



Matria Fecunda

Directorio Sexualidad Reproductiva y Maternidad Consciente y Cálida



AMPAROS

Chile | Febrero 2026

APORTACIONES AL INFORME DE LA RELATORA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

Tema: Violencia contra las madres

Coalición de Organizaciones:
OVO Chile, ONG Amaranta, Madre Nativa Arica, Fundación
Soymás, Ginecólogas Chile, OG Matria Fecunda,
Fundación Amparos

ORGANIZACIONES FIRMANTES:

Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (OVO Chile)

Fundación que visibiliza la violencia obstétrica, realiza estudios y capacitaciones, y brinda apoyo psicológico y jurídico a mujeres y familias afectadas.

ovochile.cl | @fundacion_ovochile

ONG Amaranta

Organización feminista de Concepción que educa, investiga y genera acciones para prevenir y abordar la violencia de género.

amarantas.org | @AmarantaONG

Madre Nativa Arica

Organización feminista autónoma que promueve y defiende los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres y disidencias.

@madrenativa

Fundación Soymás

Fundación que apoya a madres jóvenes en situación de vulnerabilidad, promoviendo educación, capacitación laboral y acompañamiento psicosocial.

@fundacion_soymas

Ginecólogas Chile

Agrupación de ginecobstetras que impulsa el enfoque de género y las buenas prácticas para mejorar la atención de salud de las mujeres.

@ginecologas_chile

Matria Fecunda

Corporación del Maule que promueve y protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a partir de experiencias de violencia gineco-obstétrica.

@matriafecundaong

Fundación Amparos

Fundación que acompaña a familias tras la muerte temprana de un bebé, promueve recursos de apoyo al duelo perinatal y un trato respetuoso en salud y políticas públicas.

amparos.cl | @fundacion_amparos

Introducción

Si bien Chile ha experimentado avances relevantes en el reconocimiento formal de los derechos de las mujeres, persisten múltiples formas de violencia que afectan de manera específica y diferenciada a las mujeres por su condición de madres. Estas violencias no solo reproducen desigualdades estructurales de género, sino que además impactan de forma directa en el bienestar físico, psíquico, social y económico de las mujeres, así como en el desarrollo y protección de niños, niñas y adolescentes. El presente informe sistematiza evidencia empírica y experiencia documentada de organizaciones de la sociedad civil sobre cinco ámbitos críticos de violencia contra las madres en Chile: violencia gineco-obstétrica; violencia vicaria digital; violencia laboral institucional contra médicas embarazadas; violencia contra madres jóvenes; y atención en contextos de duelo gestacional y perinatal.

I. Violencia gineco-obstétrica (VGO)

1. Chile presenta una excesiva sobremedicalización de la atención de parto y nacimiento, con la práctica innecesaria de muchas intervenciones obstétricas, incluida la cesárea (Binfá et al., 2022). Entre 2020 y 2024, el 58,4% de los partos en Chile fueron cesáreas —aproximadamente 50% en salud pública y 70% en el sector privado— (según informes recibidos mediante Ley de Transparencia, folios AO001T0024844, AO001T0008651 y AO045T0013886, 2025).
2. En 2021, de 150 maternidades, solo 18 tenían menos de un 30% de cesáreas, y 86 instituciones mostraban más de un 50%. En el sistema privado, únicamente tres clínicas (5% del total) registraron tasas inferiores al 50%, mientras que ninguna región del país mantuvo tasas bajo el 60%. Doce de las dieciséis regiones superaron el 80% de cesáreas, y las regiones del Maule y Ñuble alcanzaron cifras superiores al 90%. En el sistema público, un 30% de los hospitales superó el 50% de cesáreas, con dos hospitales regionales llegando al 87%. Nueve regiones presentaron tasas superiores al 50%, siendo Tarapacá la más alta con 70% (Sadler y Leiva, 2023a).
3. La tasa más alta de cesáreas del país se concentra en partos atendidos mediante el Bono PAD Parto —una modalidad que permite a mujeres afiliadas al sector público atender su parto en el sector privado mediante pago de bolsillo, con ciertos requisitos: más de 37 semanas de gestación y embarazos de bajo riesgo obstétrico. Si bien debiera presentar bajas tasas de cesárea por concentrar mujeres sanas, supera el 70%. Esto es incentivado por tratarse de un paquete de muy bajo costo que deja bajos honorarios y ganancias para las instituciones privadas, las cuales

privilegian el volumen resolviendo los partos rápidamente mediante cesáreas (Sadler y Leiva, 2023b).

