y servicios institucionales para la atención del parto.

El parto en domicilio con atención profesional incrementa su demanda en el transcurso del período, incluso reportándose en contexto de pandemia durante el año 2020 una mayor inclinación por esta modalidad; mas la asistencia de partos en instituciones médicas se practica de manera constantemente hegemónica durante todo el período de estudio. Un hecho a destacar es la posibilidad de que exista una mayor cantidad de partos asistidos profesionalmente en domicilio, debido a que por inconvenientes con la entrega de comprobantes de partos para las matronas de parto en casa no han quedado registrados al momento de inscripción del parto “con asistencia profesional”, lo que generaría un posible margen de error en el conocimiento de la proporción de este tipo de partos en el país.

Sobre las diferentes prácticas que se desarrollan durante la asistencia del parto, se observa un mejoramiento a nivel institucional en gran cantidad de índices sobre *estándares de cuidado y comunicación entre mujeres y personal de salud*, la *presencia de abusos verbales*, y de *abusos*

físicos. Sin embargo, muchas de las tasas, a pesar de disminuir, continúan reflejando altas cifras respecto a las recomendaciones globales, siendo el sector público aquel donde ocurren mayor cantidad de prácticas desaconsejadas. Una de las intervenciones más comunes en instituciones médicas del país es la cesárea, superando constantemente los estándares recomendados por la OMS y posicionando a Chile como uno de los países con mayores tasas dentro de la OCDE. Esta alta práctica ha sido cuestionada por considerarse que en muchos casos se aplica sin justificación, no correspondiendo a la promoción de salud de la madre y el bebé, y primando muchas veces los intereses económicos por parte del sistema institucional y médicos obstetras. Otro punto que se observa es que la asistencia a talleres prenatales conduciría a una prevalencia del parto vía vaginal por sobre la vía cesárea, y que las mujeres inicialmente prefieren un parto por esta primera vía. Del mismo modo, la relación entre asistencia a talleres prenatales y prevalencia de intervencionismo indica que, cuando una mujer accede a estas instancias de (in)formación, se hacen menos presentes otro tipo de intervenciones durante la asistencia de su parto. Por su parte, las prácticas que se llevan a cabo regularmente durante la asistencia de un parto planificado en domicilio se centran principalmente en respetar el ritmo fisiológico del parto, la disposición de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, la posibilidad de ingerir alimentos durante el trabajo de parto, un contacto inmediato piel con piel que tome el tiempo que requiera la madre, una frecuente educación con talleres prenatales y/o acceso a información que capacita a las mujeres asistidas sobre el parir en domicilio, y la posibilidad de habitar un espacio cómodo para la madre y/o sus acompañantes significativos.

Se reconoce que la atención profesional que se recibe en instituciones percibe y se relaciona con las corporalidades a través del ejercicio de control, principalmente a través de prácticas y herramientas técnicas/tecnológicas; mientras que la atención de los partos en domicilio es más proclive a un acompañamiento, no intervencionismo, entrega de herramientas no farmacológicas para el manejo del dolor y empoderamiento de la mujer.

Un aspecto clave para el desarrollo de la asistencia del parto son las disposiciones materiales presentes en cada recinto, lo cual se encuentra directamente relacionado con la percepción de territorialidad. Respecto a los recintos institucionales, se cuenta a nivel general con dos modalidades de salas de parto: las integrales (SAIP) y tradicionales. La primera de ellas dispone de mayor cantidad de recursos complementarios para la asistencia del parto respecto a una sala convencional, los cuales están orientados a que la mujer pueda interactuar y/o beneficiarse con ellos y desde lo cual se reportan variedad de experiencias positivas. Por su parte, las salas de parto tradicionales cuentan con elementos orientados a cumplir un rol más bien técnico y de control del parto, no siendo prioridad conformar un entorno físico que cubra requerimientos más personalizados de la mujer. Entre las condiciones materiales básicas que se requieren para la asistencia de partos en domicilio, se encuentran la limpieza del espacio, el contar con herramientas que promuevan el manejo del dolor no farmacológico, una vestimenta cómoda y adecuada para la mujer de parto, y la posibilidad de generar interacción con los objetos/materialidades que son cotidianos y significativos para la mujer.

Sobre los dos entornos institucionales mencionados en un principio (SAIP y sala tradicional) en el párrafo anterior, se tiene que las materialidades dispuestas en cada uno dependen de la

organización que exista en cada institución, pudiendo presentarse importantes diferencias entre salas del sector privado y del sector público. En cuanto al entorno material domiciliario, la materialidad puede ser aún más variable, ya que cada domicilio se encuentra constituido por condiciones particulares. De este modo, se concluye que los entornos materiales de salas integrales (SAIP) y domicilios cuentan con mayor capacidad para generar una asistencia humanizada, ya que se conforman a partir de elementos que sirven como recursos a la mujer para su propio proceso de parto, a la vez que brindan apoyo a los equipos médicos para el ejercicio de prácticas humanizadas durante el parto. También es posible reconocer que ambas cuentan con el potencial de proporcionar una mayor intimidad y respeto para la mujer, así como de fomentar su autonomía y capacidad de decidir sobre las técnicas aplicadas sobre su corporalidad. En este sentido, desde la comprensión de que la corporalidad del ser humano puede ser interpretada como *primer territorio* habitado, es de interés observar cómo la autopercepción de la mujer se potencia en estos dos espacios; presentándose una mayor capacidad de gestionar sus necesidades externas e internas, de interactuar con distintos elementos dispuestos para ella, y de percibirse en un espacio donde puede ejercer poder sobre su propio proceso. Considerando esto, es posible señalar que existe un mayor sentido de *territorialidad* para las mujeres en las salas de atención integral del parto y los espacios domiciliarios, lo cual no se percibe generalmente en los partos asistidos en salas tradicionales institucionales.

