

Aviso Legal

Capítulo de libro

Título de la obra:

Poder obstétrico en Costa Rica: políticas públicas, violencia obstétrica y gestión institucionalizada del embarazo, parto y posparto

Autores:

Viviana Guerrero Chacón y
Gabriela Arguedas Ramírez

Forma sugerida de citar:

Guerrero, V. y Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico en Costa Rica: políticas públicas, violencia obstétrica y gestión institucionalizada del embarazo, parto y posparto. En A. Díaz-Tendero (Ed.), *Derechos humanos y grupos vulnerables en Centroamérica y el Caribe* (16-51). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe.

Publicado en el libro:

Derechos humanos y grupos vulnerables en Centroamérica y el Caribe

Diseño de portada: Mtra. Marie-Nicole Brutus H.

ISBN: 978-607-30-3976-5

Los derechos patrimoniales del capítulo pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México. Excepto donde se indique lo contrario, este capítulo en su versión digital está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Compartir igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0 Internacional). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



D.R. © 2021 Universidad Nacional Autónoma de México.
Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C. P. 04510, México, Ciudad de México.

Centro de Investigación sobre América Latina y el Caribe Piso 8 Torre
II de Humanidades, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Ciudad de México. [https://
cialc.unam.mx/](https://cialc.unam.mx/)

Correo electrónico: betan@unam.mx

Con la licencia:



Usted es libre de:

- ✓ Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- ✓ Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- ✓ **Atribución:** usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- ✓ **No comercial:** usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- ✓ **Compartir igual:** si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Esto es un resumen fácilmente legible del texto legal de la licencia completa disponible en:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

1. PODER OBSTÉTRICO EN COSTA RICA: POLÍTICAS PÚBLICAS, VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y GESTIÓN INSTITUCIONALIZADA DEL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Viviana Guerrero Chacón
Gabriela Arguedas Ramírez

I. INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza los resultados de una investigación sobre las políticas públicas relativa a la atención sanitaria del embarazo, parto y postparto, y su relevancia para sancionar y erradicar la violencia obstétrica. El abordaje metodológico se resume de la siguiente forma:

Se recopilaron ochenta y cinco documentos relacionados con la atención en salud del embarazo y parto en Costa Rica. Estos documentos se agruparon de la siguiente forma:

- Textos de análisis de la problemática.
- Comunicados de prensa.
- Conferencias.
- Decretos ejecutivos.
- Documentos evaluativos.
- Informes.
- Documentos internacionales.

- Leyes.
- Manuales.
- Planes nacionales.
- Sesiones parlamentarias.
- Pronunciamientos de partidos políticos.
- Pronunciamientos institucionales.
- Reglamentos.
- Votos jurídicos.

Todos los documentos se refieren a la administración política 2014-2018. Luego del ordenamiento de los textos, se sistematizó la información que comprendió dos momentos: primero, se creó una base de datos en Excel, que permitiera visualizar la información a través de gráficos; esta base de datos posee las siguientes variables:

- Nombre del documento.
- Tipo de documento (según agrupación mencionada previamente).
- Entidad responsable (institución responsable del texto).
- Uso del término “violencia obstétrica” (si lo usa o no lo usa).
- Etapa del embarazo (ninguna en específico, todas entendidas como preconcepcional, embarazo, parto, puerperio, lactancia, sólo embarazo, sólo parto, embarazo y parto, y embarazo, parto y puerperio).
- Fase del ciclo de políticas públicas a la que se dirige (diagnóstico, formulación, implementación, y evaluación).
- Tipo de política pública (divulgación, analítico, propositivo, denuncia y sancionatorio).

El segundo momento implicó elaborar una matriz de información con aquellos textos que mencionaban directamente el término “violencia obstétrica”. De los ochenta y cinco documentos

recopilados, en la matriz fueron utilizados un total de veintisiete textos. Esta matriz tuvo los siguientes indicadores:

- Nombre del texto.
- Institución responsable.
- Año del texto.
- Número de páginas.
- Tipo de texto.
- Diagnóstico de situación.
- Elementos administrativos institucionales (entidades de planificación y ejecución, gestión institucional).
- Elementos legales (marco jurídico, reformas legales).
- Elementos financieros y recursivos (inversión, recursos humanos, otros recursos).
- Elementos estratégicos (definición de política, marco ético-político, diagnóstico de situación, lineamientos generales, metas y objetivos específicos, estrategias de acción, indicadores, evaluación).
- Elementos ideológicos (derechos humanos, género, parto humanizado).
- Elementos técnicos médicos (personal médico, otro personal, protocolización).

El proceso de medicalización del parto puede registrarse desde la Edad Media, pero su desarrollo se acentúa en el siglo XVII en Francia, principalmente con el auge de la cirugía obstétrica. Esta impulsaba, por ejemplo, la posición de decúbito durante el parto, que no era una práctica habitual o tradicional en la atención del nacimiento.¹ Con la posición de decúbito se observa una gestuali-

¹ Gabriela Arguedas Ramírez, “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, enero-junio de 2014.

dad y una gestión corporal que marca la subordinación de la mujer gestante al médico. Esa obediencia debida al poder del saber médico sobre los cuerpos de las mujeres,² es el primer acto de violencia obstétrica que ha sido normalizado a lo largo de la historia de la atención médica del parto.

Ese ejercicio de violencia ha sido paulatinamente incorporado en el proceso de la medicalización, tecnificación, mecanización e impersonalidad de la atención en el proceso del embarazo, parto y posparto. La docilidad de las mujeres es la piedra angular para esa nueva forma de comprensión del parto, pues trae consigo, como apunta Arguedas,³ una colonización de los cuerpos y procesos fisiológicos de las mujeres gestantes. La tecnificación del proceso de parto ha constituido un modelo médico hegemónico⁴ que trata a las mujeres embarazadas como enfermas.

El ejercicio del poder obstétrico no reconoce a las mujeres como sujetos principales del proceso; en cambio, se pone al personal sanitario en el rol protagónico, el cual se apropia del proceso y reduce a las mujeres a un procedimiento médico y no la entiende como sujeto de derechos. Por ello, se habla de maternidades intervenidas,⁵ cuando los procesos de embarazo, parto y posparto son regulados y controlados por el poder hegemónico médico. Éste determina las prácticas correctas y los parámetros de normalidad legitimados, a su vez, por el Estado y el prestigio social.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ Alejandra Aguirre *et al.*, “La atención del parto: poder, derechos, violencia”, *Revista Salud Quintana Roo*, año 6, núm. 25, julio-septiembre de 2013.

⁵ Laura Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *Revista Redbioética*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio de 2013, pp. 25-34.

La patologización del embarazo y del parto y el enfoque biomédico del saber⁶ crean mujeres fragmentadas, cosificadas, despojadas de autonomía y víctimas de violencia obstétrica. Respecto a este asunto, los Estados, las universidades, la industria farmacéutica, las instituciones y el personal sanitario deberían tomar acciones y decisiones que disminuyan e incluso erradiquen las prácticas de violencia simbólica, física y psicológica, así como lo han hecho organizaciones de mujeres y entidades internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y Estados como el de Venezuela, Argentina y México. Por consiguiente, este artículo pretende evidenciar la situación actual de la toma de decisiones médicas obstétricas en Costa Rica, con énfasis en las políticas públicas de los gobiernos, la legalidad y la gestión institucional que atienden el embarazo, parto y posparto.

