



# Panorama del Nacimiento en Chile y en Latinoamérica.

*Gonzalo Leiva Rojas*

*Director OVO – Chile.*

[WWW.OVOCHILE.CL](http://WWW.OVOCHILE.CL)

Instagram @fundacion\_ovochile

¡Nacimiento es fuertemente influenciado por las determinantes sociales!



# El drama de la mortalidad infantil 1930.



Parto en la calle

Dra. Paulina Troncoso E

- Chile tiene la más alta mortalidad infantil del mundo.
- Por cada 20 partos, nace un niño muerto.
- La mortinatalidad equivale al 50,5% de los nacidos vivos
- Por cada mil nacidos vivos mueren 250.
- Por cada 10 nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida
- La cuarta parte muere antes del primer año y casi la mitad antes de cumplir 9 años.

# Políticas públicas a inicios del Siglo XX



CHILE tiene la más alta mortalidad infantil del Mundo.

Por cada veinte partos, nace un niño muerto. La mortalidad nuestra equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil nacidos vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años. Cuatrocientos mil niños no concurren anualmente a ninguna Escuela, lo que representa el 42% de la población en edad escolar. Tenemos seiscientos mil jó-

1918-1931

Código Sanitario

1924

Ley Caja SO

1929

Dirección General Sanidad

1931

Reform a ley laboral

Obligación atención profesional E-P-P

Centros preventivos madre y niño

Descanso pre y postnatal Subsidios

Protección mujer madre asegurada y no asegurada

Dra. Paulina Troncoso E

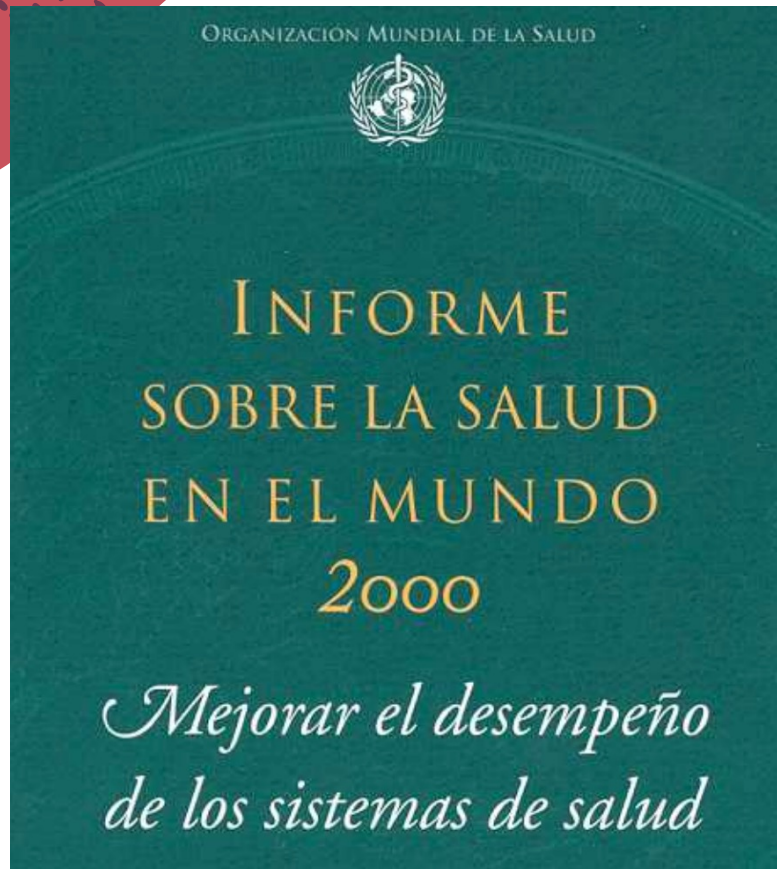
# Creación del SNS, 1952.

Año	NV	Parto hosp	%
1920	146725	9767	6.7
1937	153000	45000	29.4
1960	225758	113196	50.1

NACIDOS VIVOS SEGUN ATENCION PROFESIONAL  
CHILE 1952 -- 1966

AÑOS	TOTAL	CON ATENCION PROFESIONAL	
		En Hospital o Clínica %	En otro local %
1952	185.253	39.7	17.0
1953	205.041	42.3	15.2
1954	206.053	45.3	11.8
1955	222.210	48.2	9.9
1956	234.412	50.9	8.6
1957	244.900	54.0	4.2
1958	246.796	57.3	6.2
1959	249.799	59.8	5.2
1960	256.674	62.2	4.8
1961	263.985	65.7	3.9
1962	275.960	68.2	3.9
1963	280.167	69.7	2.6
1964	277.893	70.7	2.3
1965	279.677	72.0	2.3
1966	269.438	74.0	1.5

# La llegada al nuevo milenio.



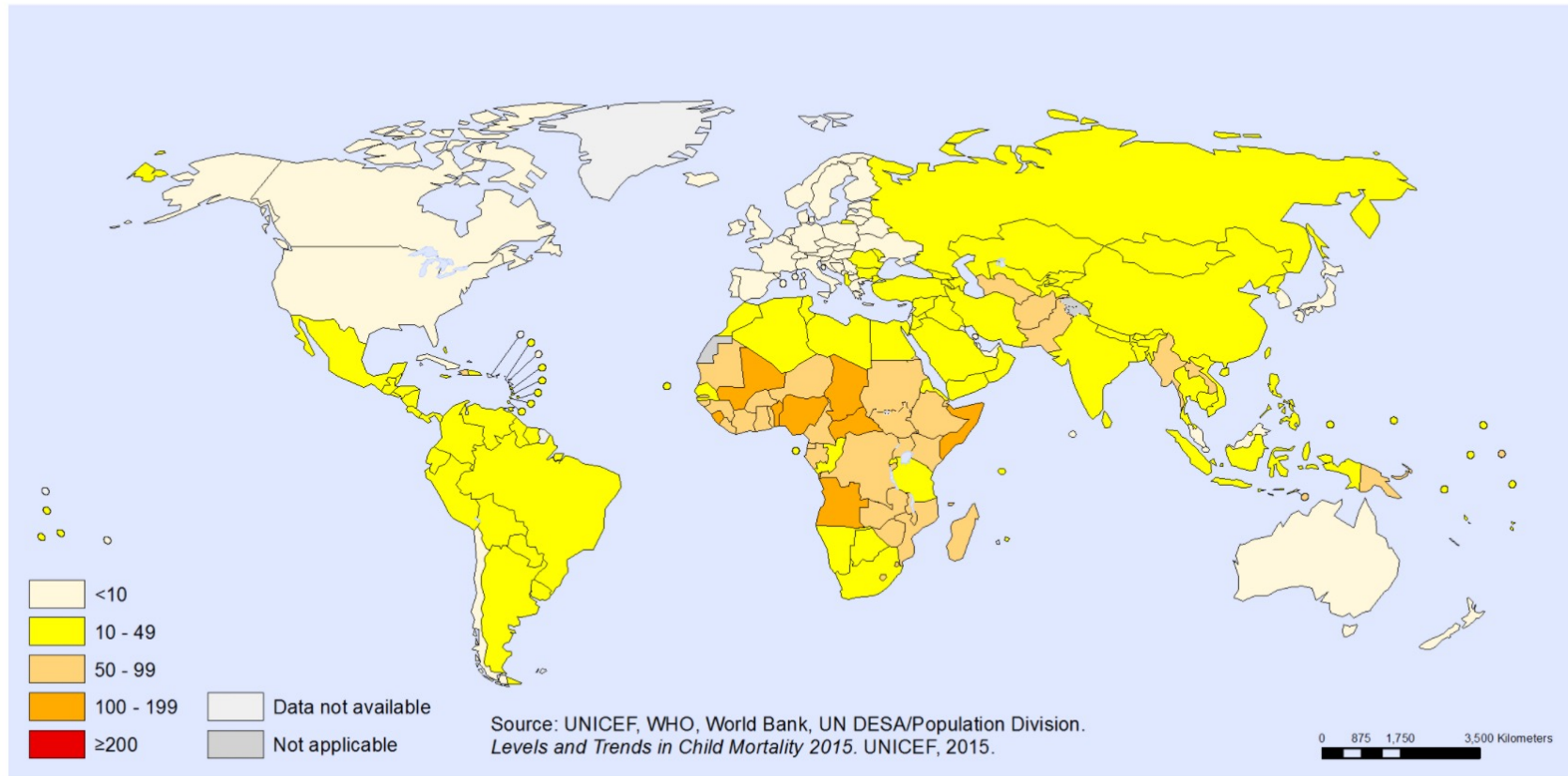
DISTRIBUCIÓN<sup>b</sup>

Igualdad de la supervivencia infantil<sup>a</sup>

Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
1	Chile	0,999	0,999 – 0,999
2	Reino Unido	0,999	0,999 – 0,999
3	Japón	0,999	0,999 – 0,999
4	Noruega	0,999	0,999 – 0,999
5	Polonia	0,999	0,999 – 0,999
6	Grecia	0,979	0,962 – 0,996
7	Israel	0,979	0,961 – 0,996
8	Austria	0,978	0,959 – 0,996
9	San Marino	0,978	0,961 – 0,995
10	Suiza	0,978	0,959 – 0,996

# Panorama actual de mortalidad infantil.

Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births), 2015



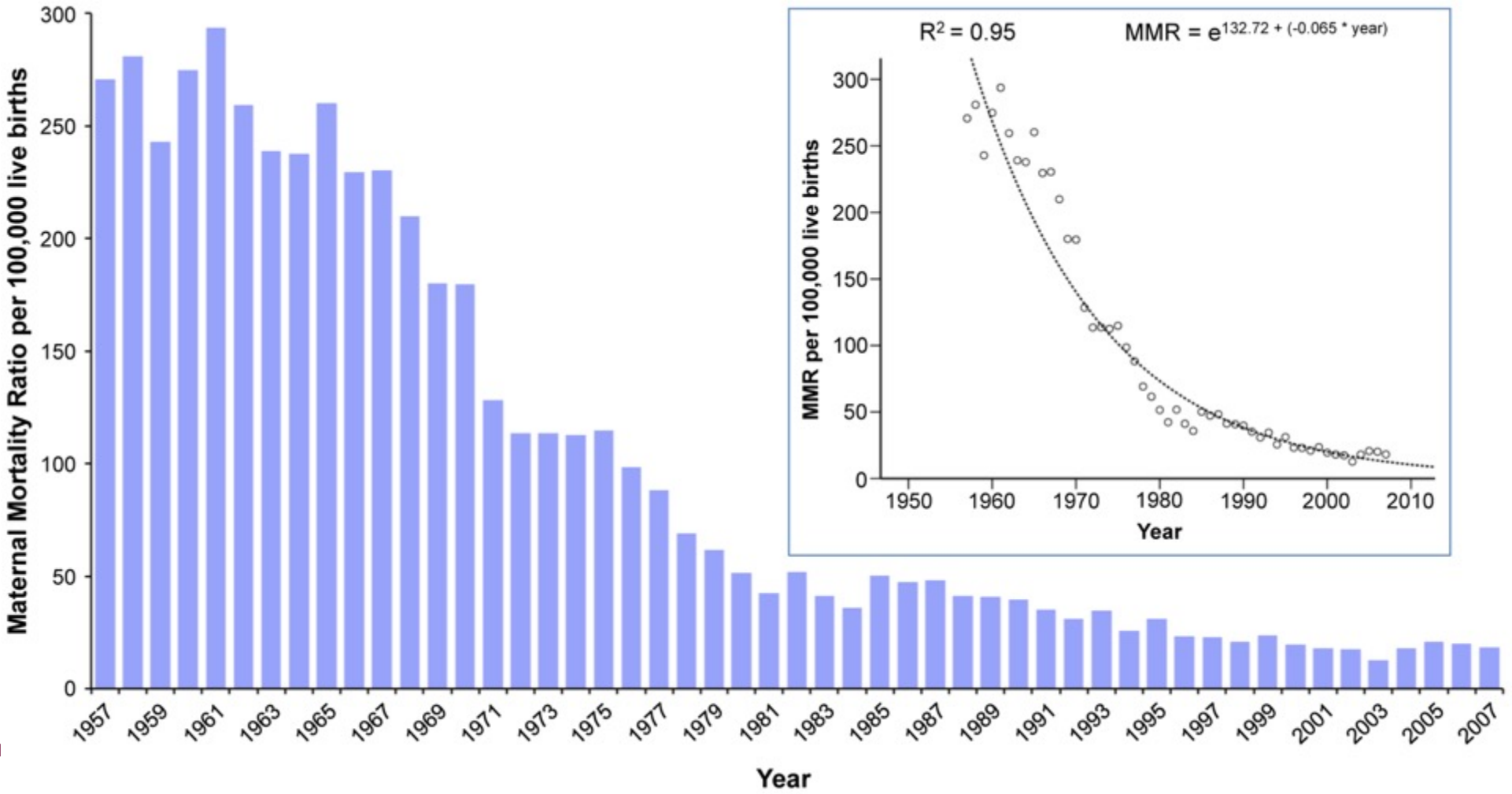
# Esperanza de vida de ambos sexos.