4. En 2025, OVO Chile realizó una encuesta sobre el Bono PAD Parto, respondida por 211 mujeres atendidas mediante este sistema y 47 profesionales de salud. El 60% de los partos fueron cesáreas, siendo el 46% cesáreas de urgencia por indicación médica. El principal motivo fue la falta de progreso del trabajo de parto, indicación que mujeres y profesionales calificaron frecuentemente como "dudosa". Los profesionales de salud reconocieron que estas intervenciones a menudo respondían a la comodidad del médico, utilizando criterios insuficientes para persuadir a las mujeres. Respecto a la información sobre riesgos, el 50% de las mujeres no recibió información sobre los riesgos maternos de la cesárea, y el 75% no fue informada sobre los riesgos para sus bebés.
5. La Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica realizada en Chile entre 2019-2020 reveló que, de 4.552 participantes, el 67% experimentó alguna forma de violencia ginecológica, porcentaje que aumentó al 79% en casos de violencia obstétrica (VO) entre quienes tuvieron partos. Las formas más prevalentes incluyeron infantilización por parte del personal médico (37%), comentarios inapropiados (51%), procedimientos sin consentimiento informado (46%) y restricciones a la movilidad durante el trabajo de parto (38%). El impacto fue significativo: 41% manifestó cambios en la percepción de su cuerpo, 42% en su autoestima y 38% en su sexualidad (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020).
6. La VO afecta de manera desproporcionada a mujeres migrantes e indígenas. En la región de Arica y Parinacota, la Organización Madre Nativa ha constatado que más del 25% de las mujeres que identifican haber sufrido malos tratos obstétricos son migrantes, y una proporción similar corresponde a mujeres pertenecientes a pueblos originarios, sin que existan medidas estatales específicas que garanticen una atención culturalmente pertinente y libre de discriminación.
7. El Primer Informe de Derechos Sexuales y Reproductivos de la ONG Matria Fecunda, realizado en la Región del Maule con aproximadamente 1.200 mujeres de 30 comunas, reveló que el 36% de quienes tuvieron parto o cesárea experimentó VO a. El 59% manifestó necesidad de apoyo psicológico posterior, pero solo el 11% logró accederlo. Además, existe una alta naturalización de prácticas vulneratorias: entre el 43% y 64% no las reconoce como violencia, evidenciando un impacto significativo en la salud mental materna, con riesgos de trauma, depresión y ansiedad posparto, afectaciones en el vínculo temprano madre-bebé y deterioro en

la relación con los servicios de salud, con posibles consecuencias a largo plazo.

8. Durante 2025, OVO Chile atendió 39 casos de VO a través de sus programas de Reparación en Salud Mental Perinatal y Asesoría Obstétrica y Jurídica. Del análisis de 31 relatos, todos evidenciaron secuelas psicológicas y trauma, vulneración de derechos con trato deshumanizado, y consecuencias institucionales con pérdida de confianza en el sistema de salud. El 100% presentó secuelas psicológicas —con alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático, depresión posparto y ansiedad—, el 84% desarrolló secuelas físicas persistentes (dolor crónico, hemorragias, daño del piso pélvico y limitaciones funcionales prolongadas), el 77,4% reportó afectaciones en el vínculo temprano con sus recién nacidos, y muchas experimentaron repercusiones económicas y en su sexualidad/salud reproductiva (OVO Chile, 2026).
9. El daño psicológico no ocurre aisladamente, sino inseparablemente ligado a prácticas vulneratorias que impactan múltiples dimensiones: la sexualidad, la planificación reproductiva, el vínculo maternofilial y la confianza en el rol materno. La pérdida de confianza en el sistema de salud se convierte en una barrera estructural para el acceso a cuidados futuros, agravada por consecuencias económicas significativas derivadas de la búsqueda de atención privada, tratamientos médicos y psicológicos, y pérdida de capacidad laboral. Este contexto invisibiliza gran parte de los casos, pues las víctimas enfrentan total vulnerabilidad institucional para el reconocimiento de la VO, su reparación y acceso a justicia. Quienes logran sostener procesos judiciales son principalmente familias con recursos socioeconómicos suficientes y secuelas graves o incluso muerte (OVO Chile, 2026; Poder Judicial de Chile, 2024, 2025).
10. La Asociación Ginecólogas Chile, colectivo de 65 médicas especialistas en Ginecología y Obstetricia, ha documentado experiencias persistentes de deslegitimación profesional y violencia institucional hacia quienes ejercen la obstetricia desde un enfoque humanizado, salutogénico y centrado en los derechos humanos y la perspectiva de género. Estas profesionales son frecuentemente ridiculizadas o descalificadas por colegas dentro del propio sistema de salud, prácticas que buscan desincentivar modelos de atención respetuosos y perpetuar un enfoque medicalizado y jerárquico del nacimiento. Aunque no existe aún una sistematización cuantitativa formal, todas reportan experiencias coincidentes que incluyen: descalificación profesional; obstáculos para resguardar la intimidad del parto (ambientes cálidos, luz tenue, silencio); restricciones a la libertad de movimiento y alimentación durante el trabajo

