



UNIVERSIDAD
DE CHILE

POLICY BRIEF
POLICY • BRIEF

Enero / 2022

La sobremedicalización del Parto y Nacimiento en Chile

La sobremedicalización del Parto y Nacimiento en Chile

Comentario:

El Policy Brief (PB) titulado “La sobre-medicalización del parto y nacimiento en Chile”, documento que surge como una iniciativa desde la Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento, SOCHIPAR, cuyo propósito es contribuir a que toda mujer tenga una experiencia positiva del parto y nacimiento, entrega la fundamentación y antecedentes para la elaboración de una política pública, fue distinguido el año 2024, por el Ranking Nacional de Prácticas de Impacto Sanitario, del Capítulo Chileno de la Sociedad de Economía de la Salud e Investigación de Resultados (ISPOR). Este ranking destaca iniciativas de organizaciones relacionadas con la salud, reconociéndolas por aplicar herramientas de la disciplina para introducir mejoras en gestión sanitaria, es así cómo este PB obtuvo el primer lugar en la categoría “Otras Iniciativas de Impacto Sanitario” y el tercero en el ranking general, que premió a 50 iniciativas de un total de 500 que postularon.

A nivel global la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) lanzó durante el año 2024 una declaración y postura, en la que insta a los países hacia una transición hacia un modelo de atención del parto que no se focalice en el riesgo, sino hacia un modelo de cuidado en el que las mujeres y recién nacidos reciban una atención respetuosa a través de un cuidado continuo, centrado en la persona, brindada y coordinada por matronas/es, trabajando en forma colaborativa como equipo obstétrico.

En Chile, el 14 de junio de 2024 se promulga la ley 21.675 la cual establece “...medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres debido a su género”. Este nuevo marco regulatorio define el concepto de violencia obstétrica, fenómeno que es una de las principales externalidades de la sobremedicalización, además instruye asegurar una atención humanizada y respetuosa del embarazo, parto, postparto, mandato que puede llevarse a cabo mediante la implementación gradual de las recomendaciones descritas en este PB.

Sin lugar a duda, la necesidad de profundizar en este PB y sus propuestas seguirá siendo menester de la agenda pública, dado que continúa paralelamente la discusión del proyecto de ley “Adriana” (PDL), el cual se encuentra en segundo trámite constitucional en el senado, busca erradicar la violencia gineco-obstétrica y garantizar los derechos de las mujeres o personas gestantes, recién nacidos y acompañantes significativos. Algunos de los puntos clave del PDL son: 1) Prohibición de la violencia gineco-obstétrica: La ley busca prevenir y sancionar cualquier forma de maltrato o agresión hacia mujeres embarazadas durante el proceso de atención médica, incluyendo el parto y el postparto, 2) Derechos de las mujeres o personas gestantes: establece que las mujeres tienen derecho a recibir información clara y completa sobre su salud ginecológica, sexual y reproductiva. Además, se promueve el consentimiento informado y la participación en las decisiones relacionadas con su atención médica, 3) Acompañamiento durante el parto: garantiza el derecho de las mujeres a tener un acompañante significativo durante el proceso de parto y postparto. 4) Atención respetuosa y sin discriminación: busca que la atención médica sea libre de prejuicios y discriminación. Se promueve el respeto a la auto-

nomía de las mujeres y se prohíbe cualquier forma de violencia basada en género. 5) Registro de casos de violencia gineco-obstétrica: La ley establece la creación de un registro nacional de casos de violencia gineco-obstétrica para monitorear y prevenir estas situaciones.

Este PB sirve como herramienta clave para guiar políticas y prácticas en el sistema de salud, con el objetivo de transformar el cuidado durante el parto y nacimiento en Chile hacia un modelo seguro, respetuoso y eficiente.

Lorena Binfa E.

MSP, Ph.D, Matrona. Profesora Titular Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y Recién Nacido-Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Loreto Pantoja M.

MSP. Matrona. Profesora Asociada Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y Recién Nacido-Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Rodrigo Neira C.

MSP. Matrón. Profesor Asistente Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y Recién Nacido-Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Asesor Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría de Salud Pública. MINSAL

La sobremedicalización del Parto y Nacimiento en Chile

Comentario:

Desafíos y Problemas en Relación con la Medicalización del Parto.

Las estadísticas relacionadas con la morbilidad materna e infantil en Chile han experimentado avances significativos durante la segunda mitad del siglo XX y el primer cuarto del siglo XXI. Estos progresos han transformado la dinámica del nacimiento en el país. En particular, con el objetivo de evitar resultados adversos tanto para las madres como para los neonatos, la intervención médica ha asumido un papel central en un proceso que originalmente es de naturaleza fisiológica. Este fenómeno se consolidó aún más durante la pandemia de COVID-19, cuando las tasas de cesáreas superaron el 45% de los nacimientos en Chile. Al mismo tiempo, los esfuerzos relacionados con la humanización del parto, como el acompañamiento de las gestantes, experimentaron una interrupción abrupta.

Ante la notable disminución de la natalidad, es imperativo que las nuevas generaciones de profesionales y trabajadores de la salud adopten enfoques innovadores para enfrentar el parto y el nacimiento. Esto implica situar en el centro de la atención las necesidades de las mujeres, promoviendo decisiones compartidas y respetuosas. Para lograrlo, es fundamental implementar una formación centrada en la persona, respaldada por las sociedades científicas, la academia y la organización social. Esta estrategia debe orientarse a la cooperación y no a la rivalidad o confrontación, con el objetivo de garantizar una experiencia positiva de parto y nacimiento.

Gonzalo Rubio Schweizer

Encargado Programa Nacional de Salud de la Mujer/Salud Sexual y Reproductiva
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

La sobremedicalización del Parto y Nacimiento en Chile

Lorena Binfa E., Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Matrona, MSP, PhD. Prof. Titular. Depto. Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido-Escuela de Obstetricia. Directora Centro Colaborador OMS/OPS para el Desarrollo de la Partería en América Latina y Países del Caribe.

Pedro Crocco, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Médico, Magíster en Salud Pública, Magíster en Administración de Salud, Profesor Asistente. Instituto de Salud Poblacional-Escuela de Salud Pública.

Cristián Figueroa, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Médico Gineco-Obstetra. Asesor Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría Salud Pública. MINSAL.

Caridad Merino P., Facultad Cs. Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Socióloga. Magíster en Políticas Públicas, Escuela de Gobierno, Pontificia Universidad Católica de Chile PUC.