Mapa 1  
Países de América Latina y el Caribe: Esperanza de vida de ambos sexos. 2015-2020



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). World Population Prospects, 2019, edición online.

# Mortalidad Materna



# Panorama actual de mortalidad materna. (x100.000 nacidos vivos)

- 1.- Canadá, 11.

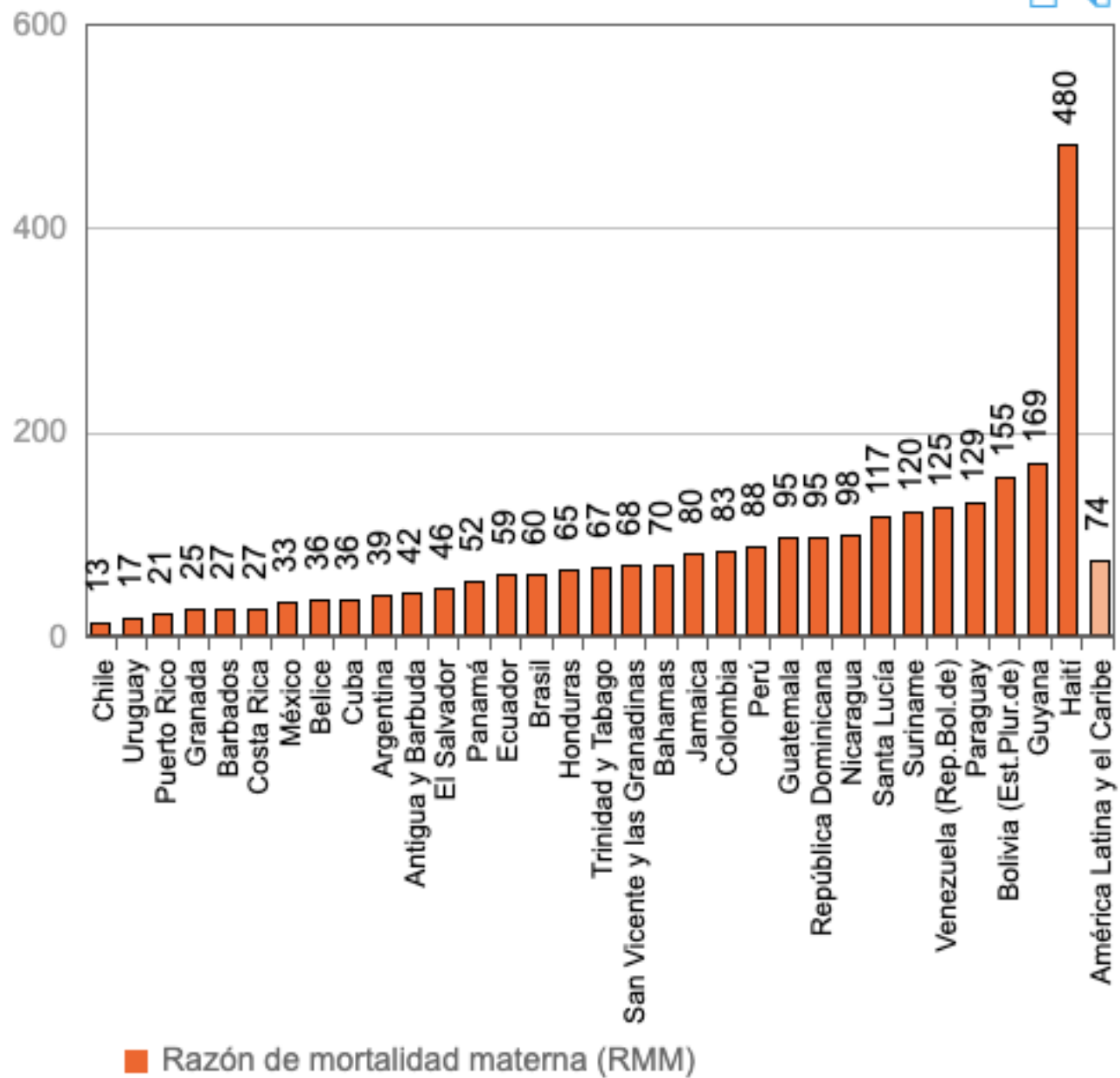


- 2.- Uruguay, 14.



- 3.- Chile, 22.





■ Razón de mortalidad materna (RMM)

# Panorama actual de mortalidad materna.

(x100.000 nacidos vivos)



América Latina y el Caribe (31 países): Razón de mortalidad materna según estimaciones del Grupo Inter-Agencial (MMEIG), 2017 (Por cada 100.000 nacidos vivos)

# Latinoamérica gana por cesárea

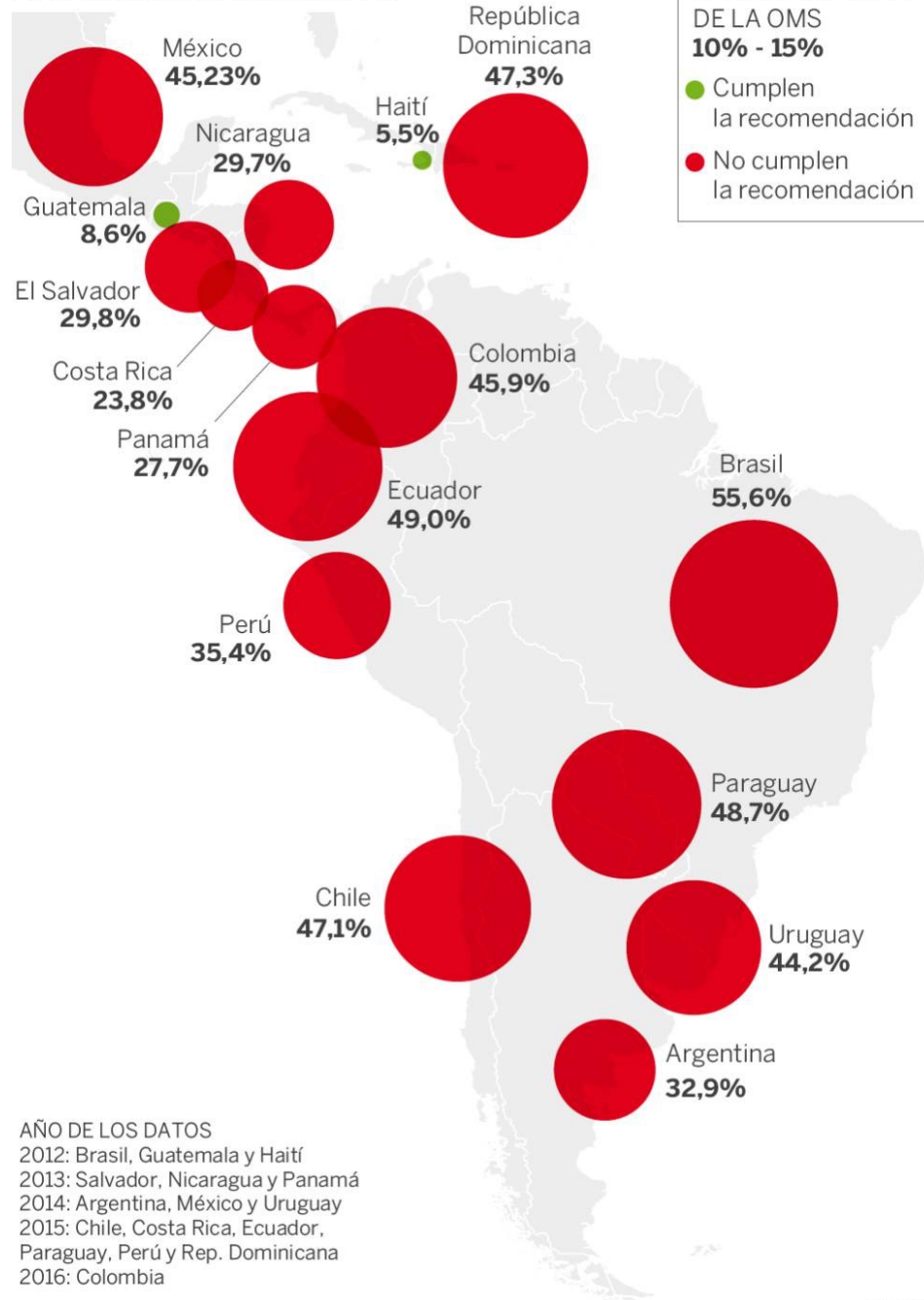
La región tiene la tasa más alta del mundo. La mitad de los partos en México, República Dominicana, Brasil, Chile o Colombia son por esta técnica



Imagen de una cesárea practicada en el Estado de Oaxaca (México). GERMÁN TENORIO VASCONCELOS

## CESÁREAS EN AMÉRICA LATINA

En % sobre el total de nacimientos



### RECOMENDACIÓN DE LA OMS

10% - 15%

- Cumplen la recomendación
- No cumplen la recomendación

### AÑO DE LOS DATOS

2012: Brasil, Guatemala y Haití  
2013: Salvador, Nicaragua y Panamá  
2014: Argentina, México y Uruguay  
2015: Chile, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Perú y Rep. Dominicana  
2016: Colombia