de parto; e irrespeto del principio de "cero separación", incluyendo la obstaculización del apego inmediato madre-bebé.

15. Si bien la VGO se encuentra reconocida como forma de violencia de género en la Ley N.º 21.675 (2024), la evidencia demuestra que el Estado no garantiza una protección efectiva ni previene la revictimización de las mujeres afectadas (Sadler, 2021; OVO Chile, 2026). El procedimiento vigente exige que las víctimas denuncien ante la misma institución que ejerció la vulneración, la cual debe autoevaluar sus prácticas (Ley N.º 20.584, 2012), lo que conlleva a la desestimación sistemática de la mayoría de los casos. Esta situación se ve agravada por la falta de reconocimiento institucional de la VGO como un problema estructural, así como por la ausencia de un marco normativo específico y plenamente operativo: el proyecto de ley conocido como “Ley Adriana” (Boletín N.º 12.248-11, 2018) permanece paralizado desde 2023, y la aplicación de la Ley N.º 21.675 carece aún de mecanismos operativos robustos, recursos suficientes y adecuada articulación intersectorial.
14. La VGO ataca directamente la experiencia y dignidad de las mujeres como madres, erosionando uno de los momentos más significativos y vulnerables de sus vidas. Al ser violentadas durante el embarazo, parto y posparto, se les arrebató la posibilidad de vivir la maternidad con autonomía y respeto, fracturando el vínculo temprano con sus hijos e hijas y deteriorando la confianza en su capacidad materna. Las secuelas —trauma, depresión posparto, afectaciones en la sexualidad y decisiones reproductivas futuras— persisten a largo plazo, negando a las madres su derecho fundamental a gestar, parir y maternar en condiciones de seguridad, respeto y libre determinación.

Recomendaciones VGO:

15. Destruir y aprobar con urgencia el proyecto de Ley Adriana, estableciendo derechos exigibles y mecanismos efectivos de prevención, sanción y reparación frente a la VGO.
16. Implementar de manera efectiva la definición de VGO contenida en la Ley N.º 21.675, mediante reglamentos claros, protocolos específicos y asignación de recursos adecuados.
17. Revisar y corregir los incentivos económicos y organizacionales que promueven el uso excesivo de intervenciones obstétricas, en particular las cesáreas, fortaleciendo modelos de atención colaborativos liderados por matronas y matrones.
18. Garantizar el derecho al consentimiento informado pleno, asegurando que las mujeres reciban información clara, comprensible y suficiente sobre riesgos, beneficios y alternativas para ellas y sus recién nacidos.