Rodrigo Neira, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Matrón. MSP. Asesor Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría Salud Pública. MINSAL.

Loreto Pantoja Manzanarez, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Matrona, Magíster en Salud Pública. Prof. Asociada Dpto de Promoción de Salud de la Mujer y Recién Nacido.

Michelle Sadler Spencer, Investigadora adjunta Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez. Antropóloga Social. Doctora en Antropología, MSc en Antropología Médica, Magíster en Estudios de Género y Directora Observatorio de Violencia Obstétrica Chile.

Paulina Troncoso, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Médico Gineco-Obstetra. Encargada Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría Salud Pública. MINSAL. 2014-2017. Asesora Programa Nacional Salud de la Mujer Servicio de Salud Araucanía Sur. Prof. Asociada. Departamento de Anatomía Normal y Medicina Legal.

1. RESUMEN EJECUTIVO

En América Latina, **Chile** es de los países con mejores indicadores a nivel de mortalidad materno fetal (OMS, 2019), logro conseguido tras la implementación de importantes políticas de salud. Sin embargo, nos encontramos frente a una **creciente sobremedicalización de la atención de los partos**, siendo una amenaza importante para la calidad y mejora de los resultados de salud (Souza et al., 2014).

Por más de tres décadas la OMS ha estado alertando sobre este problema. Desde 1985 ha publicado recomendaciones para lograr un **uso no rutinario de intervenciones mé-**

dicas (Betancourt Llody et al., 2018; WHO, 1985, 2012, 2014, 2015, 2017, 2018, 2020) y promover una **experiencia positiva del embarazo y parto** (WHO, 2016, 2018). Pese a esto, el uso rutinario de intervenciones médicas no ha disminuido, exponiendo a mujeres sanas a procedimientos médicos innecesarios, que impactan en la salud física y mental de la mujer y recién nacido (Kroll-Desrosiers et al., 2017).

En el marco del diseño e implementación del sistema intersectorial de protección social "Chile Crece Contigo", se publicó el "Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo" (MINSAL, 2008), incluyendo recomendaciones para disminuir la sobremedicalización en la atención de los partos. Si bien,

este Manual es claro en su objetivo, la falta de un soporte financiero que permitiera adecuaciones técnico-administrativas integrales, no ha permitido una disminución de la medicalización; como reporta un estudio realizado en 9 maternidades regionales, donde un 91% de las mujeres de bajo riesgo fueron médicamente conducidas (Binfa et al., 2016).

Según Kraft & Furlong (Kraft & Furlong, 2019), para responder a un problema público, las políticas públicas cuentan con distintos instrumentos cuya elección dependerá de las características del problema, específicamente de su factibilidad técnica, económica y aceptabilidad social o política. En este caso, dada la complejidad de la problemática, se deberá responder con distintas herramientas que aborden todas las aristas.

El objetivo de este policy brief es dar cuenta del problema de la sobremedicalización del parto y nacimiento en Chile y sus consecuencias, para entregar recomendaciones que contribuyan a la formulación de una política pública, tanto en su contenido, como en su implementación. De este modo, promover la participación de las mujeres, respetar su autonomía y dignidad, garantizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Bohren et al., 2015).

Actualmente está en trámite una ley que busca impulsar y fortalecer los derechos de la mujer en el ámbito de la gestación, parto, postparto, salud ginecológica y sexual, y sancionar la violencia gineco-obstétrica (Cámara de Diputados y Diputados - Chile, 2018). Ante la oportunidad del contexto legislativo, estas recomendaciones irán dirigidas a parlamentarios/as y agentes técnicos, de modo de garantizar contenidos legales eficientes para el cumplimiento de los objetivos de la ley.

Finalmente, avanzar en este problema contribuirá al cumplimiento de los ODS 1, 3, 5 y 10, acortando las brechas de

desigualdad, pobreza, igualdad de género y en la garantía de una vida saludable.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de la sobremedicalización de la atención del parto y nacimiento se viene alertando hace ya casi 40 años con las primeras recomendaciones publicadas por la OMS. La evidencia indica que un gran número de **embarazadas sanas** son sujeto de al menos una intervención médica durante el parto (Girault et al., 2021). Un estudio realizado en Francia el año 2012 (Coulm et al., 2012) concluyó que un universo de 9530 mujeres sanas, 52,0% tuvo al menos una de las intervenciones consideradas (inducción, cesárea, parto operatorio y episiotomía). Entonces si bien el parto y nacimiento son procesos fisiológicos que eventualmente puede tener algunas complicaciones, ha sido tratado como un proceso esencialmente patológico (Conrad & Waggoner, 2014). Esto se traduce concretamente en el uso no justificado de intervenciones médicas, trato poco respetuoso por parte de los equipos de salud y ambiente físico que no considera las necesidades fisiológicas de este proceso.

Chile no es la excepción. Según las investigaciones realizadas por Binfa et al. (2013, 2016), en un universo de 1882 mujeres de bajo riesgo obstétrico, se registró que la mayoría recibió intervenciones como rotura artificial de membrana, anestesia epidural y episiotomía. La mayoría no recibió hidratación oral, casi todas hidratación intravenosa, uso de monitor fetal continuo y un trabajo de parto conducido con el uso de oxitocina exógena.

Para poder dimensionar la necesidad de una política pública que responda a este problema, es necesario revisar los efectos asociados. Según Kaczmarek (Kaczmarek, 2019, Cuadro 1) la sobremedicalización tiene consecuencias en distintos ámbitos:

1. Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS)

ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.

Efectos en la salud	Daño por tratamiento indebido (sobrediagnóstico, prescripción excesiva), enfermedades iatrogénicas, daño por procedimientos médicos innecesarios, efectos secundarios por medicamentos no necesarios.
Efectos económicos	Gasto subóptimo y desperdicio de dinero público o privado.
Efectos psicológicos	Efectos psicológicos: Estigmatizar ciertas condiciones, individuos o su comportamiento como enfermos; restricción de la libertad personal; presión para ajustar las propias necesidades y el comportamiento para ajustarse a los estándares prevalentes.
Efectos sociales	Ignorar los antecedentes sociales, políticos e interpersonales de ciertos fenómenos y las reacciones inadecuadas que se derivan de ellos.

La sobremedicalización no es inocua, tiene consecuencias en el inmediato, mediano, largo plazo y en distintos ámbitos. Efectos en la salud física y mental, tanto de la madre como del recién nacido y baja satisfacción de las mujeres con su experiencia de parto (Pantoja et al., 2020; Weeks et al., 2017). Efectos económicos y efectos sociales indeseados (Silan et al., 2014).