Un acontecimiento poco esperado para la sociedad y que cambió gran parte de lo que normalmente se conocía como asistencia del parto ocurre finalizando el período de estudio. El año 2020 se declara a nivel mundial la pandemia por SARS-CoV-2, implicando que el parir en instituciones médicas significase someterse a una serie de prácticas en ocasiones desalineadas con las recomendaciones de asistencia que se sostenían hasta antes del episodio. A su vez, el país no genera ni se adhiere a protocolos que sirvan de apoyo a mujeres y equipos médicos como guía en la asistencia del parto, practicándose una serie de medidas irregulares durante la asistencia en instituciones, con desconocimiento sobre los potenciales efectos sobre la salud materna y/o del bebé. En este contexto, la asistencia profesional de partos planificados en casa -una modalidad que de por sí no cuenta con regularización en el país- es organizada de manera interna entre los sujetos profesionales que asisten o promueven la atención del parto en domicilio, siendo clave el que Maternas Chile emita un documento con recomendaciones para una atención profesional segura del parto en casa. Por su parte, la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología emite un comunicado oficial, en el cual desaconseja la práctica del parto en domicilio. Finalmente, se estima que en Chile existe un aumento del desarrollo de partos en domicilios con atención profesional en el contexto de pandemia durante el año 2020, aunque lejos de destituir de su gran mayoría a los partos asistidos en recintos institucionales.

A partir de los testimonios y declaraciones reunidos, un gran número de mujeres que han parido en instituciones describen una experiencia poco grata y/o incluso de abuso, señalando que en estos recintos generalmente no existiría respeto durante la asistencia, presentándose frecuentemente sensaciones de culpa, inutilidad y miedo. Al tratarse de salas de atención integral (SAIP) aparecen sensaciones más reconfortantes, algo similar a cuando el escenario es domiciliario, donde las principales sensaciones manifestadas serían de comodidad e intimidad.

Por parte de los testimonios y/o declaraciones de los equipos médicos/obstetras, algunos reconocen su posición de alto poder sobre las mujeres durante la asistencia, en algunos casos infravalorando la capacidad de razonamiento de la mujer. Se percibe también una tendencia por parte de los equipos médicos a priorizar los beneficios económicos por sobre la salud materno-infantil, siendo esto muchas veces un incentivo para la aplicación de partos por cesáreas en vez de fisiológicos. Respecto a la asistencia del parto en domicilio, parte de los equipos médicos y gobierno se oponen a su práctica por considerar que puede llevar a complicaciones y posibles desenlaces negativos, implicando un riesgo en la salud de las personas que puede ser sancionado; mientras que otros profesionales y organizaciones lo promueven por su capacidad de atención personalizada, considerando un derecho de la mujer el poder decidir su lugar de parto. Por último, durante la situación de pandemia en el año 2020, algunos actores manifiestan que la situación irregular y de ausencia de un protocolo nacional promueve dificultades para lograr un parto respetado, aunque se considera que incluso antes del evento no era una realidad efectiva a nivel país. En este sentido, los requisitos y normativas impuestos en muchos recintos llegarían a coartar las expectativas de las madres, afectando negativamente sus experiencias y pudiendo en algunos casos perjudicar tanto su salud como la de los recién nacidos. Se manifiesta entonces el riesgo en los avances alcanzados en materia de personalización y respeto durante la asistencia del parto.

En cuanto a las críticas que se realizan sobre el intervencionismo o uso de fármacos durante la atención del parto en instituciones, se infiere que en gran medida el problema es respecto de los criterios y maneras de ser aplicados, su discurso y trasfondo; y no en rechazo a su existencia o aplicación por sí sola.

Así, los avances en materia de humanización en recintos institucionales durante el período 2010-2020 se perciben como lentos, lo cual, en parte, podría relacionarse con falta de recursos invertidos y/o con que las gestiones de las entidades competentes han resultado insuficientes. Algunos de los progresos han sido la implementación de salas de atención integral del parto (SAIP) y la disposición de elementos como el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo (Ministerio de Salud, 2008), la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile (OVO, 2018) y la formación humanizada que se promueve en Escuela Renacer Chile. Sin embargo, sobre las SAIP, vale mencionar que se requiere de una mayor masificación de la modalidad de atención que propone, además de que siguen siendo escasas las unidades disponibles conforme a la demanda de atención de partos que existe día a día en el país.

Probablemente, dos de los mayores desafíos a nivel de país en relación a la asistencia del parto en instituciones sean la capacidad poco desarrollada para comunicarse con las pacientes de manera personalizada y respetuosa, tanto con su *persona* como su *corporalidad y salud*; y por otra parte los fuertes intereses capitalistas detrás de la atención institucional, los cuales incluso son reconocidos abiertamente por los mismos profesionales a cargo. En cuanto a los desafíos con los que se encuentra el parto planificado en domicilio, se encuentran su nula regularización y la fuerte estigmatización social que asocia su práctica a grandes riesgos; encontrándose además una deuda importante en cuanto a la disponibilidad de datos e información que permitan comprender y gestionar de mejor manera su situación en el país.