Childbirth

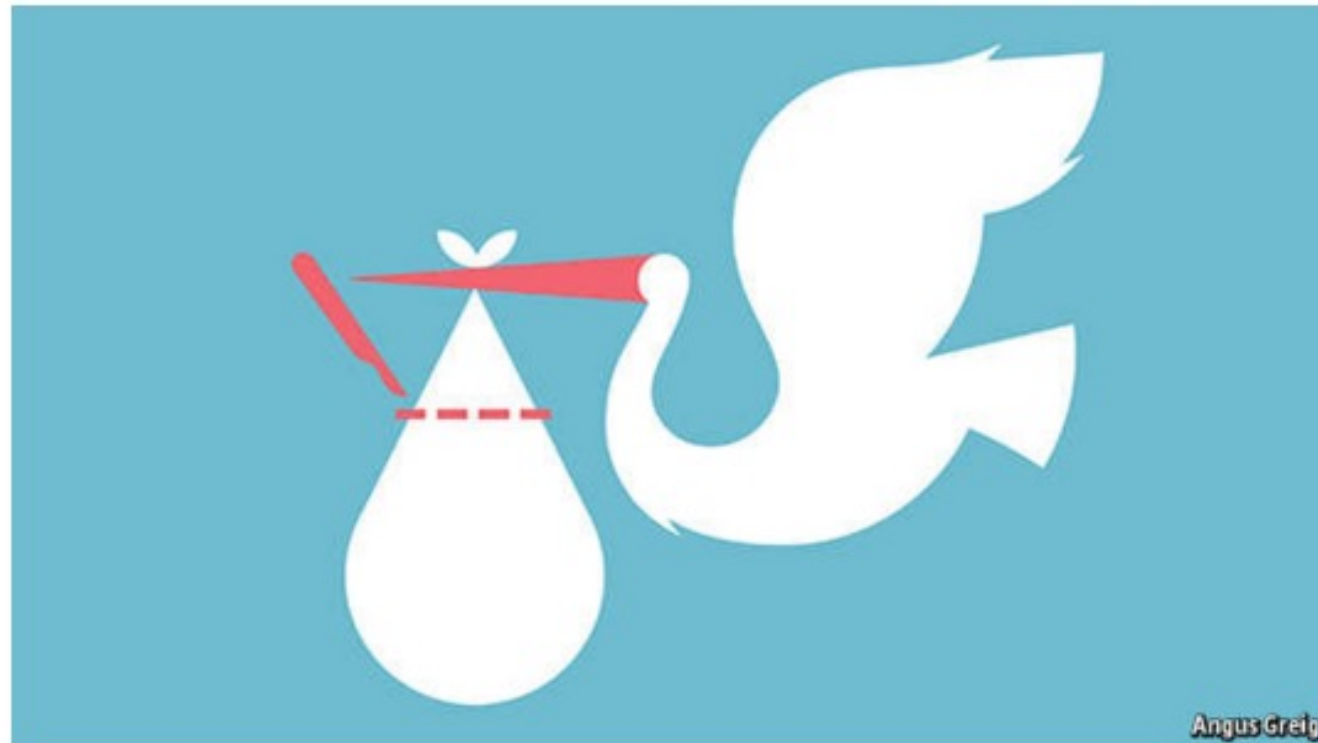
# Caesar's legions

The global rise of Caesarean sections is being driven not by medical necessity but by growing wealth—and perverse financial incentives for doctors

Aug 15th 2015 | NEW YORK AND SÃO PAULO | From the print edition



4.1k



# El parto y nacimiento en Chile.

- 3era mortalidad materna más baja del continente periodo 2000-2013<sup>1</sup>.
- Tasa de mortalidad materna residual<sup>2</sup>.
- Desde 2013 más de un 50% de cesáreas.
- Matron@s en 2012 asisten un 39% del total de nacimientos en Chile, 13% menos que en 2000<sup>4</sup>.
  - 52% en el 2000.
  - 39% en 2012.
- Parto privatizandose<sup>4</sup>
  - 20,9% en el 2000.
  - 30,7% en el 2012.



Ya en 2007 un 57% de quienes tenían un hijo, había decidido no tener otro.

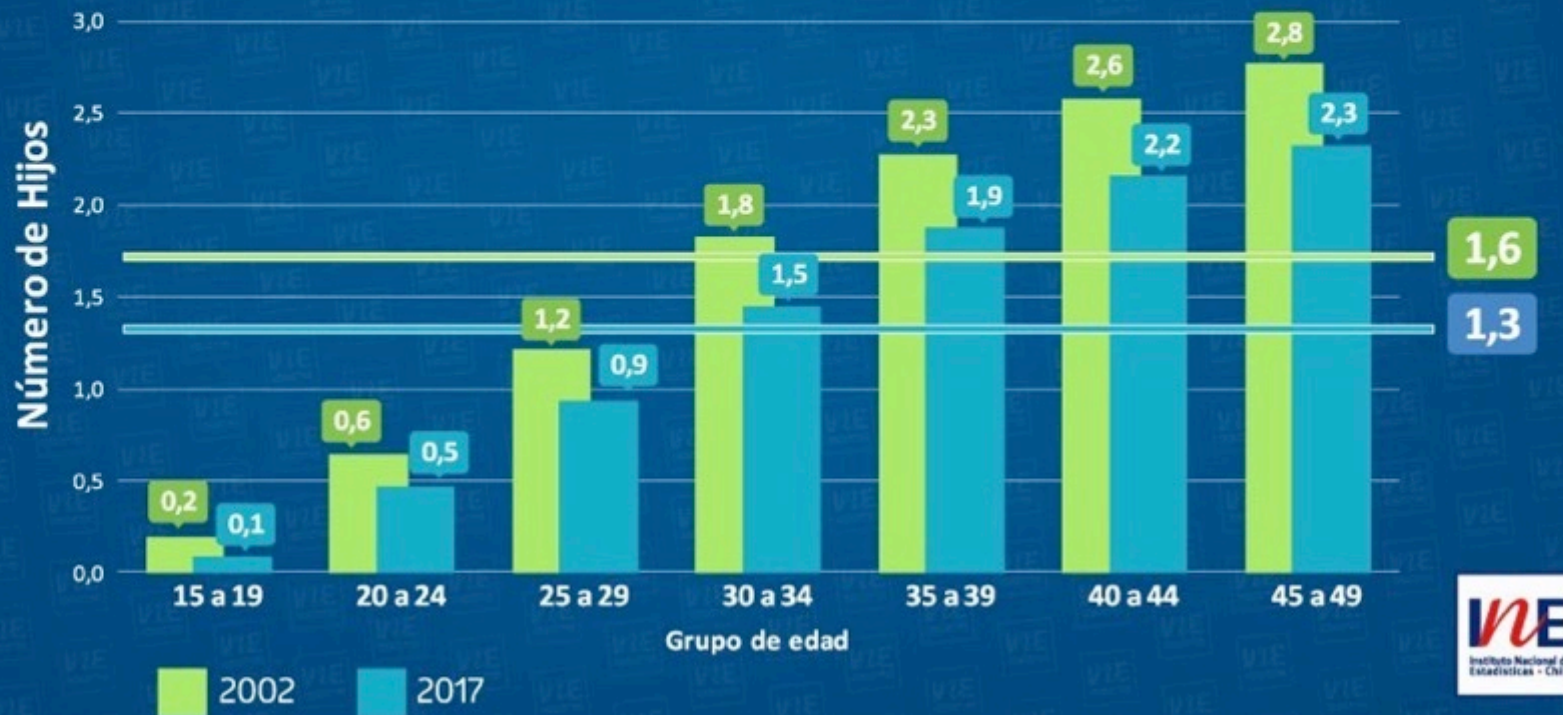
CPP, UDD.  
2007

2<sup>do</sup> ENTREGA  
RESULTADOS  
DEFINITIVOS CENSO 2017

# Fecundidad

## Fecundidad

Promedio de hijos por mujer de 15 a 49 años (paridez media) según grupo de edad. Censos 2002 - 2017



# Fecundidad

- 1) La expansión de la educación.
- 2) El aumento de la incertidumbre económica, en particular entre los jóvenes.
- 3) La revolución de género, cuya principal consecuencia ha sido la incorporación casi completa de las mujeres al mercado de empleo.
- 4) Las transformaciones ocurridas en la esfera de las relaciones de pareja.



# Fecundidad

**TABLA 1.**

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SUBREGIÓN, 2010-2015**

Caribe		América Central		América del Sur	
St. Vincent and the Gren.	1.51	Costa Rica	1.85	Brasil	1.78
Puerto Rico	1.52	El Salvador	2.17	Chile	1.82
Cuba	1.71	México	2.29	Colombia	1.93
Barbados	1.79	Nicaragua	2.32	Uruguay	2.04
U.S. Virgin Islands	1.80	Panamá	2.60	Argentina	2.35
Aruba	1.80	Belice	2.64	Venezuela	2.40
Bahamas	1.81	Honduras	2.65	Surinam	2.46
Martinica	1.95	Guatemala	3.19	Perú	2.50
Guadalupe	2.00			Ecuador	2.59
Trinidad and Tobago	2.01			Guyana	2.60
Curaçao	2.07			Paraguay	2.60
Jamaica	2.08			Bolivia	3.04
Antigua and Barbuda	2.10			Guyana Francesa	3.45
Granada	2.18				
República Dominicana	2.53				
Haití	3.13				

Fuente de datos: Naciones Unidas, WPP 2017.

# Inmigración

El Registro Civil informó de 18.476 a lo largo del país, un 19% más que en 2016:

## Nacimientos de hijos de extranjeros alcanzaron el 7,8% del total de inscritos en Chile en 2017

En la Región Metropolitana aumentaron un 27%, mientras que la zona norte registra la mayor alza en regiones.

C. SANTANA y EQUIPO DE REGIONES

“Una enfermera me preguntó en el hospital ¿te viniste a Chile a tener tu hijo?. Es injusto que la gente piense que los extranjeros nos vinimos a tener hijos aquí. Es un proyecto de vida”. La colombiana Yesenia Ortiz conversa con su hijo Emiliano sobre su regazo. Ella nació en Cartagena, en la costa colombiana, hace 31 años. Él hace solo un mes, en Puerto Montt, donde viven desde hace un tiempo.

La mujer advierte que la suya es una historia de amor, y que solo cuando llegó a Chile, hace un año y casada con un chileno, se llevó la sorpresa del “boom de la migración”.

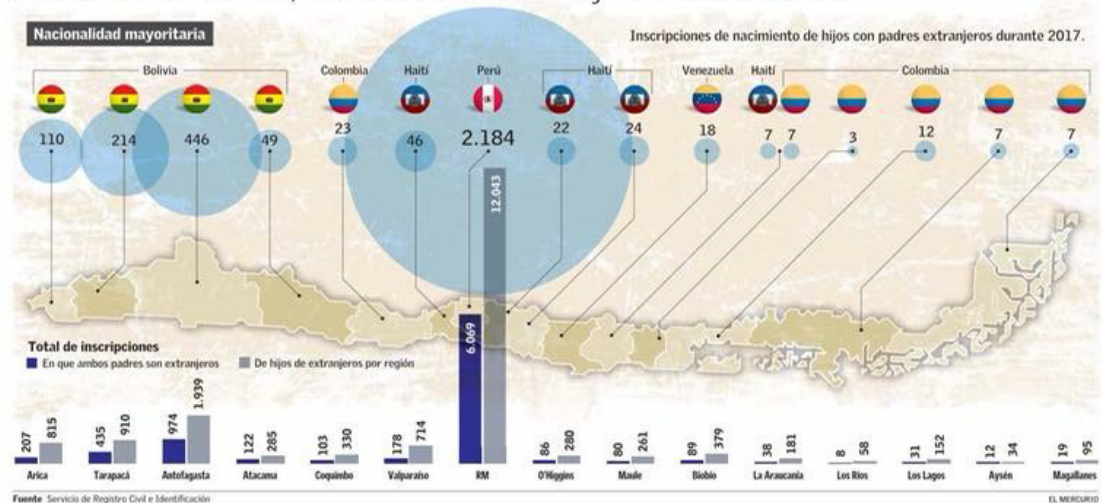
Ese boom es el que explica que, según cifras del Registro Civil, el año pasado los nacimientos de niños cuyos padres —o al menos uno de ellos— son extranjeros, aumentaron en casi todas las regiones del país. Llegaron a un total de 18.476 inscripciones, un 19% más que en 2016.