II. Violencia vicaria digital contra las madres

1. En mayo de 2023, Chile implementó la "Ley Papito Corazón" (Ley N.º 21.484), creando el Registro Nacional de Deudores de Pensiones de Alimentos. Hasta mayo de 2025, más de 270.000 personas —96% hombres— estaban inscritas en el registro, afectando a más de 385.000 niños y niñas. Si bien la ley ha sido eficaz en la recuperación de deudas alimentarias, también ha generado un contexto de hostilidad hacia las madres y activistas que impulsaron esta agenda (Ananías Vergara y Luza, 2025).
2. En este escenario, la ONG Amaranta identificó en 2025 una forma emergente de violencia contra las madres: la violencia vicaria digital. Esta se expresa a través de ataques sistemáticos mediante el uso de tecnologías digitales para continuar el maltrato una vez terminada la relación de pareja, apuntando específicamente a la maternidad y al vínculo con los hijos e hijas. La tecnología elimina la distancia física y amplifica el alcance y persistencia de la violencia.
3. Actualmente, Chile no cuenta con regulación específica que reconozca y sancione la violencia vicaria digital, dejando a las madres expuestas a este fenómeno emergente sin respuestas legales adecuadas. Un estudio cualitativo con grupos focales de madres sobrevivientes y activistas identificó cinco formas principales: hipervigilancia digital; violencia directa mediante tecnologías institucionales; recolección y manipulación de "evidencia" digital; violencia vincular digital ejercida a través del contacto intermitente con los hijos e hijas; y difamación sistemática en redes sociales, construyendo una narrativa de "padre abnegado" versus "madre inestable".
4. Los impactos documentados abarcan múltiples dimensiones. A nivel judicial: sobrecarga procesal, uso de evidencias manipuladas y revictimización. A nivel económico: afectación de la autonomía mediante daño a la reputación profesional. A nivel social: aislamiento, autocensura y restricción de la libertad de expresión. Si bien el estudio se centró en Chile, las solicitudes de participación de mujeres de otros países evidencian el carácter transfronterizo del fenómeno.
5. La violencia vicaria digital representa un ataque directo contra las mujeres en su rol de madres, utilizando la tecnología como herramienta para socavar su credibilidad, autoridad materna y vínculo con sus hijos e hijas. Esta forma de violencia perpetúa el control y el castigo más allá de la separación de pareja, instrumentalizando a los hijos e hijas y la maternidad misma como vehículos de daño. Las madres enfrentan así una doble victimización: por parte del agresor que utiliza las plataformas

digitales para prolongar el maltrato, y por parte del sistema judicial y social que frecuentemente deslegitima sus denuncias, afectando su salud mental, autonomía económica, redes de apoyo y capacidad de ejercer plenamente su maternidad en condiciones de seguridad y dignidad.

Recomendaciones violencia vicaria digital contra madres:

6. Desarrollar e incorporar en el marco jurídico una definición y tipificación específica de violencia vicaria digital, reconociendo sus distintas formas como manifestaciones de violencia de género contra las madres.
7. Establecer sanciones y medidas de protección con perspectiva de género que incluyan medidas cautelares para restringir el acceso no consentido a datos, cuentas y dispositivos, así como disposiciones explícitas en las órdenes de restricción que prohíban el contacto digital, las comunicaciones electrónicas y el seguimiento en línea.
8. Crear plataformas seguras y monitoreadas para la comunicación familiar cuando sea necesario.
9. Establecer protocolos de colaboración formal con plataformas tecnológicas para la remoción expedita de contenido difamatorio o abusivo.
10. Desarrollar servicios especializados de atención integral para víctimas de violencia vicaria digital, incluyendo asesoría legal, apoyo psicológico y orientación tecnológica.
11. Evitar la sobrejudicialización de las madres víctimas, promoviendo criterios judiciales que no penalicen la denuncia ni utilicen evidencia digital manipulada en su contra.

III. Violencia contra madres jóvenes

1. La Fundación Soymás trabaja con mujeres que fueron madres en su adolescencia o juventud temprana (entre 18 y 29 años), a través de una intervención integral de un año que entrega herramientas académicas, socioemocionales y de crianza. El 46% de estas jóvenes debió abandonar tempranamente el colegio para iniciar su vida laboral o dedicarse al cuidado de familiares, manteniéndose durante años invisibilizadas del sistema educativo.
2. Aproximadamente el 30% de las jóvenes planificó sus embarazos a temprana edad, evidenciando que la maternidad adolescente no responde únicamente a falta de acceso a educación sexual o salud primaria, sino también a la búsqueda de construir un proyecto de vida propio en contextos de vulnerabilidad extrema.