REFERENCIAS

Arcaya, A. (2017, 27 de julio). Mamífera. *Revista Paula*, Diario La Tercera. Chile. Recuperado de <https://www.latercera.com/paula/mamifera/>

Asociación Catalana de Llevadoras. (2018). *Guía de Asistencia al parto en casa*. España. Recuperado de http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf

Barcellos, C., Buzai, G. D., & Santana, P. (2018). Geografía de la salud: bases y actualidad. *Salud Colectiva*, 14(1), 1-4. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n1/1-4/es>

Borde, E. & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*. Brasil. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>

Cabrera Ditzel, J. (2003). Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(1), 65-67. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100013

Capdepón, F. P. (2004). La geografía y las distintas acepciones del espacio geográfico. *Investigaciones Geográficas (Esp)*, (34), 141-154. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/176/17603407.pdf>

Carlsson, I. M., Larsson, I., & Jormfeldt, H. (2020). Place and space in relation to childbirth: a critical interpretive synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(sup1), 1667143.

Carvajal, J. A. (2017). Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 94-95.

Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Gobierno de Chile. Sitio web: www.crececontigo.cl

Clínica Alemana. Sitio web: https://www.alemana.cl/sitio_emo/conoce_el_edificio.html

Código Sanitario. Decreto 725. Libro V, Del ejercicio de la medicina y profesiones afines, Artículo 117°. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. (1968, 31 de enero).

Costa Abós, S., & Goberna-Tricas, J. (2021). Experiencia del embarazo y parto en casa durante la pandemia de Covid-19. *Index de Enfermería*, 30(3), 244-248.

Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), new series, 237-269.

Davis-Floyd, R. (2001). Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. Buenos Aires, Argentina: Editorial Creavida.

Davis-Floyd, R. (2004). Del Médico al Sanador. Buenos Aires, Argentina: Editorial Creavida.

Davis-Floyd, R. (2009). Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Buenos Aires, Argentina: Editorial Creavida.

De la Maza, F. (2020, 24 de julio). ¿Parto respetado en medio de la pandemia?: jaque en la autonomía de las mujeres. Proyecto comunicacional Radio JGM, Escuela de Periodismo, Facultad de Comunicación e Imagen de la Universidad de Chile. Recuperado de <https://radiojgm.uchile.cl/la-autonomia-en-jaque-a-la-hora-de-acceder-a-un-parto-respetado-en-medio-de-la-pandemia/>

Declaración de Fortaleza (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Lancet, 2, 234-7.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2010). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2010. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2010/PARTOS_CESAREA/PARTOS_CESAREA.aspx

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2011). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2011. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2011/PARTOS_CESAREA/PARTOS_CESAREA.aspx

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2012). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2012. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2012/Reportes/REM24/REM24SECCIONA.aspx>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2013). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2013. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2013/Reportes/REM24/REM24SECCIONA.aspx>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2014). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2014. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2014/Reportes/REM24/REM24SECCIONA.aspx>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2015). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2015. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2015/reportes/REM24/REM24SECCIONA.aspx>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2018). Partos y Abortos, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2016. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/reportes/REM24/REM24SECCIONA.aspx>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2017-2020). Sistema de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM); Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Serie: A; REM-A24: Atención en MATERNIDAD; Sección A: Información de partos y abortos atendidos; Desagregación: Regiones; Todas las regiones; Periodo: años 2017-2018-2019-2020; Mes inicio: Enero; Mes final: Diciembre. Recuperado de <https://reportesrem.minsal.cl/>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2010-2014). Indicadores básicos de salud en Chile 2010-2014. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2018/12/IBS-2010-2014.pdf>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2015). Indicadores básicos de salud en Chile 2015. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS%202015.pdf>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2016). Indicadores básicos de salud en Chile 2016. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS%202016.pdf>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2017). Indicadores básicos de salud en Chile 2017. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://repositoriodeis.minsal.cl/Deis/indicadores/IBS%202017.pdf>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS MINSAL (2018). Indicadores básicos de salud en Chile 2018. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://repositoriodeis.minsal.cl/Deis/indicadores/IBS%202018.pdf>

Diario Emol (4 de mayo, 2013). “MINSAL y Colegio de Matronas en alerta por nuevos casos de partos a domicilio sin regulación”. Noticia. *El Mercurio Online*. Recuperado de <https://www.emol.com/noticias/nacional/2013/05/04/596861/minsal-y-colegio-de-matronas-en-alerta-por-nuevos-casos-de-partos-realizados-en-las-casas.html>

Escuela de Estudios de Género. (2016). Espacialidades Feministas: Cartografías de espacialidades feministas. Universidad Nacional de Colombia; Bogotá. Recuperado de <https://tinyurl.com/53k75d4h>

Escuela Renacer Chile (2019). Clases de diplomado “Gestación, parto y puerperio humanizado”, versión 2019. Santiago de Chile.

Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. (2010). Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud FONIS SA13I20259 (2016). Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea. Proyecto de investigación en el marco del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, realizado entre los años 2013-2015. Santiago de Chile. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/290433891_Percepciones_y_practicas_sobre_la_operacion_cesarea_FONIS_SA13I20259

Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad I. La Voluntad de Saber. Siglo veintiuno editores, México.

Gajardo, Sergio (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Material expuesto en clases de Diplomado “Gestación, Parto y Puerperio humanizado”, Escuela Renacer Chile, versión 2019. Contacto fotógrafo: sgajardofoto@gmail.com

Goberna-Tricas, J., Adán, C., Birulés, F., & Biurrún-Garrido, A. (2018). El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento. *Tecnos*.