En total, representaron el 7,8 de todos los nacimientos que se registraron en Chile en 2017.

Según la zona de que se trate, hay diferencias. Si en las cuatro primeras regiones del norte los recién nacidos son en su mayoría de padres bolivianos, en la zona central la fuerte migración haitiana ha posicionado a esa nacionalidad con la mayor cantidad de hijos inscritos, mientras que en el sur predominan los hijos de colombianos (ver infografía).

La región con más inscripciones de hijos con padres extranje-

Bolivianos en el norte, haitianos en el centro y colombianos en el sur



**INTERCULTURAL.**— En el Hospital de Curicó contrataron a tres enfermeras haitianas encargadas de comunicarse con las madres de esa nacionalidad. Según el recinto, desde septiembre los nacimientos han aumentado.

ros fue la Metropolitana, con más de 12 mil, un aumento del 27% en relación al 2016.

Aysén es la última de la lista, con 34 inscripciones de hijos de extranjeros.

El fenómeno ha ido cambiando el paisaje de las regiones. En el Maule, por ejemplo, hace unos años era difícil ver extranjeros. Hoy, y debido a la demanda que generan las actividades agrícolas, la cifra subió. De hecho, en Talca los trámites migratorios aumentaron 567% desde 2015, en su mayoría solicitados por haitianos y venezolanos.

Esta realidad se ve sobre todo en Curicó, donde el hospital incluso ha dispuesto de tres facilitadoras interculturales para hacerse cargo de la mayor cantidad de nacimientos de bebés con padres haitianos. Esto, porque mu-

chos de ellos no hablan español.

“Hay una curva claramente ascendente desde septiembre y esta tendencia se ha mantenido este año”, afirma el director del recinto, Jorge Canteros, respecto de la cantidad de hijos de padres extranjeros en la zona.

Este panorama se repite en otras regiones del centro del país. En Valparaíso dejaron de ser los peruanos quienes tenían más hijos y ahora son los haitianos. También en O'Higgins.

“Los haitianos son trabajadores, ellos quieren surgir y por eso buscan oportunidades en Chile”, sostiene Evelyn Moraga, pareja de Fener Romelus (45), quien llegó hace siete años a Talca procedente de Puerto Príncipe. Ambos formaron una familia con cuatro hijos, uno de ellos en común, que tiene poco más de

un mes de vida.

En el extremo norte, desde la Región de Arica y Parinacota hasta la de Atacama se concentra el mayor aumento de natalidad extranjera después de Santiago, con un claro predominio de los bolivianos.

“El año pasado, en Arica tuve a mi tercer hijo. Los dos mayores nacieron en Bolivia. Con mi familia llegamos a trabajar en los valles agrícolas. Teníamos familiares trabajando ahí”, comenta Georgina Yufra (32), oriunda de Oruro. Y agrega que “primero me fui a atender a una posta y de ahí me trasladaron al Hospital de Arica. Todo salió muy bien. Me acuerdo de que era la única boliviana a la que atendieron esa vez, y a otra mamá que era colombiana. Todas las otras eran chilenas”.



# Gestación adolescente.



Me gusta 0 Compartir Twitter

a a a

viernes 11 de diciembre, 2020

Cómo fue que la tasa de embarazo adolescente en Chile cayó casi 60% en 10 años

**Deserción escolar: 50% de las alumnas embarazadas no retoman posteriormente sus estudios**

*La falta de ayuda por parte del Estado y la búsqueda de un sustento para mantener a los hijos son las principales razones de por qué las estudiantes desertan de continuar su escolaridad.*

# Gestación adolescente.

## Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe

Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay



2

Ilustración 2: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en América Latina y El Caribe, 2017.



**Fuente:** Elaboración propia con base en Banco Mundial (Interpolación lineal con base en United Nations Population Division, World Population Prospects).

(...) El concepto no deja de ser puramente cuantitativo, una forma de valorar la asistencia que ignora las secuelas físicas y psíquicas que sufren las madres y los bebés, los daños del vínculo afectivo entre ambos, los aspectos emocionales y psicológicos de la experiencia del nacimiento. Los datos oficiales son lo que son: frías cifras que no toman en cuenta la calidad de la experiencia vivida por las mujeres, sus bebés, sus parejas, ni la forma en que esa experiencia les marca para toda la vida (...)

Isabel Fernandez del Castillo. Tomado desde “La Nueva Revolución del Nacimiento”, Editorial Obstare.



# Recomendaciones en torno al parto respetado, desde hace más de 30 años



**Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento**

**Declaración de Fortaleza 1985**

**Organización Mundial de la Salud**

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

**CUIDADOS EN EL PARTO**

**NORMAL:**

**UNA GUÍA PRÁCTICA**

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Ginebra. 1996

Departamento de Investigación y Salud Reproductiva



# MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO



# ¿Qué sabemos a más de 10 años?



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

**Midwifery**

journal homepage: [www.elsevier.com/midw](http://www.elsevier.com/midw)

**Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile**

 CrossMark

Lorena Binfa, RM, MPH, PhD (Associate Professor)<sup>a</sup>,  
Loreto Pantoja, RM (Assistant Professor in Midwifery)<sup>a,\*</sup>,  
Jovita Ortiz, RM (Assistant Professor in Midwifery)<sup>a</sup>,  
Marcela Gurovich, RM (Assistant Professor in Midwifery)<sup>a</sup>,  
Gabriel Cavada, PhD (Statistician)<sup>b</sup>,  
Jennifer Foster, PhD MPH, CNM (Associate Clinical Professor)<sup>c</sup>

- 9 instituciones, 2 de ellas de la región metropolitana.
- 1882 gestantes.



Table 3

Obstetrical variables by region, and total.