Las altas tasas de cesáreas permiten comprender y dimensionar el problema. Según la OMS, las tasas de cesárea no deberían superar el 10% a 15% del total de los nacimientos en cada país: *“A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% - 15% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.” (...)* *Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte”* (WHO, 2015). En Chile un 47,74% de los nacimientos se producen por esta vía. **Hay que destacar que la cesárea es una operación que salva miles de vida en el mundo, sin embargo la evidencia indica que un alto porcentaje de éstas son consecuencia del uso masivo de monitor fetal continuo, el aumento de embarazos en mujeres mayores de 40 años, número creciente de mujeres con cesárea previa y factores no médicos (Farias y Oyarzún, 2012). En conclusión, cesáreas injustificadas.**

En contexto de pandemia la sobremedicalización del parto aumentó a pesar de las recomendaciones de la OMS, lo cual hace más pertinente aún hacer recomendaciones sobre este tema (Sadler et al., 2020). Los cambios que se han realizado en las prácticas clínicas para controlar la pandemia no deben vulnerar los derechos humanos de mujeres en el proceso de parto y nacimiento (Human Rights in Childbirth, 2020).



Fuente: Elaboración propia



Fotografía. En el centro se observa una madre acostada con su recién nacido descansando sobre su pecho. En la parte superior se ve un hombre besando la frente de la madre.

3. ANTECEDENTES Y ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

El año 2015 la ONU aprobó la “Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible”² que organiza en diecisiete objetivos las metas para lograr una mejora en la vida para todos y todas. Tal como lo establece el ODS 3 (“*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”), ya no es suficiente con garantizar la sobrevivencia de la mujer y el recién nacido, sino que ambos logren su mayor potencial de salud tanto física como mental.

El hecho de que cada vez más mujeres puedan acceder a un centro de salud o bien a profesionales de la salud para la atención de sus partos, no se ha traducido en la entrega de una atención de calidad: “*Se da con frecuencia una atención poco respetuosa y un trato poco digno (...) Además, el modelo predominante de la atención durante el parto en muchas partes del mundo permiten al prestador de salud controlar el proceso del parto, lo que puede exponer a embarazadas aparentemente sanas a intervenciones médicas innecesarias que interfieren con el proceso fisiológico del parto*” (WHO, 2018). Tal es el caso de Chile, en el cual la excesiva sobremedicalización no ha permitido garantizar una atención de calidad a pesar de contar con indicadores de morbilidad

materno fetal y cobertura profesional de altos estándares (Binfa et al., 2013, 2016; Sadler et al., 2018).

La sobremedicalización desconoce la práctica clínica, la evidencia científica disponible y un trato humanizado que considere la totalidad de las problemáticas de la mujer. Este conjunto de prácticas, tienen consecuencias en las distintas dimensiones de las personas y en distintos plazos, oponiendo la práctica clínica de profesionales del equipo al principio de “*Primum non nocere*”.

Efecto en la salud física y mental

La evidencia científica no respalda el manejo intervencionista del preparto y parto, entre otras razones por las consecuencias negativas para la salud de mujer y recién nacido.

El uso del monitor fetal continuo se asoció a mayor frecuencia de cesáreas y partos vaginales instrumentales (Alfirevic et al., 2017). También hay evidencia que indica relación entre tactos vaginales frecuentes y efectos adversos psicológicos, físicos y alterar ritmos naturales del cuerpo (Dixon y Foureur, 2010). Por su parte la posición en decúbito supino está asociada a trabajos de partos más largos y mayor probabilidad de uso de anestesia epidural (Lawrence et al., 2009).

² <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Se ha observado relación entre el uso de la epidural, oxitocina sintética y el aumento de cesáreas (Kotaska et al., 2006), relación entre el uso de prostaglandina sintética (para inducciones) y la cesárea (Ben-Haroush et al., 2004). Se ha reportado que la exposición al trabajo de parto es inmunológicamente beneficiosa para el recién nacido (Molloy et al., 2004) **y que el nacimiento por cesárea está relacionado con un desarrollo anormal de la microbiota intestinal del bebé** (Salminen et al., 2004). Hay que señalar que las cesáreas están relacionadas a mayor riesgo de padecer asma (Kero et al., 2002), mayor riesgo de dificultades respiratorias (Hook et al., 1997) y mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la descendencia (Magne et al., 2017).

Se ha observado relación significativa entre uso de oxitocina durante el trabajo de parto y el desarrollo del trastorno del espectro autista (Smallwood et al., 2016), aumento de riesgo de depresión postparto y trastornos de ansiedad. La evidencia indica que una experiencia negativa de parto podría tener un impacto en el bienestar emocional de la mujer, del recién nacido y del vínculo materno/filial (Bystrova et al., 2009). Las revisiones sistemáticas recientes de los factores de riesgo de trauma psíquico y estrés post trauma después del parto, encontraron que el nivel de intervención obstétrica durante el parto, cesáreas y parto instrumental serían importantes predictores de Trastornos de Estrés Post Traumático (Olza, et al., 2018, 2020, 2021; Gökçe et al., 2015), observándose una correlación entre partos traumáticos y sintomatología depresiva y ansiosa, pudiendo afectar también futuras gestaciones y partos (Bastos et al., 2015; Olza, 2018).

Efecto económico

La revisión "*Economía del parto*" (Fahy et al., 2013), analizó todas las investigaciones sobre costos económicos del parto publicados en Cochrane, CRD (Center for Reviews and Dissemination), EMBASE (EconLit, the Excerpta Medica Database), HEED (Health Economic Evaluations Database), MEDLINE y las bases de datos electrónicas PubMed, entre los años 2000 y 2012. El objetivo fue establecer la existencia de una clasificación de los costos del parto. La conclusión fue que no existían estudios científicos adecuados para hacer recomendaciones sobre los costos económicos del parto.

El panorama no ha variado mucho, pero existen investigaciones que comparan costos según el lugar del parto. La evidencia indica que hay variaciones en el tipo de atención que se ofrece según el lugar de atención (Johantgen et al., 2012),

así las unidades dirigidas por matronas/parteras prestan una atención con menos intervenciones médicas que las unidades obstétricas. Este supuesto, permite considerar los análisis de costo según lugar, como *proxys* al costo según el tipo de atención. Las comparaciones son entre tres *settings* posibles: casa, unidades de matronas y unidades obstétricas. En un estudio realizado en Inglaterra (Schroeder et al., 2012), se concluyó que los costos medios totales son más bajos en el caso de los partos en casa, luego en las unidades de partería independiente, luego unidades de partería no independiente y finalmente en las unidades obstétricas. Para las mujeres multíparas, el parto en casa es el más rentable, opción que disminuye en un 47% para las nulíparas por mayor incidencia de resultados perinatales adversos.