3. Las jóvenes que ingresan a Soymás han experimentado en promedio al menos cuatro eventos adversos en la infancia, siendo los más frecuentes: divorcio de los padres, abandono o desprotección, consumo de sustancias en el entorno, presencia de trastorno mental familiar y violencia intrafamiliar. El 91% de las mujeres que ingresaron en 2023 declaró haber sido víctima de algún tipo de violencia antes de los 18 años.
4. Las formas de violencia más prevalentes son: violencia psicológica (51%), violencia física (46%) y violencia sexual (35%). En el 31% de los casos, el responsable es la pareja actual, seguido por otros miembros de la familia como el padre u otro familiar. Además, el 35% señala haber presentado conflictos o abandono de su pareja durante el embarazo.
5. La perpetuación del ciclo de violencia está vinculada a tres factores principales: alteraciones vinculares resultado de traumas tempranos (expresadas en dependencia emocional hacia las parejas); escasas redes de apoyo o figuras de contención; y barreras para el desarrollo económico que resultan en dependencia económica hacia el agresor y nulas posibilidades de abandonar el hogar.
6. La violencia contra las mujeres que fueron madres adolescentes representa un continuo de vulneraciones que se inicia en la infancia y se perpetúa durante la maternidad temprana, afectando profundamente su capacidad de ejercer la maternidad en condiciones de seguridad y dignidad. Estas jóvenes madres enfrentan una triple carga: las secuelas de traumas infantiles no resueltos, la responsabilidad de criar a sus hijos e hijas sin redes de apoyo adecuadas, y la violencia actual que se manifiesta en múltiples ámbitos de sus vidas. El aislamiento social y la dependencia económica las mantienen atrapadas en relaciones violentas, limitando severamente su autonomía y proyecto de vida. Esta situación no solo impacta su salud mental y física —con riesgos de trastornos ansioso-depresivos, estrés postraumático y dificultades vinculares—, sino que también perpetúa ciclos intergeneracionales de violencia y vulnerabilidad, comprometiendo el desarrollo de sus hijos e hijas y reproduciendo patrones de desigualdad y exclusión que obstaculizan el ejercicio pleno de sus derechos como madres y como mujeres.

Recomendaciones violencia contra madres jóvenes:

1. Fortalecer prioritariamente los servicios de apoyo psicológico y asesoría legal para madres jóvenes, con enfoque en trauma complejo y maternidad temprana.

2. Desarrollar y financiar programas integrales y sostenidos que combinen educación, autonomía económica, fortalecimiento socioemocional y apoyo a la crianza.
3. Garantizar el acceso oportuno y sin discriminación de madres jóvenes a programas de formación, empleo protegido y cuidados infantiles, promoviendo trayectorias reales de autonomía económica como estrategia clave de prevención de la violencia de género.
4. Incorporar la prevención de violencia contra madres jóvenes en las políticas de infancia, adolescencia y juventud.
5. Desarrollar campañas públicas de sensibilización que visibilicen estas violencias y combatan estigmas asociados a la maternidad temprana.

IV. Atención al duelo gestacional y perinatal: avances y desafíos

1. La "Ley Dominga" (Ley N.º 21.371, 2021) garantiza atención humanizada a mujeres y familias que sufren pérdida gestacional o perinatal, constituyendo una práctica positiva en la prevención de violencia institucional contra las madres. La evidencia demuestra que el acompañamiento empático, el acceso a información, la participación en decisiones y la generación de recuerdos son factores clave para la elaboración del duelo (Melo, 2020; MINSAL, 2022).
2. Fundación Amparos realizó un estudio de satisfacción usuaria de la caja de recuerdos de maternidad/paternidad en duelo perinatal en hospitales públicos chilenos (Melo y Prat, 2024) —basado en 10 entrevistas en profundidad y una encuesta a 305 personas (81,3% madres)— evidencia una evaluación mayoritariamente positiva de la atención, con altos niveles de valoración respecto a la calidad de la atención al duelo perinatal, que aumentan aún más respecto a la caja de recuerdos. Se constataron avances importantes en la incorporación de la familia, trato proporcionado al bebé y generación de recuerdos, confirmando el innegable aporte de la caja de recuerdos en el proceso de elaboración del duelo.
3. Sin embargo, persisten desafíos que requieren fortalecimiento: espacio físico para el duelo, vínculo con el equipo de salud, acceso y disponibilidad de información, participación en la toma de decisiones, acompañamiento psicosocial, seguimiento, articulación con atención primaria y cobertura en salud mental. La ausencia de recursos asociados a la Ley Dominga no resguarda la formación y cuidado de los equipos, propiciando su desgaste y fragilizando la calidad de la atención. La evidencia recogida destaca la relevancia de escalar con celeridad la experiencia piloto del uso de cajas de recuerdos a política pública,

garantizando la sensibilización de los equipos y la disponibilidad de cajas de recuerdo en todos los hospitales del país, consolidando así los avances alcanzados.