González, F. (2005). ¿Qué es un paradigma? Análisis teórico, conceptual y psicolingüístico del término.

Henríquez, M., & Henríquez, M. (2022). Una mirada a la salud materna en Chile 2000 a 2016 (p.77).

Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*.

Hospital San José de Coronel, (23 de diciembre, 2016). Ya nacieron los primeros tres coronelinos en la nueva Unidad de Partos del Hospital San José de Coronel. Sitio web Hospital San José de Coronel, Servicio de Salud Concepción, Ministerio de Salud. Recuperado de <http://hospitaldecoronel.cl/inicio/?p=1378>

Instituto nacional de estadísticas INE (2010). Informe anual de estadísticas vitales, 2010. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2010.pdf?sfvrsn=33a64649_3

Instituto nacional de estadísticas INE (2011). Informe anual de estadísticas vitales, 2011. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2011.pdf?sfvrsn=d63702e4_3

Instituto nacional de estadísticas INE (2012). Anuario de estadísticas vitales, 2012. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2012.pdf?sfvrsn=f52fd0e4_3

Instituto nacional de estadísticas INE (2013). Anuario de estadísticas vitales, 2013. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2013.pdf?sfvrsn=426d561e_13

Instituto nacional de estadísticas INE (2014). Anuario de estadísticas vitales 2014. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/vitales/anuarios/anuario-2014/completa_vitales_2014.pdf

Instituto nacional de estadísticas INE (2015). Anuario de estadísticas vitales 2015. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/anuario-de-estadisticas-vitales-2015.pdf>

Instituto nacional de estadísticas INE (2016). Anuario de estadísticas vitales 2016. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/vitales/anuarios/2016/vitales-2016.pdf?sfvrsn=15>

Instituto nacional de estadísticas INE (2017). Anuario de estadísticas vitales 2017. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/s%C3%ADntesis-anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=9c98371e_4#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202017%20hubo,promedio%20a%20291%20defunciones%20diarias.&text=Un%2052%2C4%25%20de%20ellas,refleja%20una%20sobremortalidad%20de%20hombres.&text=Del%20total%20de%20defunciones%2C%20alrededor,de%2065%20y%20m%C3%A1s%20a%C3%B1os.

Instituto nacional de estadísticas INE (2018). Anuario de estadísticas vitales 2018. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5

Instituto nacional de estadísticas INE (2019). Anuario de estadísticas vitales en Chile 2019. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2019.pdf?sfvrsn=97729b7b_5

INE (2020). Datos preliminares sobre estadísticas vitales en Chile, 2020. Instituto nacional de estadísticas, Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2020.pdf?sfvrsn=3f5da8b1_6

Intriago, M. G. M., Alvarado, J. I. H., Gómez, F. E. P., Soledispa, G. L. G., Molina, M. D. C. Q. & Vera, B. N. T. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.

Jardim D. & Modena, C. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?lang=en>

Kitzinger. S. (1993). *Nacer en casa y otras alternativas al hospital*. España: Editorial Interamericana McGraw-Hill.

Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto*. Editorial Ob Stare.

Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C. X., Aguilera, H., & Ahlers, I. (2012). Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS one*, 7(5), e36613. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>

Labra, L. G., Bernal, M., & Barrera, N. (2012). Aspectos socioculturales y motivacionales de la mujer chilena, residente de la Región Metropolitana que opta por parto en casa. (Tesis doctoral, Universidad de Santiago, Chile).

Leiva, L. (24 de octubre, 2016). Hospital de La Florida logra el 74% de nacimientos por parto normal, la mayor tasa del país. *Diario La Tercera*. Chile. Recuperado de <https://www.latercera.com/noticia/hospital-la-florida-logra-74-nacimientos-parto-normal-la-mayor-tasa-del-pais/>

Leiva, L.; González, K. (8 de mayo, 2017). Costo base de un parto en clínicas fluctúa entre \$1 millón y \$7 millones. *Diario La Tercera*. Chile. Recuperado de <https://www.latercera.com/noticia/hospital-la-florida-logra-74-nacimientos-parto-normal-la-mayor-tasa-del-pais/>

Leiva, L. & González, K. (6 de julio, 2020). Partos en pandemia: El riesgo y los miedos de las mujeres en las maternidades. *Diario La Tercera*. Chile. Recuperado de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/partos-en-pandemia-el-riesgo-y-los-miedos-de-las-mujeres-en-las-maternidades/IMC26QY6NRDQFC25XLTWIW2VWE/>

Leiva, G., Sadler, M., López, C., Quezada, S., Flores, V., Sierra, C., & Figueroa, C. (2021). Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz-La Florida Hospital in Santiago, Chile. *Frontiers in Sociology*, 6, 614021. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.614021/full>

López O., Paulina, Pantoja M., Loreto, Mella G., Maribel, Utreras L., Macarena, & Vergara M., Cynthia. (2020). Review of maternal and perinatal risks in times of COVID-19. Challenges for the role of Midwifery. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85 (Suppl. 1), S131-

S147. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Márquez, Y. (2019). Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile. Percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas. Tesis Doctoral, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/5006>.