Además, existen retos en las situaciones novedosas para la atención sanitaria, como la violencia intrafamiliar, la obesidad, el consumo de drogas;⁷ también existen retos asociados a la exigencia de un mejor trato a los pacientes, el derecho a la muerte digna, la autonomía de los pacientes y temas de derechos sexuales y derechos reproductivos problemáticos como la fertilización *in vitro*, el aborto terapéutico y diversos temas relacionados con la salud materna, como el embarazo en adolescentes, la pertinencia cultural en comunidades indígenas, la muerte materna prevenible o la violencia obstétrica.

⁶ Mónica Solís, “Género y salud: equidad de género en la calidad de atención durante el embarazo y parto en hospitales públicos y centros privados de la Ciudad de Buenos Aires”, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2013.

⁷ Ministerio de Salud, *Análisis de situación de salud*, Costa Rica, 2014.

II. PRECISIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS SOBRE EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para el desarrollo y comprensión de problema en estudio, es necesario aclarar tanto las conceptualizaciones teóricas como las precisiones metodológicas. Por política pública se entiende “la decisión (en este caso, del gobierno) que desarrolla determinada acción orientada a resolver problemas públicos relevantes. Incluye la toma de decisiones, su formulación, desarrollo y evaluación”.⁸ Esa decisión implica un proceso orientado por la entidad responsable, en el cual, primeramente, se define, a través de un diálogo abierto, el problema a ser tratado, si el problema es de interés público y sus distintos niveles de atención; segundo los mecanismos de inserción del problema en la agenda pública; tercero, una definición estratégica sobre cómo trabajar el problema, que determine acciones, objetivos y metas; cuarto, los mecanismos de implementación de lo planificado y, finalmente, un modelo de gestión donde se expliciten las responsabilidades y componentes de evaluación, entre otros.⁹ Estas etapas han sido llamadas también “ciclo de las políticas públicas”.

Por otro lado, Arguedas define el “poder obstétrico” de la siguiente manera:

Esa forma de poder disciplinario enmarcado dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en

⁸ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo, *Guía para la elaboración de políticas públicas*, San José, Mideplan, 2016, p. 6.

⁹ *Ibid.*

la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. [...] La vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico.¹⁰ Una de las manifestaciones concretas del ejercicio del poder obstétrico es la violencia obstétrica.¹¹

Ese tipo de violencia es concebido como:

Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.¹²

Esta forma de violencia contra las mujeres tiene múltiples manifestaciones, como por ejemplo la violencia física, psicológica, institucional, infraestructural y hasta simbólica que se expresan en actos como los mencionados a continuación:

Regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin

¹⁰ Arguedas Ramírez, “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, *cit.*, 2014, p. 153.

¹¹ *Ibid.*

¹² Aguirre *et al.*, *op. cit.*, p. 23.

ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹³

En razón de lo grave que es el problema de la violencia obstétrica varios organismos internacionales de salud como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Médicos del Mundo, distintas universidades en el ámbito internacional, las defensorías del pueblo o de los habitantes de varios países latinoamericanos, e incluso ciertos Estados como Argentina y Venezuela, se han pronunciado denunciando el aumento de los casos reportados. La OMS, al respecto, afirma que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.¹⁴

En Costa Rica, la cobertura de la atención prenatal y de la atención médica del parto, a través del sistema público de salud, es alta. El 93.9% de los partos se atiende en los hospitales nacionales,

¹³ Luis Alberto Villanueva-Egan, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, *Conamed*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre de 2010, p. 148.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, 2014, p. 1.

más un 5.2%, que se atiende en el sector privado.¹⁵ Sin embargo, si bien la atención institucional del embarazo y del parto contribuyen a mantener baja la tasa de mortalidad materno-infantil, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud no ofrecen datos actualizados y confiables acerca de la morbilidad materna o de las consecuencias psicológicas y físicas que tienen sobre las mujeres las prácticas que constituyen violencia obstétrica. Además, aunque la tasa de mortalidad materna en Costa Rica es baja: “la mortalidad materna se considera un problema de salud pública dado que, si bien se han logrado disminuciones importantes en los últimos veinte años, de acuerdo con los análisis realizados por el Ministerio de Salud, se indica que el ochenta por ciento de dichas muertes son prevenibles”.¹⁶

Como explica Arguedas:

El ejercicio del poder obstétrico sobre los cuerpos gestantes tiene un objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad, pero ese ejercicio varía según otras características de los cuerpos gestantes, además del género. La racialización de esos cuerpos, el lugar étnico donde son colocados esos cuerpos desde la mirada de quien ocupa un lugar privilegiado con relación a ese cuerpo gestante, dentro de la institución sanitaria (si es percibido como joven o muy viejo), la clase, el estatus migratorio, profundizan la vulnerabilidad y también el ensañamiento con el que se ejerce ese poder obstétrico.¹⁷

¹⁵ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, “Costa Rica: objetivos de desarrollo del milenio, II Informe País 2010”, San José, Naciones Unidas, 2010, p. 95.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Mortalidad materna y su evolución reciente 2014*, p. 7.

¹⁷ Gabriela Arguedas Ramírez, “Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica”, *Revista Solar de Filosofía Latinoamericana*, vol. 12, año 12, p. 71.

Por ello, una política pública efectiva para combatir la violencia obstétrica debe superar la aspiración de un acceso universal a los servicios de salud y llegar al aseguramiento de la universalidad de la calidad en el servicio, desde una perspectiva interseccional. Evitar toda muerte materna no implica una autorización para el trato deshumanizado y violento. Una adecuada gestión institucional del embarazo, parto y posparto deben partir del “reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, con la finalidad de mejorar la atención en pre-parto, parto y posparto de las mujeres y los recién nacidos, adaptando los servicios a las necesidades individuales, costumbres y tradiciones culturales de la población”.¹⁸

III. LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Costa Rica tiene índices de salud comparables con los de países desarrollados.¹⁹ La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), fundada en 1941, es la entidad responsable de garantizar el derecho humano y constitucional de la salud mediante un sistema solidario tripartito en el cual tanto el Estado como los patronos y los trabajadores aportan recursos al seguro social.²⁰

Este esquema contributivo ha permitido obtener logros importantes en salud como la universalización del seguro social (a partir de 1961), una tasa bruta de mortalidad de 3.8 muertes por cada mil habitantes, una esperanza de vida al nacer de 78.3 años²¹ la

¹⁸ Belli, *op. cit.*, 2013, p. 28.

¹⁹ Ministerio de Salud, *Análisis de situación de salud*, Costa Rica, 2014.

²⁰ Rocío Sáenz *et al.*, “Sistema de Salud de Costa Rica”, *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, 2011.

²¹ Organización Panamericana de la Salud, “Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica”, 2009.

creación de un sistema de atención clínica basado en atención primaria a través de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), luego un segundo nivel compuesto por clínicas, hospitales periféricos y hospitales regionales, y un tercer nivel de atención que brinda un servicio especializado de alta complejidad y tecnologización.²²

Aun así, persisten retos en materia de salud pública como la calidad y accesibilidad de los servicios, que no es equitativa, pues existen zonas donde la atención es deficiente.