Recomendaciones duelo gestacional y perinatal:

1. Sensibilizar y formar a los equipos en una atención humanizada en contextos de duelo perinatal, que garantice los derechos de madres y familias y contribuya a la elaboración de sus procesos de duelo.
2. Resguardar el seguimiento y promover la articulación de la atención hospitalaria y primaria en contextos de duelo perinatal.
3. Proporcionar y fortalecer los espacios de acompañamiento a los equipos implicados en la atención al duelo perinatal, que resguarde su autocuidado y la atención de calidad.
4. Escalar el uso de cajas de recuerdos a política pública, de manera que asegure la disponibilidad de recursos simbólicos asociados a una atención sensible al duelo en todos los hospitales del país.
5. Considerar en la arquitectura y diseño de nuevos hospitales, espacios y condiciones físicas adecuadas para situaciones de duelo en el contexto de la atención hospitalaria.

RECOMENDACIONES TRANSVERSALES PARA LA PREVENCIÓN, ABORDAJE Y REPARACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MADRES

1. **Implementar educación sexual integral, no sexista y con enfoque de derechos humanos** en todo el sistema educativo, que incorpore contenidos sobre género, maternidades diversas, corresponsabilidad parental, prevención de violencias, consentimiento y uso seguro de tecnologías digitales, como estrategia estructural de prevención de la violencia contra mujeres y madres.
2. **Fortalecer y ampliar los servicios de asesoría legal y apoyo psicológico para madres víctimas de violencia**, asegurando cobertura suficiente, acceso oportuno y continuidad de la atención, especialmente a través de SERNAMEG y otros dispositivos públicos, con enfoques especializados en maternidad, trauma complejo, violencia de género y violencia institucional.
3. **Establecer capacitación obligatoria, continua y evaluable en violencia de género y derechos humanos** para todos los sistemas involucrados —salud, justicia, educación, trabajo, protección social y fuerzas de orden—, incorporando contenidos específicos sobre VO,

violencia vicaria digital, violencia laboral por maternidad, duelo perinatal y maternidad en contextos de vulnerabilidad.

4. **Garantizar la articulación intersectorial efectiva** entre los distintos organismos del Estado (salud, justicia, trabajo, educación, niñez, mujer y equidad de género), superando abordajes fragmentados y asegurando rutas de atención integrales, coordinadas y centradas en las necesidades de las madres y sus hijos e hijas.
5. **Asegurar asignación presupuestaria suficiente, estable y con enfoque de derechos** para la implementación efectiva de las leyes vigentes en materia de violencia de género, maternidad, salud sexual y reproductiva y protección de la infancia, evitando que la falta de recursos transforme los derechos reconocidos en meras declaraciones formales.
6. **Establecer y aplicar protocolos específicos de atención para mujeres migrantes e indígenas**, con enfoque intercultural, antidiscriminatorio e interseccional, garantizando pertinencia cultural, acceso a información clara y comprensible, respeto por prácticas culturales y atención libre de racismo y xenofobia institucional.
7. **Crear y consolidar mecanismos de denuncia y reparación accesibles, seguros y no revictimizantes**, que garanticen confidencialidad, protección frente a represalias y acompañamiento integral durante todo el proceso, evitando que las víctimas deban denunciar ante las mismas instituciones o actores que ejercieron la violencia.
8. **Reconocer explícitamente la maternidad como un eje de desigualdad estructural**, incorporando este enfoque en el diseño de políticas públicas, normativas laborales, programas de protección social y sistemas de justicia, de modo de prevenir la penalización de la maternidad y garantizar el ejercicio pleno de derechos para todas las madres, en su diversidad de trayectorias y contextos.