Finalmente, resulta ilustrativo de los efectos económicos de la sobremedicalización la estimación de costos de las cesáreas: disminución de cinco puntos porcentuales en las tasas de cesáreas en nulíparas y en las tasas de Parto Vaginal después de Cesárea, se corresponde con un ahorro de 1,1 millones de euros y 9,8 de libras esterlinas por cohorte anual (Moran et al., 2020). En esta misma línea, se estima que el ahorro global de disminuir la tasa de cesáreas al 15% significaría un ahorro de US\$2330 MM y a una tasa de cesáreas global del 10%, significaría un ahorro de US\$ 432 MM (Gibbons et al., 2012). Las altas tasas de cesáreas no están necesariamente asociadas a mejores resultados perinatales y que por el contrario, puede estar asociados a daños en la salud de la mujer y su recién nacido (Villar et al., 2006).

Resulta ilustrativo de los efectos económicos de la sobremedicalización, la estimación de costos de las cesáreas: disminución de cinco puntos porcentuales en las tasas de cesáreas en nulíparas y en las tasas de Parto Vaginal después de Cesárea, se corresponde con un ahorro de 1,1 millones de euros y 9,8 de libras esterlinas por cohorte anual (Moran et al., 2020).

Breve análisis política pública para la sobremedicalización del parto y nacimiento

Los marcos orgánicos que estructuran los recursos físicos y humanos de la atención gineco-obstétrica, son relevantes para comprender el problema de la sobremedicalización, ya que son uno de los factores estructurales de esta problemática. Actualmente Chile no cuenta con una política pública que responda al problema de la sobremedicalización del parto y nacimiento.

El código sanitario estipula claramente que la atención del parto “normal” puede ser asistido por médicos/as y/o matronas/es, sin restringir el lugar para desempeñar este rol profesional. Esta amplitud de criterio ha permeado de ambigüedad e inexactitud los requerimientos organizacionales para una atención óptima y segura. El reglamento N°161 del año 1982 y en la Norma técnica 150 del año 2012, ambos del Ministerio de Salud (MINSAL), son un ejemplo de aquello.

El reglamento N°161, que aprueba el reglamento de Hospitales y Clínicas, considera un capítulo específico para los establecimientos que disponen de atención gineco-obstétrica, pero no define la necesidad de una dotación particular para su funcionamiento, ni tampoco para la atención especializada de la emergencia obstétrica. Además, si bien lo definido en el presente reglamento es estándar y uniforme como piso mínimo para los establecimientos públicos y privados, con el objeto de asegurar la igualdad de criterios por parte de todas las autoridades sanitarias regionales del país, la organización de la atención cerrada de salud del sector público posee una priorización y definición de la complejidad asistencial que debe resolver, siendo la atención de partos, una de las dimensiones a considerar.

Por su parte, la Norma General Técnica N° 150 reglamenta los criterios de clasificación según el nivel de complejidad de establecimiento hospitalarios (alto, mediana, baja) considerándose entre las dimensiones de caracterización hospitalaria, la hospitalización y atención de urgencia obstétrica entre sus variables. Como consecuencia de esta clasificación, se da la mayor concentración de partos y cesáreas en los hospitales de alta complejidad, puesto que la disposición de médicos especialistas y programación de cesáreas electivas solo se pueden realizar en este tipo de establecimientos. Los hospitales de mediana complejidad cuentan con médicos especialistas en gineco-obstetricia que pueden asistir partos vaginales o partos operatorios solo según demanda, y finalmente, los hospitales de baja complejidad solo pueden asistir partos vaginales en casos que sean inminentes. Esa clasificación genérica y estática de la orgánica de salud, no contribuye a una atención óptima y segura de los partos.

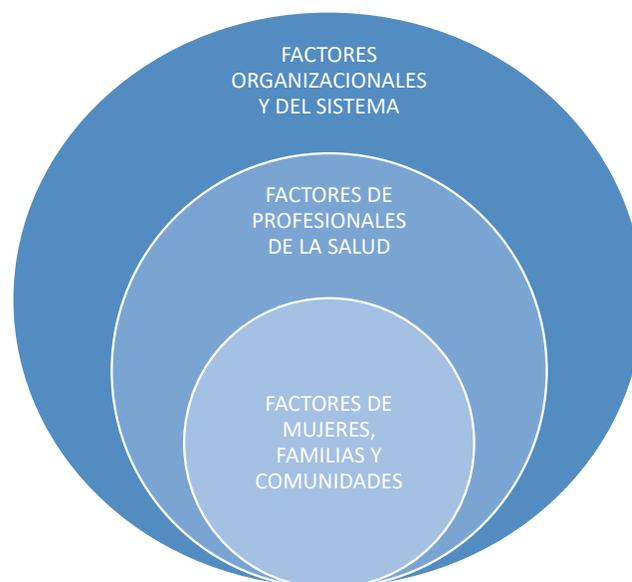
Además, el reglamento N°161 y la norma general técnica N°150 poseen miradas divergentes respecto a las condiciones institucionales de la atención del parto. Para el primero, en ningún caso las disposiciones organizacionales dependen de los riesgos de morbilidad materna, mientras que

para la segunda, este último factor es vital. Con esto se reduce la posibilidad de acompañar partos fisiológicos y de bajo riesgo obstétrico en centros asistenciales, que aun cuando no sean de alta complejidad son territorialmente pertinentes para la mujer y su entorno.

Para formular las siguientes recomendaciones para la política pública y dar cuenta de las actuales recomendaciones que contribuyan a la elaboración de ésta, se elaboró una revisión bibliográfica donde se incluyen artículos científicos y documentos considerados relevantes para el tema de este policy brief. Los anexos 1, 2 y 3 muestran la metodología de búsqueda, los artículos y documentos seleccionados.

4. RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

La sobremedicalización del parto y nacimiento es un problema multifactorial y, como tal, debe ser abordado desde sus distintos ámbitos. Es por esta complejidad que las recomendaciones se han organizado en categorías interconectadas, que aluden a factores ubicados en tres niveles analíticos (Bertrán et al., 2018).