Para brindar una atención de la salud materna, el Estado costarricense ha realizado numerosos esfuerzos. Destaca entre ellos la creación de la primera casa de maternidad en 1890 por parte de Adolfo Carit; a partir de 1922, a este centro se le denomina “Maternidad Carit”.²³ En 1937 se creó la consulta prenatal atendida por enfermeras obstétricas. Con la creación de la CCSS en 1941, se creó también, aunque de manera limitada, el seguro de enfermedad y maternidad, pero el principal crecimiento de la atención se dio a partir de la segunda mitad del siglo XX, con la apertura de servicios neonatales en el Hospital San Juan de Dios en 1952, el aumento de camas de obstetricia en el Hospital México en 1969, la primera Unidad de Medicina Materno-fetal en el Hospital Max Peralta en 1980, la Unidad de Medicina Materno-fetal en el Hospital Calderón Guardia en 1985 y la creación del posgrado en Medicina Materno-fetal en 1994.²⁴

En 1998, la preocupación en la CCSS por la mortalidad materno-infantil impulsó la organización de un Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil (SINAMI) y en 1999 inicia funciones el Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna (SNEM), el cual se encarga de la caracterización, seguimiento

²² Sáenz *et al.*, *op. cit.*, 2011.

²³ OPS, 2003 citado en A. Morice *et al.*, *Buenas prácticas de maternidad segura*, San José, Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2011.

²⁴ *Ibid.*

y evaluación de la atención de la salud materna. “Para finales de siglo, la preocupación a nivel internacional por la salud materna e infantil, evidenciada en la declaración conjunta ‘Por una Maternidad Segura’ en 1999 por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial y las Metas del Milenio, determina las acciones que a nivel nacional se generan”.²⁵

Después del cambio del siglo, el país firmó varios compromisos internacionales sobre salud materna y promovió varios planes y estrategias para la consecución de esos compromisos:

De esta manera es que actualmente, el sistema de atención en salud costarricense cuenta en el primer nivel con aproximadamente 992 EBAIS, 113 clínicas tipo I y II con las cuatro especialidades básicas; en el segundo nivel con 7 hospitales regionales, 13 periféricos, 38 clínicas tipo 3 y 4, con subespecialidades; y en el tercer nivel con 3 hospitales nacionales generales y 6 hospitales nacionales especializados.²⁶

En la actualidad, según datos de la CCSS, “se cuenta con 24 maternidades ubicadas en hospitales y tres maternidades en Centros Integrales de Atención en Salud para un total de 27 maternidades en todo el país”.²⁷ Esta cobertura implica que, para 2014, ya se ofreciera control en el primer nivel de atención a un 91% de las mujeres en el embarazo y 78% en el posparto. Este control es parte de los derechos de las mujeres gestantes en Costa Rica que, como se dijo previamente, están amparados tanto en normativas internacionales como nacionales. Por ejemplo, el artículo 12 de la Ley General de Salud expresa: “Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico

²⁵ Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, 2006-2015, citado en Morice *et al.*, 2011, p. 13.

²⁶ *Ibid.*, p. 15.

²⁷ Caja Costarricense del Seguro Social, *Acciones para la mejora continua en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y postparto*, 2016, p. 9.

durante su embarazo, a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el periodo de lactancia”.²⁸

Además del marco legal, existen políticas y normativas que pretenden regular la prestación del servicio, como por ejemplo la *Norma Oficial de Atención Integral a las Mujeres Embarazadas de Bajo Riesgo Obstétrico*, la *Política Nacional de Salud*, la *Política Nacional de Sexualidad* o la *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto* (en adelante *Guía*). Estas normativas y políticas exigen un compromiso máximo no sólo con la cobertura, sino también con la calidad, universalidad y accesibilidad de los servicios por parte de los prestatarios de la salud.

A pesar del crecimiento en la cobertura, de la baja tasa de mortalidad materna, de la alta cantidad de partos institucionales y otros logros sociales, no existe en el país una ley o política específica para la atención del embarazo, parto y posparto. Aunado a esto, algunas de las normativas existentes —por ejemplo, la *Guía*— no se cumplen a cabalidad o se cumplen sin rigurosidad o vigilancia institucional, como se comprobará más adelante. La falta de normativa ha sido señalada por organismos internacionales como el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará (MESCVI), que señala lo siguiente respecto a Costa Rica:

No existe un marco jurídico para la protección de los derechos sexuales y reproductivos; [...] por tanto, no existe regulación sobre malas praxis que impiden a las mujeres la atención adecuada de su salud sexual y reproductiva, despenalización del aborto por violación, la penalización de la violencia obstétrica y de la esterilización forzada, así como de la inseminación artificial no consentida.²⁹

²⁸ Asamblea Legislativa, *Ley General de Salud*, 1974.

²⁹ Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará, Primera Conferencia Extraordinaria de los Estados Parte de la Convención de Belém do

La falta de rigurosidad normativa e institucional ha sido señalada también por organismos nacionales, como el Instituto Nacional de las Mujeres, los cuales señalan que esos desaciertos han provocado:

Nudos críticos que obstaculizan el derecho de las mujeres para acceder, sin discriminación alguna, a servicios de información y atención que, de manera oportuna, inclusiva, accesible, moderna y basada en evidencia científica, les permitan tomar decisiones libres e informadas en el ejercicio de su salud reproductiva (SR). Algunas de las principales debilidades que han sido identificadas en esta materia son:

- Una atención a la SR que no contempla las especificidades de la población y que no cuenta con instrumentos diferenciados que den respuesta.
- Mujeres como objetos pasivos de la atención de la SR en general y de la atención del parto en particular [...].
- Ausencia de promoción del derecho a un embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria.
- Ausencia de corresponsabilidad en el proceso de gestación, parto, paternidad y cuidado.
- Ausencia de un enfoque integral para la atención integral en salud reproductiva orientada a la atención prenatal, parto, postparto, postaborto, climaterio, y menopausia [...].
- Falta de normativa institucional, procedimientos y protocolos que garanticen el ejercicio de la maternidad y paternidad a las personas con discapacidad.³⁰

Pará. Costa Rica, Informe de implementación de las Recomendaciones del CEVI. Segunda Ronda, México, 2014, p. 4.

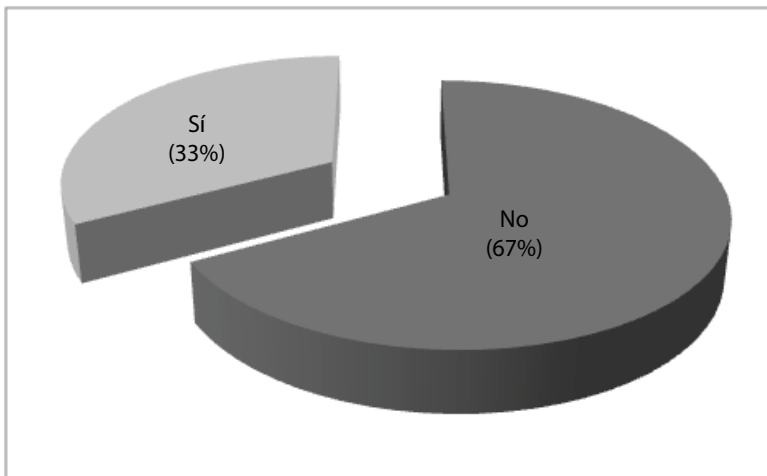
³⁰ Instituto Nacional de las Mujeres, *Segundo estado de los derechos de las mujeres en Costa Rica*, San José, Instituto Nacional de las Mujeres, 2015.