ANEXO: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Admas, W. T., Teoh, A. N. & Chonu, K. (2025). The effects of prenatal psychosocial work stress on adverse pregnancy outcomes: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 51(5): 355-369. doi: 10.5271/sjweh.4236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40478210/>
- Ananías, C., Vergara, K., & Luza, V. (2025). *Violencia vicaria digital: ¿Otra forma de violencia de género facilitada por tecnología?* ONG Amaranta.
- Binfa, L., Crocco, P., Figueroa, C., Merino, C., Neira, R., Troncoso, P., Pantoja, L., & Sadler, M. (2022). *La sobremedicalización del parto y nacimiento en Chile*. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. <https://uchile.cl/publicaciones/183655/policy-brief-sobremedicalizacion-del-parto-y-nacimiento-en-chile>
- Cai, C., Vandermeer, B., Khurana, R., Nerenberg, K., Featherstone, R., Sebastianski, M., & Davenport, M. H. (2019). The impact of occupational shift work and working hours during pregnancy on health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(6), 563–576. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.051>
- Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica: Síntesis de resultados*. Valparaíso, Chile.
- Ley N.º 20.584. (2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile.
- Ley N.º 21.371. (2021). Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal, conocida como “Ley Dominga”. Diario Oficial de la República de Chile.
- Ley N.º 21.484. (2022). Ley de Responsabilidad Parental y Pago Efectivo de Deudas de Pensiones de Alimentos. Diario Oficial de la República de Chile.
- Ley N.º 21.675. (2024). Estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género. Diario Oficial de la República de Chile.
- Melo, P. (2020). *Duelo perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177132>
- Melo, P., & Prat, B. (2024). *Estudio mixto de satisfacción usuaria del piloto de atención integral del duelo perinatal en hospitales: Percepción de usuarios y valoración del uso de la caja de recuerdos de maternidad/paternidad*. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo.
- Ministerio de Salud. (2022). *Norma general técnica y administrativa de la Ley N.º 21.371*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/Norma-Tecnica-y-Administrativa-Ley-21.371-Dominga-publicado.pdf>
- Nelson, C. A., Bhutta, Z. A., Burke, N. H., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*, 371, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. (2026). *Análisis de implementación del primer ciclo de atenciones en programas de reparación de OVO Chile durante 2025*.
- Organización Internacional del Trabajo. (2000a). *Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183)*. NORMLEX.
- Organización Internacional del Trabajo. (2000b). *Maternity Protection Recommendation, 2000 (No. 191)*. NORMLEX.
- Poder Judicial de Chile. (2024, 16 de febrero). *Primer Juzgado Civil de Talcahuano ordena al Fisco indemnizar a víctima de violencia obstétrica*. <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/105138>
- Poder Judicial de Chile. (2025, 7 de febrero). *Primer Juzgado Civil de Talcahuano condena al Servicio de Salud por violencia obstétrica*. <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/121189>
- Proyecto de Ley sobre Prevención, Sanción y Reparación de la Violencia Obstétrica (Ley Adriana). (2018). *Boletín N.º 12.248-11*. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12788>

- Rugulies, R., Sørensen, K., Di Tecco, C., Bonafede, M., Rondinone, B. M., Ahn, S., et al. (2021). The effect of exposure to long working hours on depression: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates. *Environment International*, 155, 106629. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106629>
- Sadler, M. (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo: La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. TDX. <http://hdl.handle.net/10803/672527>
- Sadler, M., & Leiva, G. (2023a, 11 de enero). Más cesáreas que nunca en Chile. *CIPER Chile*. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>
- Sadler, M., & Leiva, G. (2023b). “Physiologic birth implies economic damage”: Financial incentives for the performance of cesareans in Chile. En A. Premkumar & R. Davis-Floyd (Eds.), *Cognition, risk, and responsibility in obstetrics: Anthropological analyses and critiques of obstetricians’ practices* (pp. 101–124). Berghahn Books. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9781800738324-007/html>
- Spadarella, E., Leso, V., Fontana, L., Giordano, A., & Iavicoli, I. (2021). Occupational risk factors and hypertensive disorders in pregnancy: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8277. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168277>
- Torquati, L., Mielke, G. I., Brown, W. J., Burton, N. W., & Kolbe-Alexander, T. L. (2019). Shift work and poor mental health: A meta-analysis of longitudinal studies. *American Journal of Public Health*, 109(11), e13–e20. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.30527>