	Santiago	Iquique	Coquimbo	Valparaíso	Rancagua	Concepción	Ancud	Coyhaique	Total
<b>Type of birth (%) CI</b>									
Spontaneous Vaginal	70.8 (66.7–74.9)	82.8 (77.3–88.3)	72.2 (65.7–78.7)	82.6 (76.9–88.2)	83 (77.7–88.3)	76.7 (70.9–82.6)	73.8 (64.2–83.4)	81.3 (75.7–86.2)	74.1 (71.3–76.8)
Forceps	8.2 (5.7–10.7)	2.7 ( 0.3–5.0 )	1.1 (0.0–2.6)	8.4 (4.3–12.5)	2 (0.4–3.9)	–	4.8 (0.11–9.4)	1.6 (0.0–3.3)	6.1 (4.5–7.7)
Cesárean	21 (17.3–24.7)	14.5 (9.4–19.6)	26.7 (20.3–33.1)	8.9 (4.8–13.2)	15 (10–20)	23.3 (17.4–29.1)	21.4 (12.5–30.4)	17.2 (11.8–22.6)	19.8 (17.4–22.3)
	0.003	ns	0.019	ref	ns	ns	ns	ns	
<b>Nutrition (feeding) during labour (%) CI</b>									
No oral nutrition	94.2 (92.0–96.3)	90.9 (86.6–95.0)	64.8 (57.9–71.8)	57.7 (50.7–64.7)	51.2 (44.3–58.2)	56.2 (49.3–66.1)	31.3 (20.9–41.6)	41.7 (33.8–49.5)	81.5 (79.6–83.5)
Liquid nutrition	4.5 (2.6–6.4)	7.5 (3.7–11.4)	31.4 (24.6–38.1)	31.9 (25.3–38.6)	7.4 (3.8–11.1)	30.8 (24.4–37.3)	41.3 (35.1–57.4)	25.0 (18.1–31.9)	11.2 (9.7–12.8)
Light nutrition	1.3 (0.3–2.3)	1.6 (0.0–3.4)	3.8 (1.0–6.6)	10.3 (6.0–14.6)	41.3 (34.4–48.2)	12.9 (8.3–17.6)	22.5 (13.1–31.8)	33.3 (25.8–40.8)	7.2 (6.1–8.4)
	0.000	0.000	0.000	0.00	ref	0.000	0.004	ns	
<b>Parental hydration during labour (%) CI</b>									
Yes	99.7 (99.3–100.0)	97.2 (94.9–99.6)	82.2 (76.7–87.7)	91.7 (87.8–95.6)	97.4 (95.2–99.6)	81.5 (76.0–86.9)	44.4 (33.3–55.5)	91.3 (87.1–95.4)	95.7 (94.9–96.5)
No	0.2 (0.0–0.6)	2.7 (0.3–5.0)	17.7 (12.2–23.2)	8.2 (4.3–12.1)	2.5 (0.3–4.7)	18.5 (13.0–23.9)	55.5 (44.4–66.6)	8.6 (4.5–12.8)	4.2 (3.4–5.0)
	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	ref	0.000	
<b>Foetal intrapartum monitoring (%) CI</b>									
Initially	1.4 (0.3–2.5)	–	40.2 (32.7–47.7)	12.7 (8.0–17.4)	21.8 (16.1–27.6)	1.5 (0.0–3.1)	34.1 (23.8–44.4)	3.6 (0.9–6.3)	5.4 (4.4–6.3)
Paucity during labour	17.4 (14.0–20.8)	67.5 (60.7–74.3)	57.3 (49.8–64.9)	82.6 (77.3–88.0)	70.6 (64.2–76.9)	95.5 (92.6–98.3)	62.3 (51.8–72.8)	89.4 (85.1–93.8)	39.9 (37.2–42.7)
Continuous during labour	81.1 (77.5–84.6)	32.4 (25.6–39.2)	2.3 (0.0–4.6)	4.5 (1.6–7.5)	7.4 (3.7–11.1)	3.0 (0.6–5.3)	3.5 (0.0–7.5)	6.8 (3.2–10.4)	54.6 (51.6–57.5)
	0.000	0.000	ns	ns	ns	ref	ns	ns	
<b>Membrane status (%) CI</b>									
Spontaneous ruptura during labour	29.2 (25.0–33.3)	41.4 (34.3–48.5)	38.0 (30.9–45.1)	33.1 (26.5–39.8)	38.3 (31.5–45.2)	40.2 (33.4–47.1)	48.8 (37.8–59.7)	34.0 (27.2–40.8)	32.6 (29.8–35.4)
Artificial rupture during labour	63.4 (59.0–67.8)	41.4 (34.3–48.5)	37.5 (30.4–44.5)	65.8 (59.1–72.5)	56.5 (49.6–63.5)	57.2 (50.3–64.1)	26.1 (16.5–35.7)	48.4 (41.1–55.6)	59.1 (56.2–62.1)
Rupture during third stage	7.3 (4.9–9.7)	17.0 (11.6–22.4)	24.4 (18.1–30.7)	1.0 (0.0–2.4)	5.0 (1.9–8.1)	2.4 (0.3–4.6)	25.0 (15.5–34.4)	17.5 (12.0–23.0)	8.1 (6.5–9.7)
	0.000	0.017	ns	0.000	0.000	0.000	ref	0.001	
<b>Medically induced labour (%) CI</b>									
Yes	93.7 (91.5–95.9)	75.5 (69.3–81.7)	75.4 (69.1–81.6)	90.7 (86.6–94.8)	92.0 (88.2–95.8)	94.5 (91.3–97.7)	43.5 (32.7–54.2)	85.3 (80.2–90.4)	90.8 (89.3–92.4)
No	6.2 (4.1–8.4)	24.4 (18.2–30.6)	24.5 (18.3–30.8)	9.2 (5.1–13.3)	7.9 (4.1–11.7)	5.4 (2.2–8.6)	56.4 (45.7–67.2)	14.6 (9.5–19.7)	9.1 (7.5–10.6)
	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	ref	0.000	
<b>Method of pain relief (%) CI</b>									
Pharmacological	83.8 (80.5–87.2)	27.4 (20.0–34.8)	30.4 (23.2–37.6)	37.5 (30.5–44.4)	29.0 (22.3–35.7)	45.3 (38.2–52.4)	3.7 (0.0–8.1)	29.4 (22.8–36.0)	66.2 (63.5–68.9)
Not pharmacological	1.9 (0.6–3.1)	40.8 (32.6–49.0)	37.8 (30.3–45.4)	15.6 (10.4–20.8)	16.7 (11.2–22.2)	14.5 (9.5–19.6)	91.1 (84.7–97.5)	20.8 (14.9–26.7)	9.7 (8.3–11.0)
Mixed	14.1 (11.0–17.3)	31.6 (23.9–39.4)	31.6 (24.4–38.9)	46.8 (39.7–53.9)	54.1 (46.8–61.5)	40.1 (33.1–47.1)	5.0 (0.1–10.0)	49.7 (42.5–56.9)	24.0 (21.6–26.4)
	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	ref	0.000	
<b>Free walking during labour (%) CI</b>									
Yes	23.4 (19.6–27.3)	45.9 (38.6–53.1)	74.8 (68.5–81.1)	51.5 (44.4–58.5)	51.7 (44.7–58.7)	41.5 (34.6–48.3)	91.5 (85.4–97.6)	73.5 (67.1–79.9)	65.2 (62.5–67.9)
No	76.5 (72.7–80.3)	54.0 (46.8–61.3)	25.1 (18.8–31.4)	48.4 (41.4–55.5)	48.2 (41.2–55.2)	58.5 (51.6–65.3)	8.4 (2.3–14.5)	26.4 (20.0–32.9)	34.7 (32.0–37.4)
	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	ref	0.001	
<b>Use of birthing ball (%) CI</b>									
Yes	2.5 (1.1–3.9)	41.9 (34.7–49.0)	4.8 (1.7–7.9)	2.5 (0.3–4.8)	14.1 (9.1–18.9)	27.8 (21.6–34.1)	48.2 (37.3–59.1)	53.8 (46.5–61.1)	10.3 (8.9–11.7)
No	97.4 (96.1–98.8)	58.1 (50.9–65.2)	95.1 (92.0–98.2)	97.4 (95.1–99.6)	85.9 ( 81.1–90.8)	72.1 (65.8–78.3)	51.7 (40.9–62.6)	46.1 (38.9–53.4)	89.6 (88.2–91.0)
	0.000	0.023	0.000	0.000	0.000	0.000	ns	ref	
<b>Companion during labour (%) CI</b>									
Yes	66.8 (62.6–71.1)	88.8 (84.2–93.3)	98.3 (96.5–100.0)	74.4 (68.3–80.6)	49.2 (42.2–56.2)	67.1 (60.6–73.7)	83.5 (75.4–91.5)	89.5 (84.9–94.0)	69.6 (66.7–72.4)
No	33.1 (28.8–37.3)	11.1 (6.6–15.7)	1.6 (0.0–3.4)	25.5 (19.3–31.6)	50.7 (43.7–57.7)	32.8 (26.2–39.3)	16.4 (8.4–24.5)	10.4 (5.9–15.0)	30.3 (27.5–33.2)
	0.001	0.013	ref	0.017	0.000	0.000	0.000	0.008	
<b>Maternal posture during third stage (%) CI</b>									
Seated/semi-seated	–	5.0 (1.5–8.4)	0.7 (0.0–2.2)	12.1 (7.4–16.7)	2.9 (0.3–5.5)	94.2 (90.5–97.9)	10.4 (2.9–17.9)	38.8 (30.4–47.1)	10.1 (8.8–11.5)
Lithotomy	86.4 (83.2–89.6)	94.3 (90.6–97.9)	99.2 (97.7–100.0)	73.1 (67.7–79.5)	97.0 (94.4–99.6)	4.4 (1.2–7.7)	86.5 (78.1–94.9)	61.1 (52.8–69.5)	79.7 (77.3–82.2)
Side-lying	–	–	–	0.5 (0.0–1.5)	–	–	–	–	0.0 (0.0–0.1)
Other	13.5 (10.3–16.7)	0.6 (0.0–1.8)	–	14.2 (9.2–19.2)	–	1.2 (0.0–3.0)	2.9 (0.0–7.1)	–	9.9 (7.8–12.1)
	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	ref	0.000	0.000	
<b>Episiotomy (%) CI</b>									
Yes	57.5 (52.7–62.3)	48.4 (40.5–56.2)	66.9 (58.9–74.9)	39.8 (32.8–46.9)	78.3 (72.1–84.5)	59.6 (51.8–67.4)	28.0 (17.5–38.4)	28.1 (21.0–35.1)	56.4 (53.1–59.6)
No	42.4 (37.6–47.2)	51.5 (43.7–59.4)	33.1 (25.1–41.1)	60.1 (53.0–67.1)	21.6 (15.4–27.8)	40.3 (32.5–48.1)	72.0 (61.5–82.4)	71.8 (64.8–78.9)	43.5 (40.3–46.8)
	0.000	0.004	0.000	ns	0.000	0.000	ref	ns	



# La mayoría de las mujeres en trabajo de parto...



- ... se mantienen en ayuno.
- ... se mantiene con monitorización fetal continua.
- ... no pueden caminar durante el trabajo de parto y tienen su parto en posición de litotomía.
- ... son aceleradas durante su trabajo de parto.
- ... manejan el dolor con pocas alternativas además de la peridural.



**“La evidencia científica desaconseja el uso de muchos de los procedimientos e intervenciones que en Chile se practican de forma rutinaria”**

# ¿Y sabemos algo similar de Latinoamérica ?

Midwifery 40 (2016) 218–225

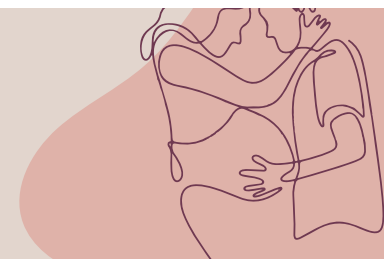
Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Midwifery

journal homepage: [www.elsevier.com/midw](http://www.elsevier.com/midw)



## Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean



**Table 3**  
Obstetric Variables.

Variables	Chile	Uruguay	Perú	Argentina	Rep. Dominicana	Brazil
	N= 1.819	N= 378	N= 367	N= 177	N= 86	N= 182
<b>Type of Birth (%)</b>						
Spontaneous Vaginal	1.384 (77)	299 (79.9)	344 (93.7)	161 (91)	60 (69.8)	161 (88.5)
Forceps	75 (4.2)	5 (1.3)	7 (1.9)	2 (1.1)	0 (0)	5 (2.7)
Caesarean	337 (18.8)	70 (18.7)	16 (4.4)	14 (7.9)	26 (30.2)	16 (8.8)
<b>Parity N° (%)</b>						
Primiparous	872 (54.4)	97 (25.9)	-	-	46 (53.5)	108 (59.3)
Multiparous 1	685 (42.7)	147 (39.3)			18 (21.0)	52 (28.6)
Multiparous 2 o +	47 (2.9)	130 (34.7)			22 (25.5)	22 (12.1)
<b>Gestational age (weeks)</b>						
mean (s.d)	38.7 (1.8)	39.1 (1.4)	38.6 (1.7)	39.4 (1.8)	38.96 (1.7)	39 (1.6)
<b>Nutrition (feeding) during labour (%)</b>						
No oral nutrition	1.209 (68.9)	133 (39.9)	172 (47.1)	96 (54.2)	11(12.8)	35 (19.2)
Liquid nutrition	323 (18.4)	99 (29.7)	135 (36.9)	77 (43.5)	44 (51.2)	5 (3.6)
Light nutrition	223 (12.7)	101 (30.3)	58 (15.8)	4 (2.3)	31 (36.0)	132 (77.2)
<b>Parental hydration during labour (%)</b>						
Yes	1.627 (90.6)	59 (17.8)	214 (59.3)	159 (89.8)	79 (96.3)	26 (16.2)
No	168 (9.4)	273 (82.2)	147 (40.7)	18 (10.2)	3 (3.7)	134 (83.8)
<b>Fetal intrapartum monitoring (%)</b>						
Initially	193 (10.7)	60 (18.6)	131 (36.7)	25 (14.1)	0	7 (3.8)
Intermittent during labour	1.073 (59.8)	170 (52.8)	112 (31.4)	152 (85.9)	86 (100)	175 (96.2)
Continuous during labour	529 (29.5)	92 (28.6)	114 (31.9)	0	0	0
<b>Medically induced labour (%)</b>						
Yes	1.553 (85.5)	217 (59.3)	223 (62.1)	126 (71.2)	27 (32.5)	133 (81.6)
No	264 (14.5)	147 (40.7)	136 (37.9)	51 (28.8)	56 (67.5)	30 (18.4)
<b>Membrane status (%)</b>						
Spontaneous rupture during labour	654 (36.2)	142 (39.8)	163 (45.7)	94 (53.1)	54 (64.3)	83(45.6)
Artificial rupture during labour	943 (52.3)	182 (50.9)	73 (20.4)	72 (40.7)	11 (13.1)	92(50.5)
Rupture during third stage	207 (11.5)	33 (9.3)	121 (33.9)	11 (6.2)	19 (22.6)	7 (3.9)