IV. POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COSTA RICA

Con base en el análisis de los documentos institucionales relacionados con la atención de la salud materna, se puede afirmar que en Costa Rica aún no se ha tomado la decisión política de enfrentar este problema. Se está en una etapa inicial de construcción de la agenda político-institucional sobre el tema. Sin embargo, ya que en otros países de América Latina este proceso empezó hace más de diez años y que Costa Rica figura como un país altamente desarrollado en temas de salud, resulta evidente que esa construcción de política pública sobre la violencia obstétrica ha llegado tarde.

La construcción de la base de datos en Excel permite determinar las siguientes características de los documentos analizados. Los documentos que mencionan o utilizan el término “violencia obstétrica” están distribuidos de la siguiente manera:

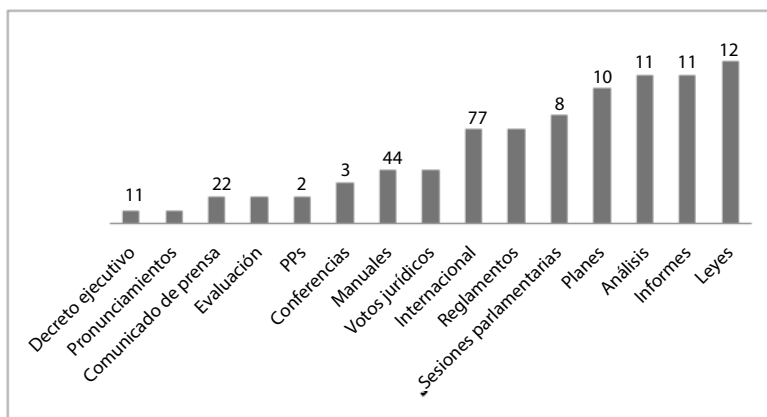
Gráfica 1. Uso del término “violencia obstétrica”



Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

Lo anterior quiere decir que la gran mayoría de documentos de política pública relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres no menciona el término en su contenido, invisibilizando así la problemática. En cuanto al tipo de documentos analizados, los mismos corresponden a:

Gráfica 2. Tipo de documento



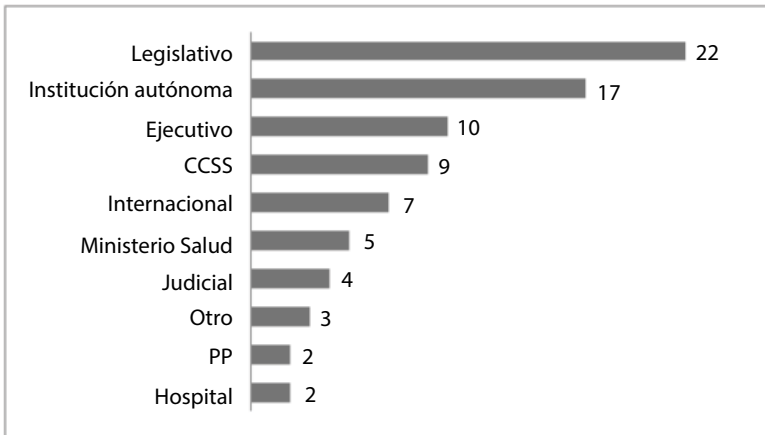
Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

Este gráfico expresa que, de los documentos analizados, la mayoría corresponde a leyes o proyectos de ley, informes, escritos analíticos o sesiones parlamentarias, lo cual evidencia una fuerte presencia de documentos legislativos y poca presencia de documentos del Poder Ejecutivo. La presencia de este poder no se visibiliza a través de decretos ejecutivos, sino en informes, pronunciamientos o comunicados de prensa. De esta información se desprende que el Poder Legislativo, hasta 2016, realizaba una labor combinada entre el análisis (sesiones parlamentarias) y la propuesta (leyes o

proyectos), mientras que el Poder Ejecutivo, hasta 2016, realizaba una labor de presencia pública y análisis, más que de toma de decisiones.

Lo anterior también se refleja en la autoría de los documentos. La distribución de entidades responsables de los textos es la siguiente:

Gráfica 3. Entidad responsable

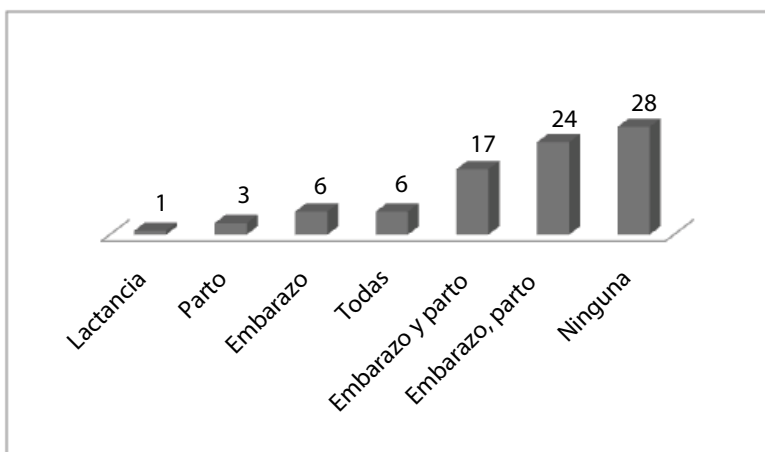


Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

Como demuestra la gráfica, la mayoría de los documentos (22) son elaborados por el Poder Legislativo. Diecisiete de ellos son elaborados por alguna de las instituciones autónomas, donde existe además poca presencia de los hospitales, los partidos políticos (PP) y el Poder Judicial. Como se dijo previamente, la comparación entre poderes (suponiendo que las políticas públicas se hacen mayoritariamente entre ellos) demuestra un interés mayor por parte de la Asamblea Legislativa, lo cual duplica lo producido por el Ejecutivo y triplica lo producido en el Judicial.