Fuente: Elaboración propia



Fotografía. En el centro se observa una primera instancia de apego, la madre está acostada y sostiene en sus brazos a su recién nacido. Al costado derecho, se ve un hombre acariciando la cabeza del bebé.

Factores del sistema y organizacionales

Este ámbito refiere a los seguros de salud, factores financieros, diseño organizacional de la atención médica y relaciones de poder en la profesión médica (Betrán et al., 2018).

I.1 Desarrollo del nuevo documento “Orientaciones Técnicas (OT) para el Parto Personalizado”, con carácter vinculante y presupuesto asociado para su implementación. Actualmente, el MINSAL está trabajando en la actualización de las recomendaciones de Atención Personalizada (MINSAL, 2008). Estas OT establecen orientaciones para los equipos de salud, directivos, SEREMI y Direcciones de Servicios de Salud, basadas en las recomendaciones de la OMS y FIGO, para la atención personalizada del parto y nacimiento, centrado en la mujer (Bastos et al., 2015; Boesveld et al., 2017; WHO, 2018).

Este documento deberá tener carácter de Norma Técnica Sanitaria de tal forma que las acciones tengan carácter obligatorio y esté asociado a un presupuesto que cubra y garantice su implementación.

I.2 Implementación Unidades de Atención de Parto Fisiológico centrados en la matronería (midwifery -led care units) para mujeres de bajo riesgo obstétrico. Estos modelos de atención han demostrado disminuir intervenciones obstétricas innecesarias (Long et al., 2016; Sandall et al., 2016) y los costos económicos asociados (Boesveld et al., 2017). En Chile, hay excelentes resultados de una maternidad orientada por un modelo centrado en la Matronería (Leiva et al., 2021; McCourt et al., 2018; Sadler et al., 2021; Walsh et al., 2018).

I.3 Modificar Norma Técnica 150 que establece la atención de partos solo en instituciones de salud de alta complejidad. Se recomienda considerar el riesgo obstétrico de cada parto, para derivar oportunamente a centros de baja, mediana o, excepcionalmente, a centros de alta complejidad según sea necesario. Evitando traslados innecesarios de las mujeres, atención medicalizada de partos fisiológicos y promoviendo una atención que respete las tradiciones culturales de cada territorio.

I.4 Disminución de incentivos de programación/económicos que inciden en un uso excesivo de intervenciones obstétricas. Se recomiendan modelos de cuidado colaborativos entre matronas/es y obstetras, en que los últimos estén asignados por turnos, sin pago asociado por cada prestación.

I.5 Generar un Proceso de Medición del Cumplimiento de Estándares Operativos. Por un lado, se recomienda elaborar indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de los estándares operativos para medir la calidad de la atención. Y además, establecer mecanismos de recopilación, análisis y retroalimentación de datos locales y nacionales para el monitoreo y mejoramiento de la práctica clínica (Boesveld et al., 2017; Stevens & Alonso, 2021; Tunçalp et al., 2015).

I.6 Regular parto en casa e incluir su cobertura en seguros de salud. La evidencia internacional apunta a que el parto planificado en casa con atención profesional para mujeres de bajo riesgo obstétrico, es seguro, reduce la sobremedicalización y tiene un menor costo económico (Dahlen, 2019; Robbie Davis-Floyd et al., 2020; NICE, 2017).

Factores de profesionales de salud

II.1 Reforma/actualización de currículo universitario de carreras de la salud asociadas a la atención del parto. La calidad de la educación en obstetricia (médicos/as y matrones/as) es crítica para alcanzar una atención de calidad que evite la sobremedicalización (Castro, 2014; R. Davis-Floyd, 2018; Sadler, 2021). Tres puntos críticos deben ser reformados: considerar material educativo basado en la evidencia y actualizado (Renfrew et al., 2014), programa debe ser formación por competencias (EBC) e implementación de programas interprofesionales que permita el conocimiento y valoración entre todas las disciplinas que trabajan con y por las mujeres durante todo el proceso de parto y nacimiento (Avery et al., 2020; Bhutta et al., 2010). Se recomienda que la Comisión Nacional de Acreditación (CNA) sea el organis-

mo a cargo de esta transformación, de tal manera que estos cambios sean obligatorios para la acreditación de todos los programas de obstetricia. Esta recomendación es vital para lograr los cambios requeridos, por lo que se recomienda iniciar las acciones mientras se tramite la aprobación de las nuevas "Orientación Técnicas para el Parto Personalizado."

II.2 Sistema que asegure la educación continua de equipos de atención de salud que ya se encuentran ejerciendo, sobre conocimientos que optimizan la fisiología del parto y nacimiento, además evaluación de desempeño (Boesveld et al., 2017; Stevens & Alonso, 2021).

II.3 Promover jefaturas del área de ginecología y obstetricia alineada con el Modelo de Atención Personalizado. Formación de médicos/as por parte de médicos/as líderes de opinión en torno a este tema que asegure la sostenibilidad del modelo (Lomas et al., 1991; McCourt et al., 2018).

II.4 Implementar procesos de diseño de protocolos de atención con métodos participativos que incluyan a todas las personas que participan en la atención, lo cual es central para lograr diseños de atención propios a cada servicio de salud que permitan disminuir las resistencias locales (Sadler et al., 2021).

Factores de mujeres, familias y comunidades

La participación de las mujeres y su familia en este proceso se da fundamentalmente a través de la educación durante el control prenatal, esta también debiese incluir a su pareja o acompañante de su elección. La educación se entrega a través de una modalidad de talleres establecidos en el Manual de Talleres Prenatales en la Atención Primaria de Salud: Una herramienta para matronas y matrones, del sistema intersectorial de protección social "Chile Crece Contigo". En Chile la asistencia al control prenatal es alta, cercana al 100%, sin embargo, la asistencia a dichos talleres ha ido disminuyendo considerablemente, pasando del 84% en el año 2012, a 72% en el 2013, y a 49% el 2014 y 2015 (MINSAL, 2017). La asistencia a estos talleres es muy importante para las futuras familias, por ello es necesario fortalecerla avanzando hacia un modelo que integre el control prenatal con la educación y que sea más participativo, de tal manera que las mujeres tengan no solo la información sobre los beneficios de los procesos fisiológicos, sino también para que conozcan sus derechos, contribuya a su empoderamiento asumiendo un rol protagónico del proceso reproductivo. Este tipo de herramientas está asociada a

mayor probabilidad de partos vaginales (Gluck et al., 2020; Sadler et al., 2018; Stoll & Hall, 2012) así como reducción del temor a la crianza y mayor satisfacción (Bergström et al., 2011; Cantone et al., 2018; Chikalipo et al., 2018; Karabulut et al., 2016; Miquelutti et al., 2013). Además, es necesario consultar y considerar las tradiciones culturales de las mujeres y las expectativas espirituales (McCourt et al., 2018).