**Table 3**  
Obstetric Variables.

Variables	Chile	Uruguay	Perú	Argentina	Rep. Dominicana	Brazil
	N= 1.819	N= 378	N=367	N= 177	N= 86	N= 182
<b>Method of pain relief (%)</b>						
Pharmacological	800 (47.6)	15 (7.6)	25 (7.3)	68 (38.4)		14 (9.8)
No Pharmacological	342 (20.3)	182 (91.9)	310 (90.1)	85 (48)	–	100 (69.9)
Mixed	539 (32.1)	1 (0.5)	9 (2.6)	24 (13.6)		29 (20.3)
<b>Free walking during labour (%)</b>						
Yes	862 (47.8)	175 (49.6)	235 (64.5)	82 (46.3)	81 (95.3)	155 (85.2)
No	942 (52.2)	178 (50.4)	129 (35.4)	95 (53.7)	4 (4.7)	27 (14.8)
<b>Use of birthing ball (%)</b>						
Yes	337 (18.7)	23 (6.2)	6 (1.7)	24 (13.6)	0	32 (17.7)
No	1.466 (81.3)	349 (93.8)	348 (98.3)	153 (86.4)	86 (100)	149 (82.3)
<b>Companion during labour (%)</b>						
Yes	1.349 (74.7)	338 (92.9)	78 (22.1)	97 (54.8)	0	75 (41.2)
No	458 (25.3)	26 (7.1)	274 (77.9)	80 (45.2)	86 (100)	107 (58.8)
<b>Maternal posture during third stage (%)</b>						
Lithotomy	1.169 (76.7)	90 (25.5)	295 (80.4)	74 (41.8)	86 (100)	9 (5.1)
Other	356 (23.3)	267 (74.5)	72 (19.6)	103 (58.2)	0	169 (94.9)
<b>Episiotomy (%)</b>						
Yes	820 (53.2)	134 (35.8)	185 (52.3)	61 (34.5)	13 (22)	52 (28.6)
No	721 (46.8)	240 (64.2)	169 (47.7)	116 (65.5)	46 (78)	130 (71.4)
<b>Companion during third stage (%)</b>						
Yes	1.520 (85.3)	345 (94.5)	24 (6.5)	86 (48.6)	0	123 (68.7)
No	262 (14.7)	20 (5.5)	342 (93.4)	91 (51.4)	86 (100)	56 (31.3)
<b>Wellbeing scores during labour and childbirth %</b>						
Optimal	48.9	32.4	9.1	–	36.7	43.1
Adequate	29.3	40.1	59.5		41.8	37.6
Poor	22.3	27.6	31.4		21.8	19.3

Received: 25 April 2019 | Revised: 16 September 2019 | Accepted: 29 November 2019 | First published online: 17 December 2019

DOI: 10.1002/ijgo.13075

**CLINICAL ARTICLE**

**Obstetrics**

WILEY



## Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth

Magriet Meijer<sup>1</sup> | Thais Brandão<sup>2,\*</sup> | Sofía Cañadas<sup>3</sup> | Kirsten Falcon<sup>4</sup>

Received: 4 June 2021 | Revised: 7 September 2021 | Accepted: 16 September 2021

DOI: 10.1002/ijgo.13938

**CLINICAL ARTICLE**

**Obstetrics**



WILEY

## Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina

Malena Correa<sup>1</sup>  | Karen Klein<sup>1</sup> | Paula Vasquez<sup>1</sup> | Caitlin R. Williams<sup>1,2</sup> | Luz Gibbons<sup>1</sup> | Gabriela Cormick<sup>1,3</sup> | María Belizan<sup>1</sup>

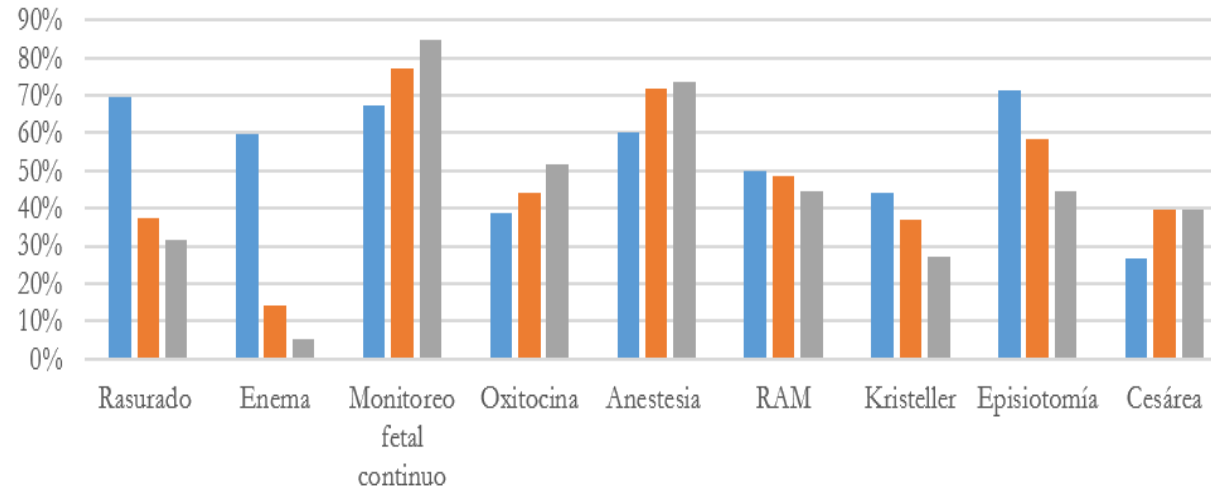


# Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile.

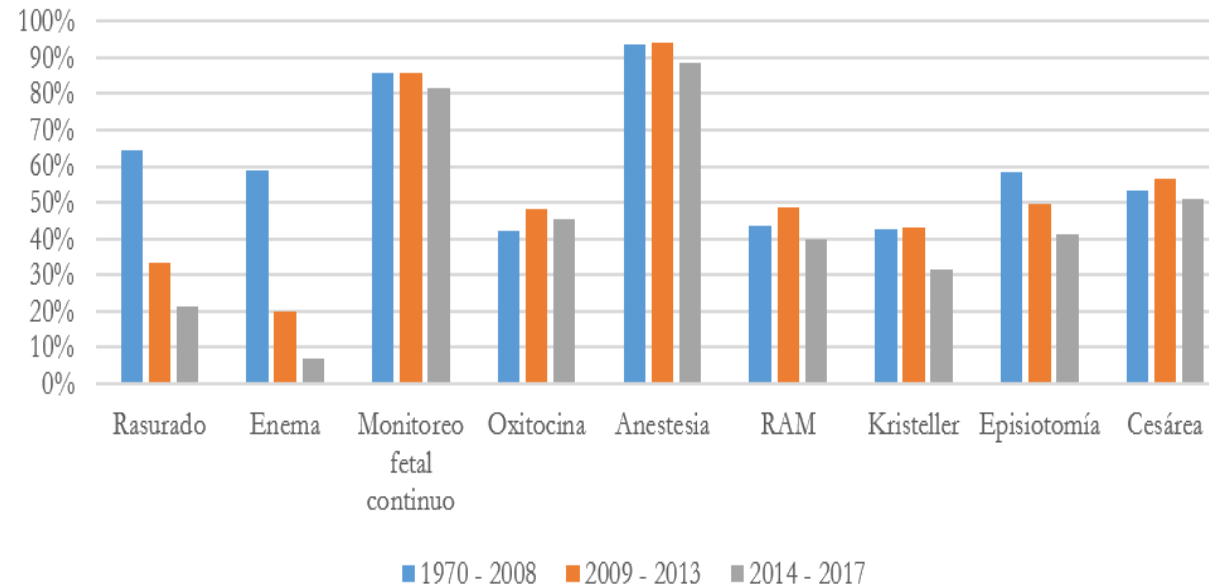
OVO Chile, 2018.



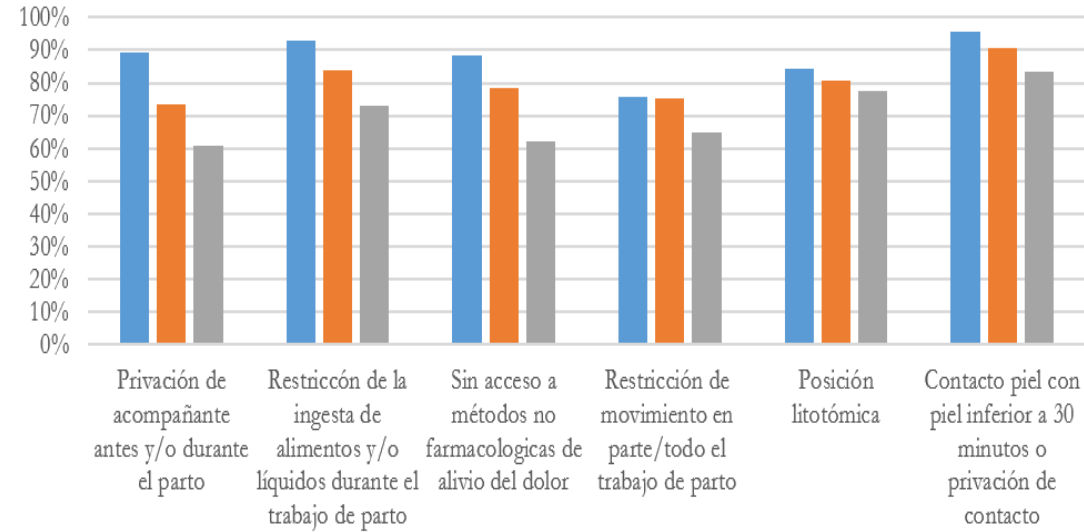
## Prevalencia de intervenciones obstétricas en hospitales, según periodos



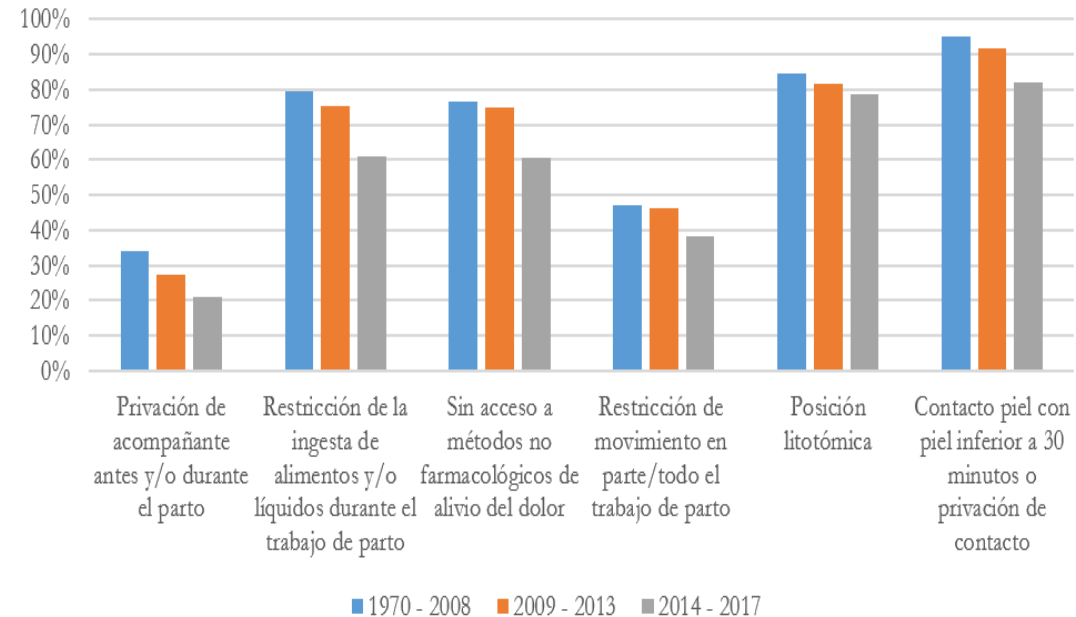
## Prevalencia de intervenciones obstétricas en clínicas, según periodos