Con respecto a los contenidos de los documentos, la base de datos analizó la etapa reproductiva a la que se dirige, la fase y tipo de política pública que contienen los mismos. En cuanto a la etapa del proceso reproductivo de la cual hablan los textos, los resultados son los siguientes:

Gráfica 4. Etapa reproductiva a la que se dirige el documento

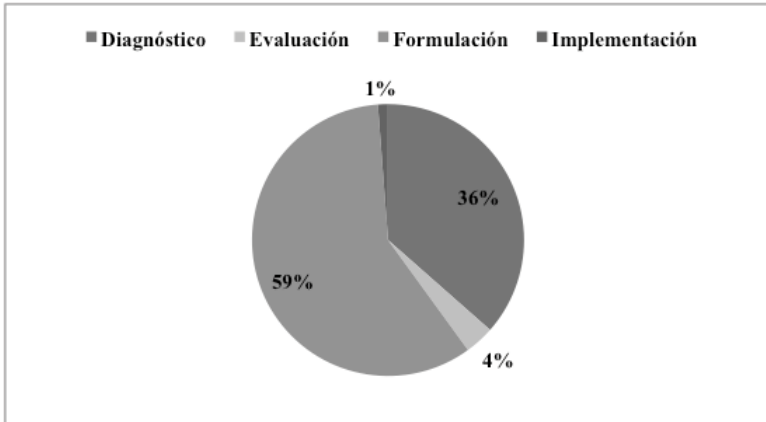


Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

Como puede verse, 28 textos no se dirigen a ninguna etapa específica, 24 se dirigen al embarazo, parto y puerperio, y 17 al embarazo y parto, todo lo cual quiere decir que en muchos textos se habla de la maternidad y la reproducción en un sentido amplio. Además, hay muchos documentos remitentes a embarazo y parto, principalmente, y se descuidan nociones más integrales del proceso reproductivo, como la lactancia o la etapa preconcepcional. Esto deja ver que los instrumentos de política sobre salud sexual y salud reproductiva en Costa Rica son altamente tradicionales.

En cuanto a la fase de las políticas según Mideplan,³¹ los documentos se distribuyen de la siguiente manera:

Gráfica 5. Fase de las políticas públicas



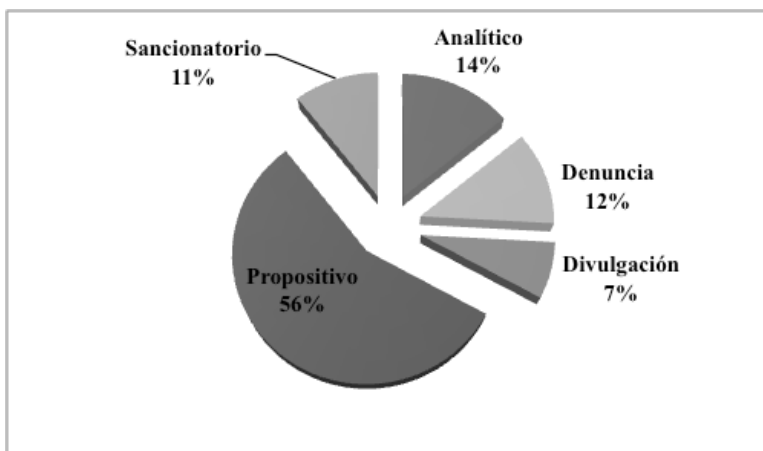
Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

La gráfica 5 muestra lo dicho previamente: Costa Rica está en un proceso de construcción de la “violencia obstétrica” como un problema de la agenda pública de salud, ya que la mayoría de documentos se refieren a la fase de formulación (con un 59%) o a la fase de diagnóstico (36%) y apenas un 5% se refiere a la implementación o evaluación de la toma de decisiones públicas. Lo anterior hace que la política pública sobre violencia obstétrica apenas esté en sus primeros pasos en 2016.

Finalmente, en cuanto al tipo de contenido al cual se refiere en la política, se obtienen los siguientes datos:

³¹ Mideplan, 2016.

Gráfica 6. Tipo de política pública



Fuente: elaboración propia con base en la recopilación presentada en la “Introducción”.

La gráfica 6 evidencia que la mayoría de los documentos es propositiva; es decir, que el interés es presentar soluciones para la problemática, pero no se concretan las propuestas en un proceso de toma de decisiones estatal. Aunque el Estado tiene la capacidad para enfrentar el problema, las propuestas no se cristalizan en leyes, decretos o reglamentos u otro tipo de normativa que se dirija a prevenir o sancionar la violencia obstétrica.

Son muy pocos los documentos que hacen referencia a posibles sanciones (sólo 11%) y de igual forma, son escasos los documentos que tienen como objetivo la divulgación pública acerca del problema (apenas el 7%). Estos datos pueden interpretarse como una muestra del poco interés combatir la impunidad de las actuaciones médicas, o de los responsables administrativos y políticos que producen hechos de violencia obstétrica. Tampoco es patente un compromiso institucional con la necesidad de divulgar y educar a

la población acerca del problema de la violencia obstétrica y de sus posibles soluciones. La denuncia pública y el impulso al debate nacional sobre la violencia obstétrica han sido tareas realizadas por las organizaciones de mujeres y por los centros de investigación universitarios, como el CIEM de la UCR.

De los documentos analizados a través de la matriz de información previamente explicada, los elementos relativos al diagnóstico de situación que es preciso destacar son: elementos administrativos e institucionales, elementos legales, elementos financieros y recursivos, elementos estratégicos, elementos ideológicos y elementos técnicos médicos.

Sobre los elementos administrativos e institucionales, el diagnóstico arroja que, a pesar de los números favorables de Costa Rica respecto de otros países del istmo centroamericano en cuanto a la salud materno-infantil, existen evidentes deficiencias en la atención del embarazo y el parto. Existe poca intervención de instituciones rectoras como el Ministerio de Salud, a pesar de que los tomadores de decisiones dentro de la institución conocen la existencia y la gravedad de la violencia obstétrica, tal y como lo evidencia un comunicado de prensa de la Presidencia de la República titulado *CCSS procura erradicar violencia obstétrica y negligencia médica*.³²

La Defensoría de los Habitantes ha indicado, con base en las denuncias que ha recibido³³, que:

³² Presidencia de la República, *CCSS procura erradicar violencia obstétrica y negligencia médica*, 2015.

³³ La Defensoría ha recibido “denuncias y comentarios vía telefónica, correo electrónico y redes sociales provenientes de mujeres que indican haber sido víctimas de violencia obstétrica durante el parto, razón por la cual la institución continuará brindado seguimiento a las situaciones evidenciadas y que ‘erróneamente’ han sido consideradas como normales y que son olvidadas una vez que la madre recibe en brazos a su bebé”. Defensoría de los Habitantes, *Informe anual de labores, 2014-2015*, 2015, p. 148.

La práctica de cesáreas existiendo condiciones para el parto vaginal; así como la violación del derecho que les asiste a las mujeres embarazadas a estar acompañadas, antes, durante y después del parto. Constituye también la no disposición de equipamiento, personal médico y de enfermería o cualquier elemento que pongan en riesgo la vida y la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas.³⁴

Con base en los informes, investigaciones previas y denuncias presentadas por las mujeres víctimas, es obvia la necesidad de construir una política pública en salud materna que responda coherentemente a los compromisos internacionales, los derechos humanos y los derechos constitucionales de las mujeres. El *Informe Investigación sobre la violencia obstétrica que sufren las mujeres en los hospitales de nuestro país* asevera que es evidente “la inexistencia en Costa Rica de una política pública para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica [y que] ni el personal de los centros médicos públicos, ni los estudiantes de ciencias de la salud reciben capacitación en Derechos Humanos (DH) con perspectiva de género”.³⁵

Como se dijo previamente, en efecto, en el país no existe una política pública específica para atender la violencia obstétrica, ni ley o reglamento que lo haga. La única jurisprudencia existente hasta el momento proviene de la Sentencia 03354-2015 de la Sala Constitucional, la cual establece que:

La Sala reconoce, como parte del Derecho de la Constitución, lo que modernamente se ha denominado el derecho contra la ‘violencia obstétrica’ como una forma de violencia de género y, en general, de violación a los derechos humanos. Como se ha señalado, aunque el concepto de violencia obstétrica es muy reciente, este hace referencia

³⁴ Defensoría de los Habitantes, *La violencia obstétrica en Costa Rica*, 2014, p. 9.