5. COMENTARIO FINAL

Una política pública oportuna y eficiente, debe reconocer la complejidad de la problemática en cuestión logrando un abordaje desde los distintos ámbitos especificados. Si bien, éstos están interconectados, se recomienda iniciar este proceso de cambio en el *Ámbito Factores del Sistema y Organizacionales*, específicamente con el desarrollo del nuevo documento "Orientaciones Técnicas (OT) para el Parto Personalizado", con carácter vinculante y presupuesto asociado para su implementación. Esta primera acción le entregará a toda la política pública la factibilidad técnica, económica y aceptabilidad social requerida (Kraft & Furlong, 2019), para generar sinergia en los otros ámbitos.

6. MATERIAL DE CONSULTA Y REFERENCIA

- Alfirevic, Patey, A. M., Curran, J. A., Sprague, A. E., Francis, J. J., Driedger, S. M., Légaré, F., Lemyre, L., Pomey, M. P. A., & Grimshaw, J. M. (2017). Intermittent auscultation versus continuous fetal monitoring: Exploring factors that influence birthing unit nurses' fetal surveillance practice using theoretical domains framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1517-z>
- Angeja, A. C. E., Washington, A. E., Vargas, J. E., Gomez, R., Rojas, I., & Caughey, A. B. (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: Which do they prefer and why? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(11), 1253–1258. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01069.x>
- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., Mckenzie-Mcharg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.PUB2>
- Ben-Haroush, A., Yogev, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B. & Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. , 32(1), 31–36. <https://doi.org/10.1515/JPM.2004.005>
- Betancourt Llody, Y. A., Diaz Bernal, Z., & Castañeda Abascal, I. E. (2018). A sensitive gender approach to the transmission of the virus of human immunodeficiency in key populations. *Revista Cubana de Salud Publica*, 44(3), 1–15.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., & Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29(10), 1151–1157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001>
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Borrescio-Higa, F., & Valdés, N. (2019). Publicly insured caesarean sections in private hospitals: A repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open*, 9(4), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024241>
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(2), 97–109. <https://doi.org/10.1111/J.1523-536X.2009.00307.X>
- Cámara de Diputadas y Diputados - Chile. (2018). *Proyecto de Ley: Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica*. Proyecto de Acuerdo N° 681. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmlD=12670&prmlBOLETIN=12148-11>
- Conrad, P., & Waggoner, M. (2014). Medicalization. En *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 1448–1452). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs134>
- Coulm, B., Le Ray, C., Lelong, N., Drewniak, N., Zeitlin, J., & Blondel, B. (2012). Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: Do maternity unit characteristics make a difference? *Birth (Berkeley, Calif.)*, 39(3), 183–191. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5–23.
- De Elejalde, R., & Giolito, E. (2019). Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas: ¿Una relación causal? *Observatorio Económico*, 135, 4–5. <https://doi.org/10.11565/oe.vi135.8>
- Dixon, L., & Foureur, M. (2010). *Vaginal examination during labor*. 73(May), 48–51.
- Fahy, M., Doyle, O., Denny, K., McAuliffe, F. M., & Robson, M. (2013).

- Economics of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(5), 508–516. <https://doi.org/10.1111/aogs.12117>
- Fariás Jofre, M., & Oyarzún Ebersperger, E. (2012). Elective Caesarean section versus vaginal delivery. *Medwave*, 12(03), e5335–e5335. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.03.5335>
- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 331.e1–331.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>
- Girault, A., Blondel, B., Goffinet, F., & Le Ray, C. (2021). Frequency and determinants of misuse of augmentation of labor in France: A population-based study. *PLoS ONE*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246729>
- Hook, B., Kiwi, R., Amini, S. B., Fanaroff, A., & Hack, M. (1997). Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics*, 100(3), 348–353.
- Human Rights in Childbirth. (2020). Human Rights Violations in Pregnancy, Birth and Postpartum During the COVID-19 Pandemic. *Human Rights in Childbirth*, May, 22. <http://humanrightsinchildbirth.org/wp-content/uploads/2020/05/Human-Rights-in-Childbirth-Pregnancy-Birth-and-Postpartum-During-COVID19-Report-May-2020.pdf%0Ahttps://humanrightsinchildbirth.org/index.php/2020/05/09/report-on-rights-violations-in-maternity-ca>
- Johantgen, M., Fountain, L., Zangaro, G., Newhouse, R., Stanik-Hutt, J., & White, K. (2012). Comparison of labor and delivery care provided by certified nurse-midwives and physicians: A systematic review, 1990 to 2008. *Women's Health Issues*, 22(1), e73–e81. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.06.005>
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>
- Kero, J., Gissler, M., Grönlund, M.-M., Kero, P., Koskinen, P., Hemminki, E., & Isolauri, E. (2002). Mode of delivery and asthma -- is there a connection? *Pediatric Research*, 52(1), 6–11. <https://doi.org/10.1203/00006450-200207000-00004>
- Kotaska, A. J., Klein, M. C., & Liston, R. M. (2006). Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births: A critical look at the external validity of randomized trials. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(3), 809–814. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2005.09.014>
- Kraft, M. E., & Furlong, S. R. (2019). *Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives*. [https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=i_C9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT23&dq=Kraft,+M.+E.,+%26+Furlong,+S.+R.+\(2019\).+Public+Policy:+Politics,+Analysis,+and+Alternatives.+CQ+Press.&ots=31pDR5SXGn&sig=2E6uXzTMvUW1JFvY5QDmRqf2GL4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=i_C9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT23&dq=Kraft,+M.+E.,+%26+Furlong,+S.+R.+(2019).+Public+Policy:+Politics,+Analysis,+and+Alternatives.+CQ+Press.&ots=31pDR5SXGn&sig=2E6uXzTMvUW1JFvY5QDmRqf2GL4#v=onepage&q&f=false)
- Kroll-Desrosiers, AR, Nephew, BC, Babb, JA, Guilarte-Walker, Y, Moore Simas, TA, and Deligiannidis, K. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depress Anxiety*, 34, 137–146. <https://doi.org/doi:10.1002/da.22599>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Magne, F., Puchi Silva, A., Carvajal, B., & Gotteland, M. (2017). The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: the growing involvement of the microbiota. *Frontiers in pediatrics*, 5, 192.
- MINSAL. (2008). *Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo*. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Atencion-Personalizada-en-el-Proceso-Reproductivo-2007.pdf>
- Molloy, E. J., O'Neill, A. J., Grantham, J. J., Sheridan-Pereira, M., Fitzpatrick, J. M., Webb, D. W., & Watson, R. W. (2004). Labor promotes neonatal neutrophil survival and lipopolysaccharide responsiveness. *Pediatric Research*, 56(1), 99–103.
- Moran, P. S., Normand, C., Gillen, P., Wuytack, F., Turner, M., Begley, C., & Daly, D. (2020). Economic implications of reducing caesarean section rates – Analysis of two health systems. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228309>
- Murray, S. F. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *British Medical Journal*, 321(7275), 1501–1505. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1501>
- Murray, Susan F., & Elston, M. A. (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: A case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health and Illness*, 27(6), 701–721. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x>
- Olza, I. (2018). The Medical Aspects of Gestational Surrogacy from a Holistic, Feminist and Mental Health Perspective. *Dilemata*, 28, 1–12. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000243>
- OECD & The World Bank. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OMS. (2019). Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPUU) resumen de orientación. *Organización de Las Naciones Unidas*, 1–14. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1zgwkf8.11>
- Pantoja, L., Weeks, F. H., Ortiz, J., Cavada, G., Foster, J., & Binfa, L. (2020). Dimensions of childbirth care associated with maternal satisfaction among low-risk Chilean women. *Health Care for Women International*, 41(1), 89–100. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1590360>
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Salminen, S., Gibson, G. R., McCartney, A. L., & Isolauri, E. (2004). Influence of mode of delivery on gut microbiota composition in seven year old children. *Gut*, 53(9), 1388–1389. <https://doi.org/10.1136/GUT.2004.041640>
- Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., & Brocklehurst, P. (2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: Evidence from