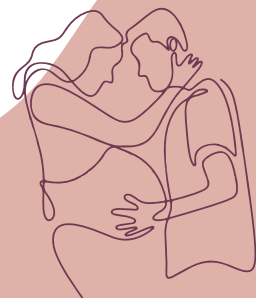
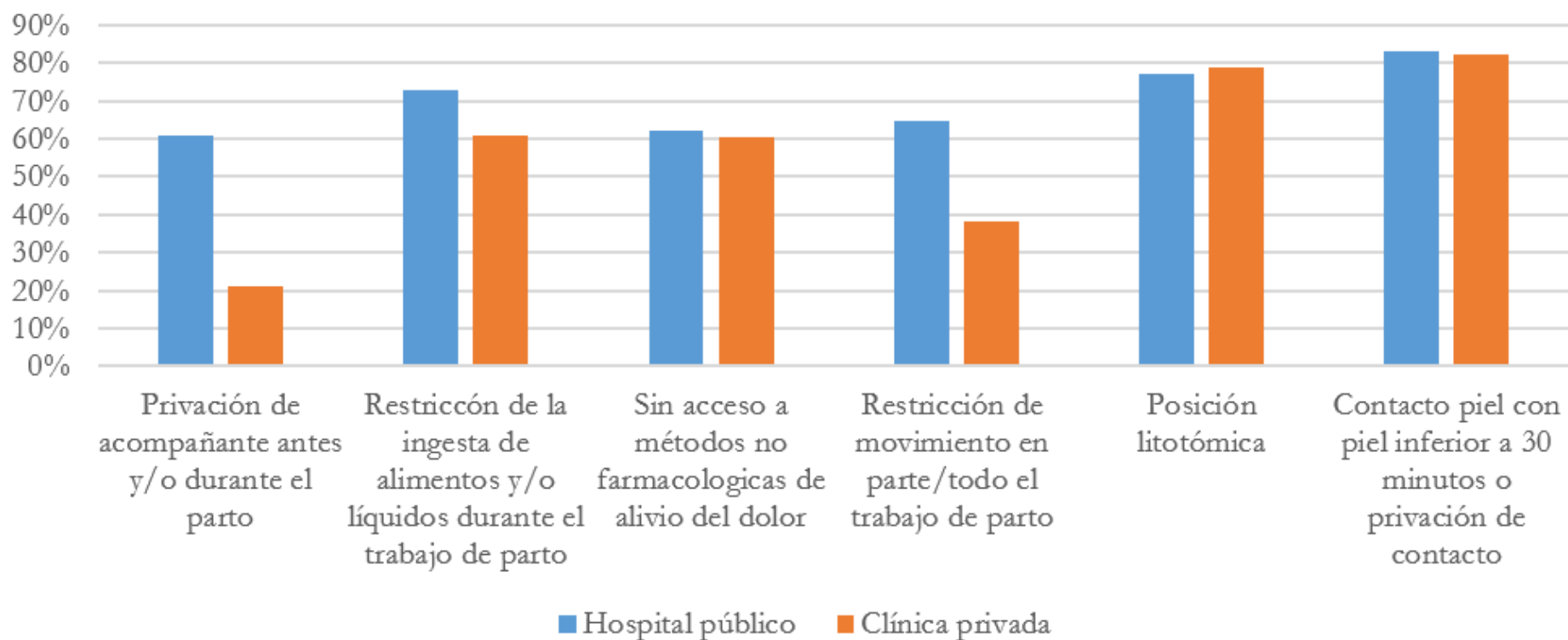
## Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en hospitales, según periodos



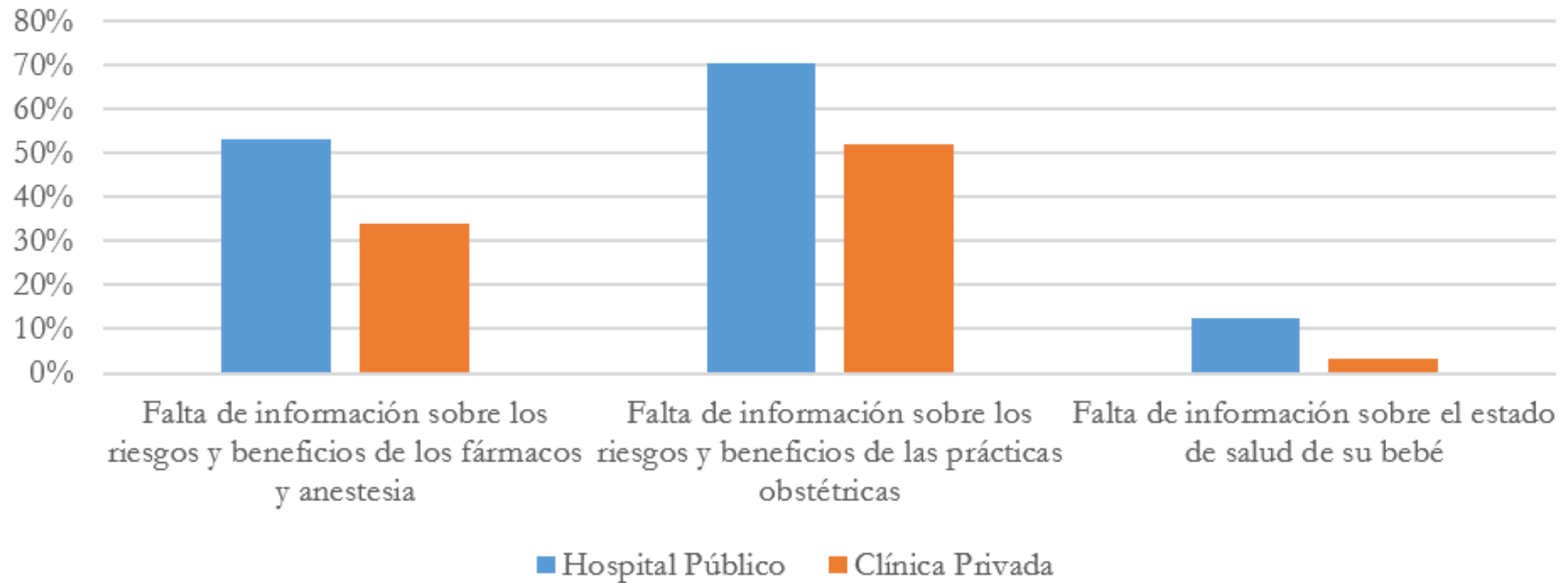
## Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en clínicas, según periodos



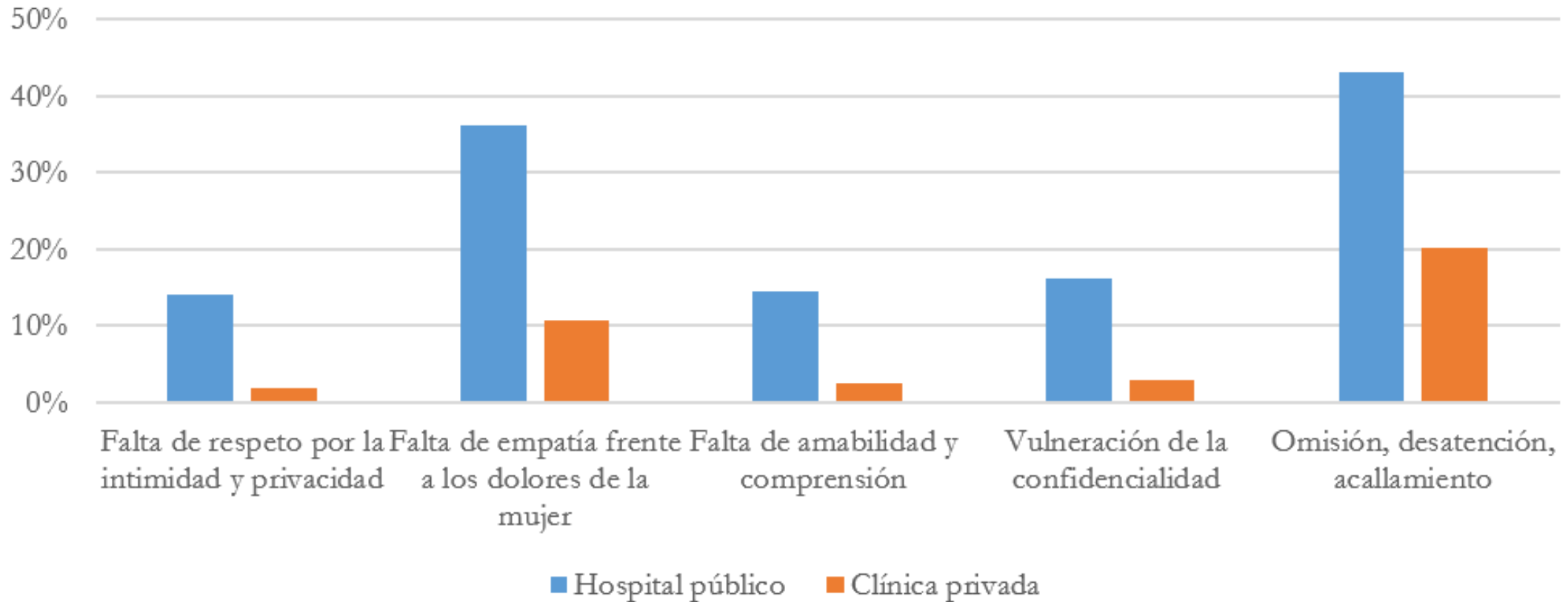
## Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



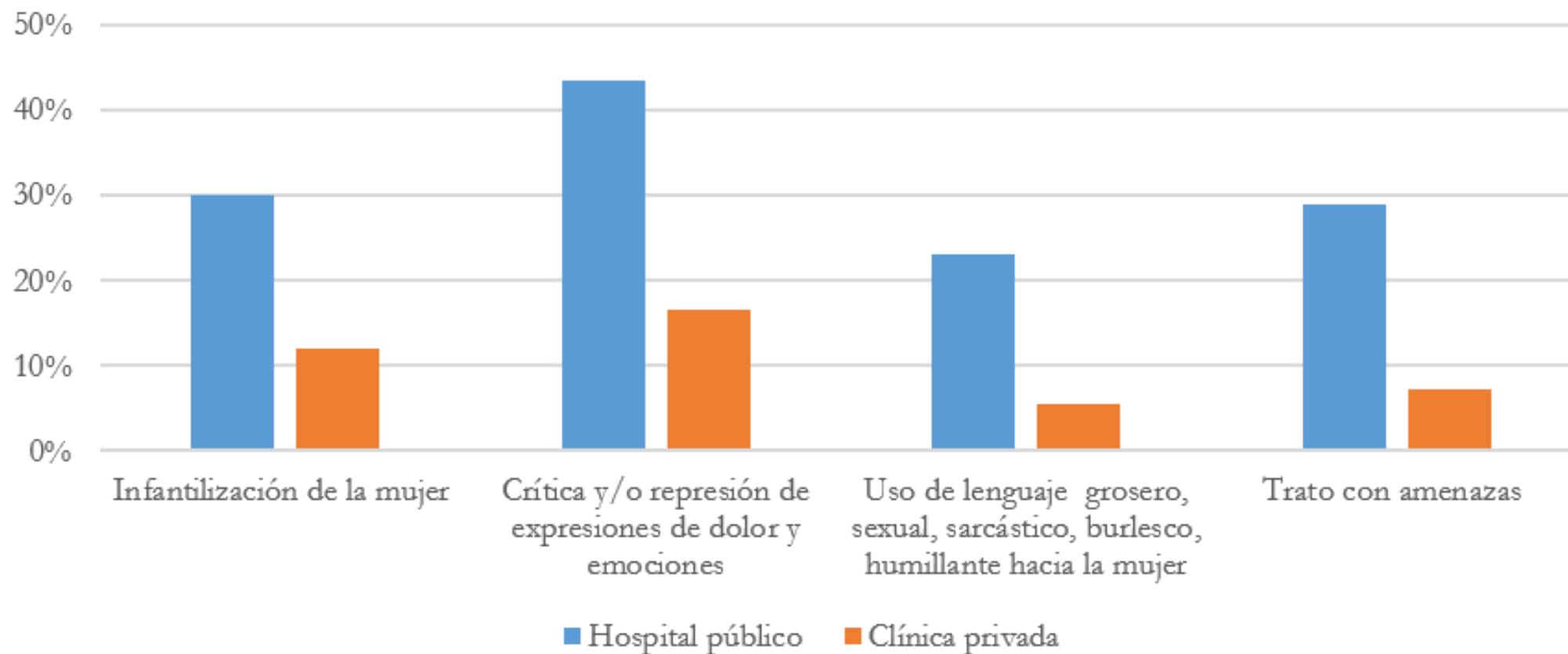
## Prevalencia de falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



## Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



## Prevalencia de abuso verbal según tipo de institución, periodo 2014 - 2017





# MARCHA CONTRA LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE LA AGRUPACIÓN PARIR EN LIBERTAD 1 DE JUNIO DEL 2013



*Nacer  
en  
Libertad*





Discusión Ley Adriana, Parto Respetado en Cámara de diputados



# Recomendaciones en torno al parto respetado, desde hace más de 30 años



## Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.