Martínez Mollá, T. M. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Tesis doctoral, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería. España. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf

Maternas Chile. Sitio web Maternas Chile. Recuperado de <https://www.maternaschile.com>

Menéndez A. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*. Recuperado de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v8n1/a14v08n1.pdf

Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile. (2009, 12 de septiembre). Ley 20.379. Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006044>

Ministerio de Salud de Chile MINSAL (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf

Ministerio de Salud de Chile MINSAL (2019). Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad. Recuperado de <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/D304.-Guia-Hospitales-Mediana-Unidad-de-Parto-Integral-nov-2019.pdf>

Ministerio de Salud de Chile MINSAL (2020). Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o díadas. Recuperado de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-0-DiADAS.pdf>

Montes Muñoz, M. J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universitat Rovira i Virgili. España.

Morales, P. (6 de junio de 2020). Estaba en trabajo de parto cuando me avisaron que era Covid positivo. *Diario La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/paula/noticia/estaba-en-trabajo-de-parto-cuando-me-avisaron-que-era-covid-positivo/CDOGYWOHSZHYJPINTRZ6J74GPI/>

Müller, A. E., & Casado, M. P. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, (18), 147-155.

Muñoz, H., Kaempffer, AM., Ruz, R. (2001). Nacer en el siglo XXI: de vuelta a lo humano.

Muñoz-Dueñas, C.; Contreras-García, Y. & Manríquez-Vidal, C. (2018). Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 586-595. Chile. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600586>

Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*; 321.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2013). Panorama de la Salud 2013: Indicadores de la OCDE, OECD Publishing, Paris. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2013-en.pdf?expires=1677474161&id=id&accname=guest&checksum=99051C9478A1943792C6FFDE4AD968E2

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2017). Panorama de la Salud 2015: Indicadores de la OCDE. OECD Publishing, Paris/Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Ciudad de México. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-2015_9789264270626-es

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2018). Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE. OECD Publishing, Paris. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1677473401&id=id&accname=guest&checksum=A693207F4E3249015E75C4E40EFBCBA8>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2019). Panorama de la Salud 2019: Indicadores de la OCDE. OECD Publishing, Paris. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tasas-de-cesarea-en-27-paises-de-latinoamerica-y-el-caribe-2016-o-ultimo-ano-disponible_575808f4-es

Observatorio Chileno de Salud Pública OCHISAP (s.f.). Salud en Chile, Estructura organizacional del SNSS. Chile. Recuperado de <https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/>

Odent, Michel (2003) El granjero y el Obstetra. Editorial Creavida, Argentina.

Odent, Michel (2008). Ecología Prenatal. Editorial Creavida, Argentina.

Olhaberry, M.; Sieverson, C.; Romero, M; Honorato, C; Iribarren, D. y Tagle, T. (2021). Nacer hoy: cómo la pandemia ha cambiado la experiencia del embarazo, el parto y el postparto. Artículo académico en CIPER. Publicado el 9 de junio, 2021. Recuperado de https://www.ciperchile.cl/2021/06/08/nacer-hoy-como-la-pandemia-ha-cambiado-la-experiencia-del-embarazo-el-parto-y-el-postparto/#_ftn1

Olza, Ibone (2017). Parir: el poder del parto. Penguin Random House Grupo Editorial.

Organización Mundial de la Salud OMS (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Cita adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entrando en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud OMS (2 de septiembre, 2020). Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>

Organización de las Naciones Unidas ONU (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud productiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://undocs.org/es/A/74/137>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2018). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ordóñez-Iriarte, JM. (2020). Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS.

Ortega Barreda, E., Cairós Ventura, L. M., Clemente Concepción, J. A., Rojas Linares, C., & Pérez González, A. M. (2017). Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *Ene*, 11(1), 0-0.

Observatorio de Violencia Obstétrica OVO Chile (s.f.). Extractos de Testimonios ¿Qué es la violencia obstétrica?. Chile. Recuperado de www.ovochile.cl

Observatorio de Violencia Obstétrica OVO Chile (2018). Resultados primera encuesta de nacimiento en Chile. Chile. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile

Observatorio de Violencia Obstétrica OVO Chile (2020, 1 de abril). Declaración pública sobre COVID-19 y nacimientos en Chile. Recuperado de <https://ovochile.cl/destacados/declaracion-publica-sobre-covid-19-y-nacimientos-en-chile/>

Parra-Müller, (2014). Cómo nos afecta el espacio. Arquitecturas de maternidad.

Proyecto de Ley Adriana. Documento con especificaciones de proyecto de ley, con fecha 10-10-2018. Cámara de diputados. Chile. Recuperado de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=43268&formato=pdf>

Ramírez, C. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: recuperando el protagonismo. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/140306>

Ramirez, M. L. (2015). La moderna geografía de la salud y las tecnologías de la información geográfica. Recuperado de <https://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public17.pdf>

Reischman, P., Risi, C., & Serrano, N. (2014). Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003-2014, en la región de Valparaíso y Metropolitana de Chile. Tesis para optar al título de matrona. Universidad de Santiago, Chile.

Rodríguez-Garrido, P., & Goberna Tricas, J. (2020). (In) seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 2020, vol. 21, num. 2, p. e37-e46.

Rodríguez-Garrido P., Pino-Morán JA, Goberna-Tricas J. (2020). Exploring social and health care representations about home birth: An integrative literature review. *Public Health Nursing*.;37(3):422-238. doi: 10.1111/phn.12724.

Ruiz, C. (2013). El parto sin dolor. Santiago, Chile: Ediciones Almácigo.

Sabatini, F., & Soler, F. (1995). Paradoja de la planificación urbana en Chile. *Revista EURE-Revista de Estudios Urbano Regionales*, 21(62).