- the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*, 344(7854), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2292>
- Silan, V., Kant, S., Archana, S., Misra, P., & Rizwan, S. A. (2014). Determinants of underutilisation of free delivery services in an area with high institutional delivery rate: A qualitative study. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(7), 315–320. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.136906>
- Smallwood, M., Sareen, A., Baker, E., Hannusch, R., Kwessi, E., & Williams, T. (2016). Increased Risk of Autism Development in Children Whose Mothers Experienced Birth Complications or Received Labor and Delivery Drugs. *ASN Neuro*, 8(4). <https://doi.org/10.1177/1759091416659742>
- Souza, J., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Bohren, M., Widmer, M., Oladapo, O. T., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Temmerman, M. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121 Suppl, 1–4. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12735>
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L., Bataglia, V., Fundes, A., Langer, A., Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., Simônia de Pádua, K., Giordano, D., Kublickas, M., & Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 367(9525), 1819–1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68704-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68704-7)
- Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G., & Binfa, L. (2017). Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 62(2), 196–203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
- WHO. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2(8452), 436–437. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)90673-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(85)90673-7)
- WHO. (2012). Recommendations for management of common childhood conditions: newborn conditions, dysentery, pneumoniae, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. *World Health Organization*, 5(1), 561–563.
- WHO. (2014). Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. *World Health Organization*.
- WHO. (2015a). Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. *World Health Organization*, 70. www.who.int/reproductivehealth
- WHO. (2015b). WHO Stament on Caesarean Section Rates. *The Lancet*, 375(8168), 606. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(80\)91104-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(80)91104-6)
- WHO. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. *World Health Organization*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
- WHO. (2017). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
- WHO. (2018). *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- WHO. (2020). *WHO Labour Care Guide User's Manual* (Vol. 2886, Issue 408). ISBN 978-92-4-001756-6 (electronic version) ISBN 978-92-4-001757-3 (print version) ©

REFERENCIAS DE RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., Mckenzie-Mcharg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.PUB2>
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2011). A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27(6), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.005>
- Betrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M. R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S. Z., Gülmezoglu, A. M., & Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392(10155), 1358–1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Boesveld, I. C., Hermus, M. A. A., de Graaf, H. J., Hitzert, M., van der Pal-de Bruin, K. M., de Vries, R. G., Franx, A., & Wieggers, T. A. (2017). Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: A mixed- methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1439-9>
- Cantone, D., Lombardi, A., Assunto, D. A., Piccolo, M., Rizzo, N., Pelullo, C. P., & Attena, F. (2018). A standardized antenatal class reduces the rate of cesarean section in southern Italy A retrospective cohort study. *Medicine (United States)*, 97(16), 1–5. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010456>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 168–197. <https://doi.org/10.22201/iiis.01882503p.2014.2.46428>
- Chikalipo, M. C., Chirwa, E. M., & Muula, A. S. (2018). Acceptability of couple antenatal education: A qualitative study of expectant couples attending antenatal clinics in Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 30(3), 146–151. <https://doi.org/10.4314/mmj.v30i3.3>
- Dahlen, H. G. (2019). Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? *EClinicalMedicine*, 14, 9–10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.08.003>
- Davis-Floyd, R. (2018). *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine & Birth Activism*. Waveland Press. <http://ezproxy.haifa.ac.il/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=130280501&site=eds-live&scope=site>
- Davis-Floyd, Robbie, Gutschow, K., & Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(5), 413–427. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
- Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery

- outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148(3), 300–304. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13016>
- Karabulut, O., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60–67. <https://doi.org/10.1111/inr.12223>
- Leiva, G., Sadler, M., López, C., Quezada, S., Flores, V., Sierra, C., Díaz, S., & 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(March), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614021>
- Lomas, J., Enkin, M., Anderson, G. M., Hannah, W. J., Vayda, E., & Singer, J. (1991). Opinion Leaders vs Audit and Feedback to Implement Practice Guidelines: Delivery After Previous Cesarean Section. *JAMA*, 265(17), 2202–2207. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1991.03460170056033>
- Long, Q., Allanson, E. R., Pontre, J., Tunçalp, Ö., Hofmeyr, G. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: A systematic review. *BMJ Global Health*, 1(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000096>
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2018). Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study. *Midwifery*, 65(January), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.023>
- Ministerio de Salud Chile. (2008). *Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo*. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Atencion-Personalizada-en-el-Proceso-Reproductivo-2007.pdf>
- Ministerio de Salud Chile. (2017). Manual de talleres prenatales en la Atención Primaria de Salud: Una herramienta para matrones y matrones. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/07/manual-de-talleres-prenatales-06.18-web.pdf>
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 171. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-171>
- NICE. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, December, 33–54.
- Opiyo, N., Young, C., Requejo, J. H., Erdman, J., Bales, S., & Betrán, A. P. (2020). Reducing unnecessary caesarean sections: Scoping review of financial and regulatory interventions. *Reproductive Health*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00983-y>
- Rosenstein, M. G., Nijagal, M., Nakagawa, S., Gregorich, S. E., & Kuppermann, M. (2015). The Association of Expanded Access to a Collaborative Midwifery and Laborist Model With Cesarean Delivery Rates Melissa. *Obstet Gynecol*, 126(4), 716–723. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001032>.The
- Sadler, M., Leiva, G., Bussenius, P., León, T., & Valdebenito, J. (2018). Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. *Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, Junio*, 50. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29371.52007>
- Sadler, M., Leiva, G., & Gómez, R. (2021). Childbirth in Chile: Winds of Change. In K. Gutschow, R. Davis-Floyd, & B. A. Daviss (Eds.), *Sustainable Birth in Disruptive Times* (pp. 131–144). Global Maternal and Child Health: Medical, Anthropological, and Public Health Perspectives. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54775-2_1
- Sadler, M. (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo. La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo*. Universitat Rovira I Virgili.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Stevens, J. R., & Alonso, C. (2021). Developing operational standards for Midwifery Centers. *Midwifery*, 93(November 2020), 102882. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102882>
- Stoll, K. H., & Hall, W. (2012). Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 229–237. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.229>
- Tunçalp, Were, W. M., Maclennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns - The WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L., Thornton, J., & Byers, S. (2018). Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56(September 2017), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.009>
- WHO. (2018). *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

ANEXO N°1

Metodología de búsqueda

Para asegurar considerar la última evidencia científica disponible se realizó una revisión en las siguientes bases de datos, debido a que se centran en el contexto sanitario: Pubmed, Scopus y Lilacs debido a la amplia cobertura temática, número de revistas y referencias incluidas, además de la constante actualización de estas bases. Además, se realizó búsqueda de literatura gris en Google Scholar, que ofrece contenido científico-académico en ocasiones no publicado y/o existente en bases de datos o revistas científicas convencionales.

Estrategia de búsqueda: Se utilizaron los siguientes términos: («Birthing Centers/legislation and jurisprudence»[Mesh] OR «Birthing Centers/organization and administration»[Mesh] OR «Birthing Centers/standards»[Mesh] OR «Birthing Centers/trends»[Mesh]).

En el caso de Google Scholar se consideraron las dos primeras páginas para la búsqueda, debido a que en las posteriores los resultados no fueron relevantes.

Criterios de inclusión/exclusión: free full text, no más de 5 años de antigüedad, idioma inglés y español
Selección de artículos: Se realizó a través de título y abstract de los artículos de la búsqueda.

ANEXO N°2

Artículos y Documentos seleccionados por ser relevantes para el tema del Policy Brief

Título	Autores/as	Año	Link
Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision	Ö Tunçalp, WM fueron, C MacLennan, OT Oladapo, AM Gülmezoglu, R Bahl, B Daelmans, M Mathai, L decir 1, F Kristensen, M Temmerman, F Bustreo	2015	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25929823/
Mother - baby friendly birthing facilities	International Federation of Gynecology And Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; International Pediatric Association; World Health Organization; International Federation of Gynecology And Obstetrics	2014	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467915/
La Iniciativa Internacional del Parto (ICI). Los 12 pasos para una Atención de Maternidad Madre bebé- Familia Segura y Respetuosa	International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA) International Confederation of Midwives (ICM) International Pediatrics Association (IPA) Lamaze International International Childbirth Education Association (ICEA) Every Mother Counts Bumi Sehat Foundation DONA International Mercy in Action	2018	https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2020/10/ICI_12steps_SPANISHfull.pdf
Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2019	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/

ANEXO N°3**Artículos científicos seleccionados en la Revisión**

Bases de Datos: Pub Med, Scopus, Lilacs y Google Scholar

Título	Autores/as	Año	Link
Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis	Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, Foureur MJ, McLachlan H, Oats J, Sibbritt D, Thornton C, Homer CSE.	2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727829/
Developing operational standards for Midwifery Centers	Jennifer R Stevens, Cristina Alonso	2020	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33242702/
Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study	Christine McCourt, Susanna Rance, Juliet Rayment, Jane Sandall	2018	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30032066/
Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed- methods study	Inge C Boesveld, Marieke A A Hermus, Hanneke J de Graaf, Marit Hitzert, Karin M van der Pal-de Bruin, Raymond G de Vries, Arie Franx, Therese A Wiegers	2017	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28768487/
Mapping midwifery and obstetric units in England	Denis Walsh 1, Helen Spiby, Celia P Grigg, Miranda Dodwell, Christine McCourt, Lorraine Culley, Simon Bishop, Jane Wilkinson, Dawn Coleby, Lynne Pacanowski, Jim Thornton, Sonia Byers	2017	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024869/
The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era	Emily J Callander, Claudia Bull, Rhona McInnes, Jocelyn Toohill	2021	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33580537/
Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study	M.A.A. Hermus, I.C. Boesveld , M. Hitzert, A. Franx, J.P. de Graaf, E.A.P. Steegers, T.A. Wiegers and K.M. van der Pal-de Bruin	2017	https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1375-8.pdf
Recomendaciones asistenciales a la mujer en el parto y postparto y al recién nacido durante la pandemia de COVID-19: revisión sistemática exploratoria	Mascarenhas, Victor Hugo Alves; Caroci-Becker, Adriana; Venâncio, Kelly Cristina Máxima Pereira; Baraldi, Nayara Girardi; Durkin, Adelaide Caroci; Riesco, Maria Luiza Gonzalez	2020	https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/biblio-1126993
Obstáculos a la aplicación de las recomendaciones para la atención del parto normal: revisión rápida de evidencia	Oliveira, Cintia de Freitas; Ribeiro, Aline Ângela Victoria; Luquine Junior, César D; de Bortoli, Maritsa Carla; Toma, Tereza Setsuko; Chapman, Evelina Maria Gracia; Barreto, Jorge Otávio Maia.	2021	https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/biblio-1251995