³⁵ Asamblea Legislativa, *Investigación sobre la violencia obstétrica que sufren las mujeres en nuestro país*, 2016, pp. 19-20.

a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y postparto.³⁶

Sobre los elementos administrativos-institucionales, los documentos apuntan a la necesidad de un mayor y mejor uso de la *Guía*, de la aplicación de sanciones por incumplimiento, de una mejor coordinación entre hospitales, mejoras en el equipamiento médico, adecuación de la infraestructura para que permita el acompañamiento y privacidad en todos los procesos de atención sanitaria del embarazo y del parto. A su vez, es necesaria una efectiva atención de las quejas recibidas por las Contralorías de Servicios de la CCSS y que, cuando sea necesario, se utilicen los mecanismos del Centro para la Instrucción del Procedimiento Disciplinario (CIPA) de la CCSS para sancionar a quienes incurran en faltas³⁷ o, en su defecto, que se mejoren los mecanismos para elevar a nivel judicial las denuncias que la institución no sea capaz de resolver o que por su gravedad requieran acciones penales.

Frente a estas falencias denunciadas por esas y otras instituciones, la CCSS reacciona con el documento *Acciones para la mejora continua en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto* (en adelante *Acciones*). En ese documento se exponen las labores que la institución está poniendo en marcha para mejorar la calidad de la atención y se destaca la producción de campañas de sensibilización y divulgación de los derechos de las usuarias de los servicios, la constitución de una comisión de alto nivel que analizó la situación de todas las maternidades del país, la creación de un nuevo documento titulado *Instrumento de lista de verificación para la atención calificada de la labor de parto y el posparto inmediato*, la disposi-

³⁶ Sala Constitucional de la Suprema Corte de Justicia, *Sentencia 03354*, 2015.

³⁷ Defensoría de los Habitantes, *op. cit.*, 2015.

ción de distintos lineamientos técnicos de atención, y la actualización de formularios institucionales de rigor. También se menciona la construcción de Centros de Atención Integral en Salud (CAIS) en Desamparados y Siquirres, el nombramiento de una Comisión para la Atención Calificada del Parto, así como lo que ha sido llamado en el documento como *Innovaciones creativas de las maternidades y del equipo*, que hacen referencia a “modelos de atención humanizada en sala de labor y parto, clínicas de lactancia materna y desarrollo, sillas de partos y esferas, *Proyecto Ángeles: padres y madres, duelo perinatal*, acompañamiento continuo, paleta de hielo para la mujer en labor de parto”.³⁸

Sobre los elementos legales, ya se mencionó la necesidad de elaborar políticas públicas rigurosas que permitan controlar la calidad de la atención en el embarazo y parto y que cumplan con las observaciones de los organismos internacionales; la exigencia de cumplimiento obligatorio de la *Guía*, con la implementación de las correspondientes sanciones. Al respecto, es pertinente traer a colación las declaraciones de la diputada del periodo 2014-2018 Maureen Clarke, quien dijo: “Pese a la existencia de una guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto que data de 2008, siete años después esa guía pareciera letra muerta”.³⁹ De igual forma, es indispensable: “elaborar reglamentos que impongan sanciones a los funcionarios y funcionarias de salud que incurran en este tipo de violencia”,⁴⁰ y “acreditar todos sus servicios de salud e instaurar una política continua de evaluación de resultados e implementación de procesos de mejoramiento de la calidad”.⁴¹

³⁸ CCSS, *op. cit.*, 2016, p. 31.

³⁹ Asamblea Legislativa, *Acta de la sesión plenaria ordinaria núm. 38*, 2015a, pp. 16-17.

⁴⁰ M. Solano, “Violencia obstétrica”, Conferencia ante la Asamblea Legislativa, 2015, p. 7.

⁴¹ Academia Nacional de Medicina, 2015, p. 143.

La CCSS asegura que se elaboró un proceso de actualización de la *Guía* y nuevas normativas como el *Manual de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus Familias*, el *Lineamiento GM-S-7761-15*, dirigido a los Directores de los Hospitales, Maternidades, Clínicas Mayores y Centros de Atención Integral en Salud en atención a las recomendaciones de la Defensoría de los Habitantes, entre otros.⁴² Sin embargo, no está disponible de manera pública ningún documento que rinda cuentas sobre la evaluación interna que da como resultado esa actualización y esas nuevas medidas.

En el plano jurídico, la respuesta de algunos sectores ha sido presentar un proyecto de ley para tipificar la violencia obstétrica como una contravención: *Proyecto de Ley 19537 Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica*. Este constituye un elemento importante al ser el primer intento de sancionar esta forma de violencia, pero es insuficiente, pues, como lo asegura la diputada del periodo 2014-2018 Patricia Mora, el mismo

puede ser omiso, [...] hay que puntualizar más, qué se entiende por violencia obstétrica, en qué casos puntuales se está ante un caso de violencia obstétrica y, también, por eso las mociones que presentamos, también la necesidad de que se especifiquen más, cuáles son los derechos que las mujeres tenemos y que podemos reclamar, y que de no concedérsenos, se estaría ante un caso de violencia obstétrica.⁴³

Con respecto a los elementos financieros encontramos muy poca información. Este dato indica que no se está cerca de la ejecución de las propuestas y compromisos, pues una planificación de los recursos es condición necesaria de la implementación. En los documentos se habla de una dotación de equipamiento, necesida-

⁴² CCSS, *op. cit.*, 2016.

⁴³ Asamblea Legislativa, Acta sesión ordinaria núm. 10, Comisión Permanente de Asuntos Sociales, 2015b, p. 70.

des infraestructurales y de contratación, pero no se menciona el origen de los recursos que financiarán esos requerimientos.

El siguiente de los aspectos estudiados es la planificación estratégica, que conlleva la elaboración de una política pública. Las pocas menciones se relacionan con la necesidad de articular el trabajo interinstitucional, la construcción de mesas de diálogo y la continuación del trabajo para la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil,⁴⁴ pero no detallan cómo realizarán esas tareas ni hacen explícita la violencia obstétrica como un problema prioritario cuya solución que debe incluirse dentro de esas funciones.

Los elementos ideológicos muestran el marco desde el cual construyen los discursos institucionales sobre la violencia obstétrica. Encontramos tres tipos de documentos:

- Aquellos que incluyen un enfoque de género, que demuestran partir de una mirada crítica de las formas de poder que se ejercen en la atención médica y que manifiestan la necesidad de acabar con esta forma de violencia. Estos documentos utilizan el término de manera directa y fueron elaborados principalmente por la Defensoría de los Habitantes, el Inamu y la Comisión Permanente Especial de la Mujer de la Asamblea Legislativa.
- Un segundo grupo de documentos que, aunque afirma la existencia de la violencia obstétrica, utiliza un enfoque de humanización, calidez y calidad de la atención integral, en lugar de un enfoque de derechos humanos. Estos documentos fueron elaborados principalmente por la CCSS.
- El tercer grupo de textos es más pragmático. Sí se utiliza el término violencia obstétrica, pero no se especifica una visión ideológica determinada para encuadrar este problema.