Sadler, M. (2003). Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de http://www.pasa.cl/wpcontent/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf

Sadler, M., & Leiva, G. (2015). Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento. *CIPER. Centro de Investigación Periodística*. Recuperado de [https://www.ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/#:~:text=El%20valor%20promedio%20del%20parto,Madre%20e%20Hijo\)%20a%20%243.382.](https://www.ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/#:~:text=El%20valor%20promedio%20del%20parto,Madre%20e%20Hijo)%20a%20%243.382.)

Sadler, M. & Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido*; N.6. Cultura y Ciencias Sociales. Recuperado

de <http://www.revistacontenido.com/wp-content/uploads/2015/12/RC6-Sadler-Michelle-y-Rivera-Magdalena-El-temor-al-parto.pdf>

Sadler, M. (2016). Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, (33). Recuperado de <https://semanariorepublicano.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/43388/45373>

Sadler, M., & Leiva, G. (2016). Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. *Universidad del Desarrollo, Chile*, 61-77. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/298792268_Nacer_en_el_Chile_del_Siglo_XXI_el_sistema_de_salud_como_un_determinante_social_critico_en_la_atencion_del_nacimiento

Sadler, M., Leiva Rojas, G., & Perelló, A. (2018). Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Revista del instituto de salud pública de Chile*, 2(1), 22-29. Recuperado de <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/41/25>

Sánchez, G. (2016). Espacios para parir diferente. Un acercamiento a las casas de parto en México.

Santibáñez, L. (4 de octubre, 2017). Parto en casa: la cuestionada alternativa para dar a luz que gana adeptos ante la violencia obstétrica. *Diario El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/10/04/parto-en-casa-la-cuestionada-alternativa-para-dar-a-luz-que-gana-adeptos-ante-la-violencia-obstetrica/>

Santibáñez, P. (s.f.). Imágenes referenciales sobre parto asistido en domicilio. Contacto fotógrafa: paula.santibanezp@gmail.com

Santos, M. A. (1996). A natureza do espaço, São Paulo, Hucitec. Recuperado de <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1799/A%20natureza%20do%20Espa%C3%A7o.pdf?sequence=1>

Sarasua, M. (2015). Fundamentos y aplicaciones de la Geografía de la Salud. *Departamento de Geografía, Prehistoria y Arqueología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)*. Trabajo Fin de Grado en Geografía y Ordenación del Territorio. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/84678902.pdf>

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2016). Se realiza primer parto personalizado en el Hospital La Florida. Santiago de Chile. Recuperado de www.redsalud.ssmso.cl/se-realiza-primer-parto-personalizado-en-el-hospital-la-florida/

SOCHOG (2 de abril, 2020). Comunicado oficial de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de <https://sochog.cl/archivos/12969>

Ubilla-Bravo, G. (2018). Espacio geográfico, territorio y gobernanza: apuntes conceptuales y metodológicos. *Seminario Sustentabilidad y Gobernanza*.

Zaragocin, S. (2018). La geopolítica del útero: hacia una geopolítica feminista decolonial en espacios de muerte lenta. *Cuerpos, territorios y feminismos*, 81-98.

Zaragocin, S., & Caretta, M. A. (2021). Cuerpo-territorio: A decolonial feminist geographical method for the study of embodiment. *Annals of the American Association of Geographers*, 111(5), 1503-1518.

Zárate, M. S. (2007). Dar a luz en Chile, S. XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica.

Zárate, M. S., & Godoy Catalán, L. (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 131-151. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9v8rmQ6CCSRy6MkZdY9tKbd/?lang=es#>

ANEXOS

- **Anexo n°1:** Cantidad **Total de Nacidos Vivos** (en adelante, TNV) en Chile durante el período 2010-2020; por año y región.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2010-2019	Total 2010-2020
XV Region de Arica y Parinacota	3.631	3.612	3.534	3.478	3.529	3.401	3.144	3.008	2.946	2.871	2.886	33.154	36.040
I Region de Tarapaca	5.599	5.697	5.663	5.718	5.744	5.657	5.373	5.028	4.917	4.835	4.707	54.231	58.938
II Region de Antofagasta	9.943	9.822	9.709	9.734	10.072	9.735	9.085	8.302	7.942	7.657	7.434	92.001	99.435
III Region de Atacama	4.986	5.038	4.781	4.699	4.864	4.216	4.095	3.833	3.616	3.342	3.247	43.470	46.717
IV Region de Coquimbo	11.110	10.997	11.008	11.190	11.382	10.856	9.906	9.048	8.895	8.455	8.126	102.847	110.973
V Region de Valparaiso	23.657	23.471	23.557	23.041	23.980	23.508	22.009	20.145	20.793	19.410	18.424	223.571	241.995
VI Region de OHiggins	12.320	11.794	11.662	11.644	11.996	11.512	10.905	10.378	10.824	10.348	10.244	113.383	123.627
VII Region del Maule	13.566	13.208	12.982	13.290	13.871	13.590	12.660	12.205	12.580	12.032	11.667	129.984	141.651
XVI Region del Ñuble	-	-	-	-	-	-	-	5.183	5.225	4.967	4.883	15.375	20.258
VIII Region del Biobio	28.437	28.160	26.985	26.540	27.723	26.999	25.325	18.590	18.083	17.490	16.004	244.332	260.336
IX Region de La Araucania	13.322	13.234	13.024	12.852	13.339	13.311	12.581	11.972	11.723	11.279	10.440	126.637	137.077
XIV Region de Los Rios	5.372	5.040	4.993	4.641	4.873	4.473	4.182	3.999	3.846	3.736	3.897	45.155	49.052
X Region de Los Lagos	12.442	11.963	11.340	11.272	11.499	11.294	11.035	10.219	10.068	9.739	8.957	110.871	119.828
XI Region Aysen	1.553	1.463	1.456	1.379	1.449	1.315	1.318	1.141	1.169	1.033	1.058	13.276	14.334
XII Region de Magallanes	2.206	2.079	2.072	2.001	2.067	1.982	1.836	1.846	1.706	1.679	1.637	19.474	21.111
Region Metropolitana	102.499	101.780	100.869	100.526	104.609	102.821	98.295	94.289	97.398	91.315	81.341	994.401	1.075.742
Total pais	250.643	247.358	243.635	242.005	250.997	244.670	231.749	219.186	221.731	210.188	194.952	2.362.162	2.557.114