# **CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA**

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Ginebra. 1996

Departamento de Investigación y Salud Reproductiva

El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que:

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.



# MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO



# GUÍA DE ABOGACÍA PARA EL CUIDADO MATERNO RESPECTUOSO



Al buscar y recibir cuidados maternos antes, durante y después del parto:

**1** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA Y MALTRATOS**  
NADIE PUEDE ABUSAR FÍSICAMENTE DE TI

**2** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**OBTENER INFORMACIÓN, AL CONSENTIMIENTO O RECHAZO INFORMADO, Y AL RESPETO A SUS DECISIONES Y PREFERENCIAS, INCLUIDA SU DECISIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE CUIDADO MATERNO**  
NADIE TE PUEDE OBLIGAR, NI HACER COSAS CONTIGO, SIN TU CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

**3** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LA PRIVACIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD**  
NADIE PUEDE EXPONERTE A TI, NI DIVULGAR TU INFORMACIÓN PERSONAL

**4** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**SER TRATADA CON DIGNIDAD Y RESPETO**  
NADIE PUEDE HUMILLARTE, NI ABUSAR VERBALMENTE DE TI

Todos los derechos se basan en instrumentos internacionales reconocidos de derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; el Convenio sobre la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación contra la Mujer; la Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; el Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos; y la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing. También se hace referencia a instrumentos nacionales cuando hacen mención específica sobre las mujeres en edad reproductiva.

La maternidad segura es más que sólo la prevención de la muerte y la discapacidad. Es el respeto por la humanidad, sentimientos, decisiones y preferencias de toda mujer.

**CUIDADO MATERNO RESPECTUOSO: LOS DERECHOS UNIVERSALES DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA**



**5** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LA IGUALDAD, A LA NO DISCRIMINACIÓN, Y A CUIDADOS EQUITATIVOS**  
NADIE TE PUEDE DISCRIMINAR A CAUSA DE ALGO QUE NO LE GUSTE DE TI

**6** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**RECIBIR CUIDADOS MÉDICOS OPORTUNOS Y EN EL NIVEL DE SALUD MÁS ALTO POSIBLE**  
NADIE PUEDE IMPEDIR QUE RECIBAS EL CUIDADO MATERNO QUE NECESITES

**7** ARTÍCULO 16  
TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LIBERTAD, AUTONOMÍA, A DECIDIR POR SÍ MISMA, Y ESTAR LIBRE DE TODA COACCIÓN**  
NADIE PUEDE DETENERTE A TI, NI A TU BEBÉ, SIN UNA AUTORIZACIÓN LEGAL

La falta de respeto y el abuso durante el período de cuidados maternos son una violación de los derechos humanos universales de las mujeres.



Para más información visita:  
[www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare](http://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare)



# RESPECTFUL MATERNITY CARE: THE UNIVERSAL RIGHTS OF CHILDBEARING WOMEN



Maternidad segura debería ampliarse más allá de la morbilidad y mortalidad, e incluir:

- Respeto a la autonomía.
- Respeto a la dignidad.
- Respeto a los sentimientos, opciones y preferencias de las mujeres.

**Los recuerdos de las mujeres de sus experiencias de maternidad permanecen con ellas durante toda la vida y se comparten a menudo con otras mujeres, contribuyendo a un clima de confianza o duda alrededor de la maternidad.**



La evidencia muestra ahora que el trabajo de parto en realidad avanza más lento de lo que pensábamos en el pasado, por lo que muchas mujeres podrían necesitar **SÓLO UN POCO MÁS DE TIEMPO** de trabajo de parto, y así lograr un parto vaginal en vez de optar por una cesárea...



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PROVIDERS



Society for  
Maternal-Fetal  
Medicine

marzo 2014

## OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 1, March 2014

...Aumentar el acceso a las prestaciones no médicas durante el parto, como el trabajo personalizado y el acompañamiento continuo, se ha demostrado que reducen la tasa de cesáreas."



# Maternidades amigas de la madre y el bebé. 2015



International Journal of Gynecology and Obstetrics 128 (2015) 95–99



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

## International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijgo](http://www.elsevier.com/locate/ijgo)



FIGO GUIDELINES

### Mother–baby friendly birthing facilities<sup>☆</sup>



International Federation of Gynecology and Obstetrics<sup>1,2</sup>, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization



## Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva



# OMS, inicios de 2018

## Experiencia de parto positiva

Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas.

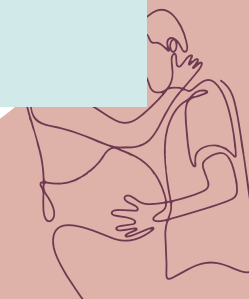
**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Américas







---

## The International Childbirth Initiative (ICI)

**12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care**

---



# ICI, fines de 2018





# La Iniciativa De Parto Internacional (ICI)

## Los 12 Pasos (versión resumida) para una Atención de Maternidad Segura y Respetuosa de la MadreBebé-Familia

### Paso 1

**Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad**, sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información paraelección y privacidad.

### Paso 2

**Respetar el derecho de cada mujer para acceder y recibir cuidado no discriminatorio que sea gratis o por lo menos un cuidadoasequible** durante el período de maternidad, teniendo claro que bajo ninguna circunstancia se le puede negar la asistencia una mujer o bebé o retenidos después del parto por falta de pago.

### Paso 3

**Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad MadreBebé-Familia de manera rutinaria, integrando un enfoque de práctica y filosofía de la partería** que puede ser practicado por todos los profesionales de la maternidad en todos los entornos y en los niveles de prestación de atención.

### Paso 4

**Reconocer el derecho de la madre a un apoyo continuo durante el trabajo de parto y nacimiento**, informarle de sus beneficios y asegurar que ella reciba apoyo de los proveedores y compañeros de su elección.

### Paso 5

**Ofrecer comodidad libre de fármacos y medidas de alivio del dolor durante el parto** como primeras opciones seguras. Si las opciones para el alivio farmacológico del dolor están disponibles y son solicitadas, explicar sus beneficios y riesgos.

### Paso 6

**Proporcionar prácticas basadas en evidencias beneficiosas para la unidad Madre-Hijo-Familia** a lo largo de todo el periodo de maternidad.



## Paso 7

**Evitar procedimientos potencialmente dañinos y prácticas que no tienen suficientes pruebas de un beneficio que compensen el riesgo de rutina y de uso frecuente** en el embarazo normal, trabajo de parto, nacimiento, postparto y período neonatal.

## Paso 8

**Implementar medidas que mejoren el bienestar y prevengan enfermedades en la unidad**

MadreBebé-Familia, incluyendo la buena nutrición, agua potable, sanidad, higiene, planificación familiar, enfermedades y prevención de complicaciones y educación pre y post natal.

## Paso 9

**Proporcionar tratamiento obstétrico, neonatal y de emergencia apropiado** cuando sea necesario.

Asegurar que su personal esté entrenado en reconocer las posibles complicaciones y condiciones peligrosas y en proveer tratamiento de estabilización eficaz, y tener vínculos establecidos para consulta y un sistema de referencia segura y eficaz.

## Paso 10

**Implementar una política de apoyo de recursos humanos** para reclutamiento y retención de personal, y asegurar que su personal esté seguro, sea respetado y le permita proporcionar un cuidado con buena calidad, colaboración y atención personalizada a mujeres y recién nacidos en un ambiente de trabajo positivo.

## Paso 11

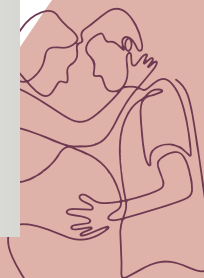
**Proporcionar una atención colaborativa continua** con todos los proveedores relevantes de salud, instituciones y organizaciones con los planes establecidos y comunicación logística, consulta y referencia entre todos los niveles de atención.

## Paso 12

**Lograr los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigable para el bebé (2018) revisada-** Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en instalaciones de prestación de servicios de maternidad.

Por favor acceda a ICI a [www.internationalchildbirth.com](http://www.internationalchildbirth.com) para leer los 12 pasos y aprender más acerca de los antecedentes, principios, y objetivos de la iniciativa.

SEPTIEMBRE 2018





## Asamblea General

Distr. general  
11 de julio de 2019  
Español  
Original: inglés

---

**Septuagésimo cuarto período de sesiones**

Tema 26 a) de la lista preliminar\*

**Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer**

### **Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica**

#### **Nota del Secretario General**

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, que se presenta de conformidad con la resolución [71/170](#) de la Asamblea.

# Chile 2015: Debate legal que comienza



**PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y EL POST PARTO, ADEMÁS DE SANCIONAR LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA.**



¿Sabes que es un plan de parto?  
¿SABÍAS QUE PUEDES EXIGIR MÍNIMO UNA HORA DE APEGO?  
¿Sabías que puedes moverte libremente durante el parto?  
¿(O)NO(ES LA MANIOBRA DE KRISTELLER)?  
¿Sabes que es una episiotomía?

## “Perspectivas acerca del Proyecto de Ley sobre Violencia Obstétrica”

Te invitamos a este encuentro para debatir acerca del proyecto de ley que establece los derechos de la mujer gestante, en trabajo de parto y puerperio, presentado por las diputadas Loreto Carvajal (PPD) y Marcela Hernando (PRSD) y generar un instancia de intercambio de ideas en torno a la violencia obstétrica.

Martes 19 de Mayo, 14:00 hrs. / Auditorio Enrique Fröemel / Universidad de Santiago, Las Sophoras 175 / Estación Central, Santiago

Organizan:



ParirNos Chile



Observatorio de Violencia Obstétrica



Relacahupan Chile

Invitan:



UdeSantiago





[WWW.OVOCHILE.CL](http://WWW.OVOCHILE.CL)

Instagram @fundacion\_ovochile



[/fundación\\_ovochile](https://www.instagram.com/fundación_ovochile)  
[/matron\\_leiva\\_rojas](https://www.instagram.com/matron_leiva_rojas)