⁴⁴ Ministerio de Salud, *Memoria institucional*, 2015.

Estos documentos provienen de la Academia Nacional de Medicina, el Ministerio de Salud o el Poder Judicial.

A modo de ejemplo, se presentan algunas citas que ilustran los tres tipos de documentos. El primer tipo se ejemplifica con el Informe de la Comisión Permanente Especial de la Mujer de la Asamblea Legislativa 2014-2018, cuando en sus recomendaciones para la CCSS asegura que

se mantienen algunas de las debilidades indicadas y se considera que las acciones de la CCSS, se enfocan únicamente en atender las necesidades que afectan la vida de la mujer en el estado de embarazo y el parto, reforzando los estereotipos sociales ideológicamente preconcebidos, olvidando la integralidad y particularidad de las condiciones verdaderas y reales que afectan la salud de las mujeres.⁴⁵

Sobre el segundo tipo, la CCSS describe en *Acciones* que sus tareas sobre el tema son la

atención de calidez [sic], calidad y sobre el reconocimiento y legitimación de la dignidad humana, el empoderamiento, la cobertura universal, un enfoque de salud integral, dentro de un continuo, la gobernanza, la cual se constituye en una herramienta para la construcción de alianzas, el reconocimiento de la interculturalidad y sobre todo de un desarrollo humano sostenible y solidario.⁴⁶

En cuanto al tercer tipo, el pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina menciona:

⁴⁵ Asamblea Legislativa, *op. cit.*, 2016, p. 25.

⁴⁶ CCSS, 2016, p. 3.

El trabajo médico debe enfocarse en brindar una atención profesional, salvaguardando los derechos de los pacientes en cuanto a su privacidad, intimidad, confidencialidad, atención pronta, oportuna y eficaz. Los proveedores de salud no pueden obviar este principio por difícil que sea lograrlo, ya que es bien sabido que hay muchos actores involucrados.⁴⁷

Lo cierto es que, independientemente del enfoque ideológico, no hay una coincidencia real entre lo dicho y lo hecho. Prueba de lo anterior son las denuncias recibidas por los organismos anteriormente mencionados, pues reflejan que la violencia obstétrica no es sólo un problema de gestión institucional, sino también del paradigma con el que se entiende tanto a los cuerpos de las mujeres como sus derechos y su relación con el poder.

Finalmente, sobre los elementos técnicos médicos, hay una fuerte preponderancia hacia el tema del trato humanitario profesional-paciente, suponiendo que es de fundamental importancia la calidez en el alumbramiento, como lo afirma la CCSS.⁴⁸ Justamente en ese sentido es que la institución propone, en *Acciones*, procesos de capacitación al personal sanitario que le permita sensibilizarse sobre la atención integral de las mujeres embarazadas. Estos procesos incluyen cursos, talleres, cursos virtuales e incluso la puesta en práctica de una

actividad de la sensibilización de los funcionarios hacia las mujeres gestantes mediante el uso de “pancitas”, que son salveques con un peso de 2.5 Kg que los participantes deben utilizar durante los días que dure el taller, con el fin de obtener una retroalimentación de la

⁴⁷ Academia Nacional de Medicina, “Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica”, *Acta Médica Costarricense*, 2015, p. 143.

⁴⁸ Presidencia de la República, *CCSS procura erradicar violencia obstétrica y negligencia médica*, 2015.

experiencia. Estas “pancitas” han sido financiadas por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y, debido a la exitosa práctica, se tratará de replicarla en las capacitaciones a maternidades.⁴⁹

Sin duda, aunque estas acciones de la CCSS son importantes, no son suficientes, pues a pesar de que las metodologías sean múltiples y pretendan ser novedosas, lo importante no es la forma, sino el contenido. Mientras el poder obstétrico como tal no sea el tema central del proceso de capacitación y mientras no se discuta la medicalización, la patologización del embarazo y del parto, las manifestaciones de la violencia obstétrica y las responsabilidades del personal sanitario en ella, así como las eventuales sanciones que puedan darse ante el incumplimiento de normativas, los procesos de capacitación serán infructuosos en cuanto al problema que se suscita con mucha frecuencia en todos los centros médicos del país.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COSTA RICA

La violencia obstétrica existe en Costa Rica y tiene manifestaciones que coinciden en su definición: expresiones médicas, institucionales, sociales con repercusiones físicas, emocionales y sociales que violentan múltiples derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y sus familias. Existe un interés manifiesto por parte de ciertos actores políticos, lo cual se evidencia en la propuesta de un proyecto de ley, las investigaciones de la Comisión Permanente Especial de la Mujer de la Asamblea Legislativa, el Congreso orga-

⁴⁹ Caja Costarricense del Seguro Social, *Acciones para la mejora continua en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto*, San José, Caja Costarricense del Seguro Social, 2016, p. 30.

nizado por la diputada del periodo 2014-2018 Nidia Jiménez, del Partido Acción Ciudadana, el trabajo realizado por la Defensoría de los Habitantes, el aprovechamiento del control político para la denuncia del tema por parte de varias fracciones legislativas del periodo 2014-2018 y otras acciones.

No obstante, al mismo tiempo, existe reticencia de los sectores médicos y sus jerarquías en reconocer que el problema existe y cuáles son sus responsabilidades al respecto. Lo anterior se demuestra en la negativa a llamar la violencia por su nombre, decir que es excepcional o percibida por las usuarias e insistir en sólo hablar del parto humanizado. Pese al punto anterior, existen profesionales de la salud que reconocen el problema, lo reflexionan y pretenden incidir en el cambio de mentalidad de los profesionales, tal y como lo refleja la participación de las investigadoras en procesos formativos de distintos grupos profesionales del área médica.

Los profesionales frecuentemente se suman a los procesos formativos; son motivados por sus propias experiencias en el ámbito hospitalario, las experiencias que han tenido en sus propios embarazos y partos o por la movilización social de los grupos de mujeres. Por eso, es relevante considerar lo fundamental de la participación, aportación, denuncia y lucha de las organizaciones de mujeres que, con su empoderamiento, lograron visibilizar el tema públicamente y tener incidencia en él.

Frente a estas conclusiones, se recomienda lo siguiente para elaborar una política pública que comprenda y combata la violencia obstétrica desde sus raíces ideológico-políticas hasta la gestión institucional: el concepto de violencia obstétrica debe ser incorporado a la legislación del país, más allá de la jurisprudencia de la Sala Constitucional. Ello implica construir una política de Estado (una legislación, por ejemplo) y no una política pública, con el fin de evitar que el asunto pierda importancia frente a cambios ideológicos o políticos de los gobiernos.