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del INE Chile.

- **Anexo n°2:** Cantidad total de partos asistidos con atención profesional en instituciones médicas de Chile durante el período 2010-2019; por año y región.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total periodo
XV Region de Arica y Parinacota	3.606	3.594	3.519	3.464	3.514	3.388	3.097	2.996	2.934	2.864	32976
I Region de Tarapaca	5.495	5.610	5.590	5.627	5.609	5.547	4.082	4.932	4.837	4.785	52114
II Region de Antofagasta	9.921	9.806	9.696	9.717	10.049	9.710	9.059	8.281	7.885	7.643	91767
III Region de Atacama	4.975	5.023	4.767	4.685	4.844	4.195	3.170	3.822	3.600	3.333	42414
IV Region de Coquimbo	11.084	10.965	10.974	11.161	11.332	10.818	9.860	9.005	8.853	8.418	102470
V Region de Valparaiso	23.607	23.412	23.482	22.970	23.868	23.384	21.884	20.017	20.701	19.310	222635
VI Region de OHiggins	12.299	11.773	11.644	11.614	11.973	11.490	10.875	10.345	10.794	10.316	113123
VII Region del Maule	13.447	13.182	12.960	13.264	13.838	13.561	11.736	12.169	12.547	12.008	128712
XVI Region del Nuble	0	0	0	0	0	0	0	5.164	5.205	4.949	15318
VIII Region del Biobio	28.379	28.081	26.925	26.486	27.647	26.935	24.683	18.539	18.005	17.432	243112
IX Region de La Araucania	13.287	13.210	12.996	12.823	13.288	13.271	12.545	11.940	11.676	11.253	126289
XIV Region de Los Rios	5.357	5.025	4.978	4.623	4.847	4.459	4.162	3.985	3.835	3.721	44992
X Region de Los Lagos	12.421	11.937	11.315	11.239	11.473	11.265	11.010	10.192	10.029	9.710	110591
XI Region Aysen	1.551	1.460	1.453	1.376	1.443	1.307	1.309	1.134	1.156	1.031	13220
XII Region de Magallanes	2.196	2.074	2.070	1.997	2.061	1.978	1.830	1.839	1.702	1.675	19422
Region Metropolitana	102.353	101.650	100.714	100.369	104.342	102.581	97.953	93.958	96.970	91.090	991980
Total pais	249.978	246.802	243.083	241.415	250.128	243.889	227.255	218.318	220.729	209.538	2351135

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del INE Chile.

- **Anexo n°3:** Cantidad total de partos asistidos con atención profesional en domicilios en Chile durante el período 2010-2019; por año y región.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total periodo
XV Region de Arica y Parinacota	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
I Region de Tarapaca	1	1	0	0	11	2	2	0	2	1	20
II Region de Antofagasta	2	1	0	2	6	0	1	7	1	0	20
III Region de Atacama	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	5
IV Region de Coquimbo	1	2	1	1	3	0	0	2	2	9	21
V Region de Valparaiso	6	15	18	19	30	11	6	54	45	42	246
VI Region de OHiggins	0	0	0	0	2	0	3	3	7	4	19
VII Region del Maule	1	0	0	1	10	0	4	8	8	5	37
XVI Region del Nuble	0	0	0	0	0	0	0	7	4	8	19
VIII Region del Biobio	0	4	0	0	13	9	11	10	15	14	76
IX Region de La Araucania	1	0	0	2	13	4	2	2	1	5	30
XIV Region de Los Rios	3	0	0	0	6	0	0	1	0	2	12
X Region de Los Lagos	1	1	0	4	8	5	1	2	5	11	38
XI Region Aysen	1	0	0	0	0	1	0	2	2	1	7
XII Region de Magallanes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Region Metropolitana	20	21	35	64	93	76	114	121	111	95	750
Total pais	37	45	54	95	198	108	144	219	203	198	1301

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del INE Chile.