La política propuesta debería incluir no sólo la definición del problema y las formas de evitarlo, sino también una reflexión sobre las estructuras de poder en el área médica, la ética profesional médica, el papel de las jerarquías médicas y políticas ante el problema. Debe incluir también la construcción de sanciones institucionales, administrativas e incluso penales antes un incumplimiento, tal y como se ha hecho en países como Venezuela y Argentina y en algunos estados de México. La política debería exigir procesos de formación —no sólo capacitación— tanto al personal como a las jerarquías políticas y a las mujeres. Deben trabajar el tema del poder obstétrico, la violencia obstétrica y sus expresiones, los derechos humanos, los derechos sexuales y derechos reproductivos, el género y los distintos protocolos existentes. La política debe exigir también que estos temas se incorporen al currículum formativo de todas las carreras de salud tanto en universidades públicas como privadas, así como en pregrado y posgrado.

También debe establecer mecanismos de cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, la CEDAW, la Convención y Recomendaciones de Belém do Pará, y otros compromisos internacionales que Costa Rica ha firmado. A su vez, debe determinar protocolos de financiamiento para darle contenido presupuestario a la política, de manera tal que se puedan sustentar las falencias infraestructurales, de equipamiento, contratación de personal, formativas y otras. Finalmente, la política debe dejar clara la responsabilidad en torno a la violencia obstétrica de sus instituciones, principalmente de la CCSS y el Ministerio de Salud, y el tratamiento del problema desde las políticas de género o penales (definir, por ejemplo, el papel concreto del INAMU, otros ministerios o la Fiscalía), así como determinar los mecanismos de trabajo interinstitucional necesario para erradicar esta forma de violencia contra las mujeres.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina, “Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica”, *Acta Médica Costarricense*, vol. 57, núm. 3, San José, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, julio-septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n3/art08v57n3.pdf>
- Aguirre, A. *et al.*, “La atención del parto: poder, derechos, violencia”, en *Revista Salud Quintana Roo*, año 6, núm. 25, julio-septiembre de 2013. Disponible en <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>
- Arguedas Ramírez, Gabriela, “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, enero-junio de 2014. Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
- _____, “Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica”, *Revista Solar de Filosofía Latinoamericana*, vol. 12, año 12, 2016. Disponible en <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/75204?show=full>
- Asamblea Legislativa, República de Costa Rica, *Ley General de Salud*, 1974. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC
- _____, *Acta de la Sesión Plenaria Ordinaria núm. 38*, miércoles 8 de julio de 2015a. Disponible en <http://www.asamblea.go.cr/glcp/Actas/2015-2016-PLENARIO-SESI%C3%93N-38.pdf>
- _____, *Acta Sesión Ordinaria núm. 10*, martes 28 de julio de 2015b. Comisión Permanente de Asunto Sociales. Disponible en <http://www.asamblea.go.cr/glcp/SitePages/ConsultaActas-Comisiones.aspx>

- _____, *Investigación sobre la violencia obstétrica que sufren las mujeres en los hospitales de nuestro país. Informe Preliminar de la Comisión Permanente Especial de la Mujer*, 2016. Disponible en http://www.asamblea.go.cr/sil_access/ver_dictamen.aspx?Id_Dictamen=13916
- Belli, L., “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética, Unesco*, año 4, 1(7), enero-junio de 2013, pp. 25-34. Disponible en http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Caja Costarricense del Seguro Social, *Hospitales de Costa Rica*, núm. 4, 1975, pp. 11-12. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art8.pdf>.
- _____, *Acciones para la mejora continua en la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Posparto*, San José, Caja Costarricense de Seguro Social, 2016.
- Defensoría de los Habitantes, “La violencia obstétrica en Costa Rica”, *Revista Humanas*. Edición 3, segundo semestre 2014. Disponible en http://webmail.dhr.go.cr/biblioteca/documentos_interes/Revista%20Humanas%20Edicion%20No%203.pdf
- _____, *Informe Anual de Labores 2014-2015*, 2015. Disponible en http://www.dhr.go.cr/la_defensoria/informes/labores/12._if2014_15.html#page/1
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Mortalidad materna y su evolución reciente 2014*, vol. 2, año 1, 2015. Disponible en <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/mortalidad/publicaciones/mmerd14.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres, *Segundo Estado de los derechos de las mujeres en Costa Rica*, San José, Instituto Nacional de las Mujeres, 2015. Colección Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica, núm. 6. Disponible en <http://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340>

Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará, Mesecvi, *Primera Conferencia Extraordinaria de los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará. Costa Rica Informe de Implementación de las Recomendaciones del Cevi. Segunda Ronda*. 23 y 24 octubre de 2014. Ciudad de México. Disponible en <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-I-CE-doc.21.esp.Informe%20Costa%20Rica.pdf>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, “Costa Rica: objetivos de desarrollo del milenio, II Informe País 2010”, San José, Naciones Unidas, 2010. Disponible en http://www.cr.undp.org/content/dam/costa_rica/docs/undp_cr_odm_2010.pdf

_____, Área de Análisis del Desarrollo, *Guía para la elaboración de políticas públicas*, San José, MIDEPLAN, 2016. Disponible en http://www.minae.go.cr/recursos/2016/pdf/Guia_de_Elaboracion_de_Politiclas_Publicas-MIDEPLAN-Final.pdf

Ministerio de Salud, *Análisis de situación de salud*, Costa Rica, 2014. Disponible en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

_____, *Memoria institucional 2014*, San José, Ministerio de Salud, 2015, Disponible en <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/memorias/2725-memoria-institucional-2014/file>

Morice, A. *et al.*, *Buenas prácticas de maternidad segura*, San José, Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2012.

Organización Mundial de la Salud, *La salud y los objetivos de desarrollo del milenio*, 2005. Disponible en http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf

_____, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, 2014. Disponible en:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud, “Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica”, 2009. Disponible en http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=87-perfil-de-situacion-de-salud-de-costa-rica-setiembre-2010&Itemid=222&lang=en
- Presidencia de la República, *CCSS procura erradicar violencia obstétrica y negligencia médica*, 2015. Disponible en <http://presidencia.go.cr/comunicados/2015/03/ccss-mejorara-atencion-de-embarazos-y-partos-con-mayor-calidez/>
- Sáenz, R. *et al.*, “Sistema de Salud de Costa Rica”, *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, 2011. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, *Sentencia: 03354 Expediente: 15-001331-0007-CO*. Disponible en http://jurisprudencia.poder-judicial.go.cr/SCIJ_PJ/busqueda/jurisprudencia/jur_Documento.aspx?param1=Ficha_Sentencia¶m2=1&nValor1=1&nValor2=640646&tem1=Violencia%20de%20g%C3%A9nero&strTipM=T&lResultado=1&strTem=ReTem
- Solano, M., *Violencia obstétrica*, conferencia ante la Asamblea Legislativa, 13 de agosto de 2015. Disponible en <http://www.dhr.go.cr/prensa/discursos/0.992.Discurso%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
- Solís, Mónica, “Género y salud: equidad de género en la calidad de atención durante el embarazo y parto en hospitales públicos y centros privados de la Ciudad de Buenos Aires”, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos

Aires, 2013. Disponible en <http://www.aacademica.com/000-054/307.pdf>

Villanueva-Egan, L. A., “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010. Disponible en <http://bit.ly/hF16fY>