- **Anexo n°4:** Cantidad de cesáreas asistidas en el SNSS de Chile durante el período 2010-2019; por año y región.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total periodo
XV Region de Arica y Parinacota	689	688	618	780	948	1116	1140	1076	1087	820	665	9627
I Region de Tarapaca	1305	1376	1453	1613	1185	1013	1138	973	1119	1068	986	13229
II Region de Antofagasta	1754	1614	1594	1511	1704	1742	1599	1565	1627	1712	1564	17986
III Region de Atacama	1737	1704	1573	1629	1783	1400	1440	1574	1523	1261	1066	16690
IV Region de Coquimbo	5295	5346	5111	5316	5294	5036	4629	4438	4196	4103	3040	51804
V Region de Valparaiso	5784	5888	6425	6349	6540	6319	5793	5378	5530	5231	4781	64018
VI Region de OHiggins	3999	4249	4458	4184	3775	3806	3745	3833	4583	4541	3248	44421
VII Region del Maule	5244	5140	5069	5552	5812	5713	5407	5210	5571	5369	4569	58656
XVI Region del Nuble	1477	1256	1238	1312	1447	1518	1489	1332	1472	1413	1365	15319
VIII Region del Biobio	5138	5245	4916	4684	5220	5308	4749	4552	4664	4554	3676	52706
IX Region de La Araucania	3699	3765	3698	3866	4122	4145	3867	3861	3971	4119	3418	42531
XIV Region de Los Rios	1291	1179	1217	1221	1295	1160	1094	1108	1161	1157	1008	12891
X Region de Los Lagos	3720	3356	3154	3039	3160	3103	2975	2534	2618	2609	2589	32857
XI Region Aysen	680	646	675	764	718	672	644	616	632	593	590	7230
XII Region de Magallanes	697	738	831	759	630	661	615	613	547	561	425	7077
Region Metropolitana	20995	20034	19849	19404	19964	19864	19603	18638	20249	19720	17168	215488
Total cesareas pais	63504	62224	61879	61983	63597	62576	59927	57301	60550	58831	50158	662530

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del INE Chile.

- **Anexo n°5:** Comunicado SOCHOG sobre el parto domiciliario en situación de COVID-19.



Fundada en 1935
Afiliada a F.I.G.O. y F.L.A.S.O.G.

COMUNICADO

En relación al artículo "Partos y coronavirus: ¿más seguro tener guaguas en la casa?", de las periodistas Emiliana Pariente y Lisette Ávila, publicado en Revista Paula el día 1 de abril del 2020, (<https://www.paula.cl/maternidad/partos-cuarentena-coronavirus-parir-en-casa/>) como Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología deseamos decir que:

1. Creemos que este artículo promueve la desinformación de las embarazadas. No solo por la falta de sustento científico en términos del mayor riesgo de contaminación de SARS Cov-2 en una Maternidad, sino porque promueve una práctica que demostradamente se asocia a mayor riesgo para la madre y su hijo como el parto domiciliario.
2. Resulta francamente inaceptable plantear que el parto domiciliario es una opción válida para reducir el riesgo de contagio.
3. Es imprudente mencionar que las madres serán separadas de sus hijos, sin especificar que esto corresponde sólo a las madres portadoras de la enfermedad o de alto riesgo de ella. Esto genera un temor innecesario en la gran mayoría de las embarazadas, que ya se encuentran en un periodo de incertidumbre por la situación epidemiológica del País.
4. El parto en un Hospital o Clínica, resulta ser el lugar más seguro para la madre y su recién nacido, no solo en términos morbilidad materna y perinatal, sino también por la rigurosidad que existe en seguir los lineamientos del MINSAL y de los propios centros sanitarios, que buscan reducir al máximo los riesgos de infección en esta Pandemia.

**Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología
SOCHOG**

Santiago, 02 de abril 2020

Anexo n°6:

<i>Región del país</i>	<i>Porcentaje (%) de CAP del parto institucional. Período 2010-2019 ↓</i>
<i>VI Región de O'Higgins</i>	99,77
<i>Región Metropolitana</i>	99,75
<i>X Región de Los Lagos</i>	99,74
<i>II Región de Antofagasta</i>	99,74
<i>XII Región de Magallanes y Antártica Chilena</i>	99,73
<i>IX Región de La Araucanía</i>	99,73
<i>XIV Región de Los Ríos</i>	99,64
<i>XVI Región del Ñuble</i>	99,63
<i>IV Región de Coquimbo</i>	99,63
<i>V Región de Valparaíso</i>	99,57
<i>XI Región Aysén</i>	99,56
<i>VIII Región del Biobío</i>	99,50
<i>XV Región de Arica y Parinacota</i>	99,46
<i>VII Región del Maule</i>	99,01
<i>III Región de Atacama</i>	97,44
<i>I Región de Tarapacá</i>	96,08

Porcentaje de partos Con Atención Profesional en recintos institucionales de Chile, por región, durante el período 2010-2019. Orden descendente. Cálculo promedio considerando todos los años del período. Fuente: Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019.

<i>Región del país</i>	<i>Porcentaje (%) de CAP del parto domiciliario. Período 2010-2019 ↓</i>
<i>V Región de Valparaíso</i>	0,12
<i>Región Metropolitana</i>	0,08
<i>XI Región Aysén</i>	0,06
<i>I Región de Tarapacá</i>	0,04
<i>XVI Región del Ñuble</i>	0,04
<i>X Región de Los Lagos</i>	0,04
<i>VII Región del Maule</i>	0,03
<i>VIII Región del Biobío</i>	0,03
<i>IX Región de La Araucanía</i>	0,03
<i>XIV Región de Los Ríos</i>	0,03
<i>II Región de Antofagasta</i>	0,02
<i>IV Región de Coquimbo</i>	0,02
<i>VI Región de O'Higgins</i>	0,02
<i>III Región de Atacama</i>	0,01
<i>XV Región de Arica y Parinacota</i>	0
<i>XII Región de Magallanes y Antártica Chilena</i>	0

Porcentaje de partos Con Atención Profesional en recintos domiciliarios de Chile, por región, durante el período 2010-2019. Orden descendente. Cálculo promedio considerando todos los años del período. Elaboración propia utilizando datos de Anuarios de estadísticas vitales 2010-2019 (INE).