

# **UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA SEDE HEREDIA**

**FACULTAD DE DERECHO**

**Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho**

**Título:**

**Consecuencias provocadas por la ausencia de un tipo especial penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica.**

**Autores:**

**Fabiola Arguedas Arce**

**Michael Alfaro Azofeifa**

**Abril, 2023**

# CARTA DEL TUTOR

## CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

09 de mayo del 2023.

### Destinatario

Carrera: Derecho

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

Los estudiantes, FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE, cédula de identidad 402230593, y MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA, cédula de identidad 401970559, me han presentado para efectos de aprobación y revisión, el trabajo de investigación denominado *"Consecuencias provocadas por la ausencia de un tipo especial penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica"*, el cual han elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Derecho.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas sobre el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

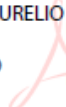
De los resultados obtenidos por los postulantes, se obtiene la siguiente calificación:

|    |  |      |
|----|--|------|
| A. | Original del tema  | 10%  |
| B. | Cumplimiento de entrega de avances   | 20%  |
| C. | Coherencia entre objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación. | 30%  |
| D. | Relevancia de las conclusiones y recomendaciones.  | 20%  |
| E. | Calidad, detalle del marco teórico   | 20%  |
|    | Total  | 100% |

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)



Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2023.05.09 10:24:58 -06'00'

**Marco Mairena Navarro**  
**Profesor Derecho Penal y Procesal Penal**

# CARTA DEL LECTOR



San José, 1 de agosto 2023-

**Señores**

**Departamento de Servicios Estudiantiles**

**Presente.**

**Estimados señores.**

Quien suscribe, **Licenciado FRANCISCO FONSECA RAMOS**, en mi condición de **LECTOR** de la tesis de grado, para optar a la nomenclatura de Licenciada en Derecho de los egresados **Fabiola Arguedas Arce y Michael Alfaro Azofeifa** y titulada **Consecuencias provocadas por la ausencia de un tipo especial penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica.**, respetuosamente comunico que doy por aprobada la misma, con el fin de que se continúen con los trámites académicos y administrativos respectivos.

**Saludes cordiales.**

JOSE FRANCISCO  
FONSECA RAMOS  
(FIRMA)

Firmado digitalmente por JOSE  
FRANCISCO FONSECA RAMOS  
(FIRMA)  
Fecha: 2023.08.01 10:12:00 -06'00'

**Lic. Francisco Fonseca Ramos.**

**Lector de Tesis.**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo Fabiola Arguedas Arce, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 402230593 egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi

trabajo de investigación titulado: consecuencias provocadas por la ausencia de un tipo especial penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica;

\_\_\_\_\_ es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 09 días del mes de 05 del año dos mil 2023.


  
Firma del estudiante  
Cédula: 402230593

DECLARACIÓN JURADA

Yo Michael Altico Azofeifa, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 4-197-559 egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Derecho, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Consecuencias legales provocadas por la ausencia de un tipo penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica

es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 19 días del mes de Abril del año dos mil veintitres.

  
 Firma del estudiante  
 Cédula: 4-197-559

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, 09/05/23

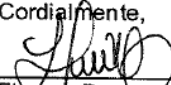
Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a), Fabiola Arquedas Arice con número de identificación 402230593 autor (a) del trabajo de graduación titulado consecuencias provocadas por la ausencia de un tipo especial penal que castigue la violencia obstétrica en Costa Rica presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar por el título de Licenciatura;  / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 402230593  
Firma y Documento de Identidad

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, \_\_\_\_\_


Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Michael Alberto Azofeifa con número de  
identificación 4-197-559 autor (a) del trabajo de graduación titulado  
Consecuencias legales provocadas por la ausencia de un  
tipo penal que castigue la Violencia Obstétrica en  
Costa Rica  
presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar por el  
título de Licenciatura en Derecho; (X /  
NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines  
académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual  
contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos  
Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

  
4-197-559  
Firma y Documento de Identidad



## BITÁCORA DE REUNIONES



|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Sede Universidad: | Heredia       |
| Fecha:            | 10/06/2022    |
| Lugar:            | Virtual-Teams |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        | x |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

#### TEMAS TRATADOS:

- Enfoque del proyecto y redirección del tema propuesto y de los objetivos.

#### ACUERDOS:

- Fecha de primer avance.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                 |            |            |
|-----------------|------------|------------|
| Próxima sesión: | Fecha:     | Hora:      |
|                 | 08/07/2022 | 19:00 hrs. |

| Expositor (a):  | Expositor (a):  | Tutor (a):  |
|---|---|---|
| Fabiola Maria Arguedas Arce   | Michael Alfaro Azofeifa   | Lic. Marco Mairena Navarro  |
| FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA) Fecha: 2022.05.05 14:22:14 -06'00'</small> | MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) Fecha: 2022.05.05 13:42:33 -06'00'</small> | MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2022.05.06 10:27:10 -06'00'</small> |



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>08/07/2022</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

**REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS**

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   | x |   |   |   |   |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

|  |
|--|
| <b>TEMAS TRATADOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de primer avance.</li> </ul> |

|   |
|---|
| <b>ACUERDOS:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar correcciones de primer avance y entrega de segundo avance.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>AVANCES:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tema propuesto y objetivos.</li> <li>• Evolución histórica de la VO.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>LIMITACIONES:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.</li> </ul> |

|                        |               |              |  |  |   |
|------------------------|---------------|--------------|--|--|---|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> | <b>Expositor (a):</b><br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b>  | <b>Expositor (a):</b><br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b>  | <b>Tutor (a):</b><br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>  |
|                        | 12/08/2022    | 19:00 hrs    | <small>Firmado digitalmente por FABIOCLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA) Fecha: 2022.08.08 14:13:19 -0500'</small> | <small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) Fecha: 2022.08.08 15:46:12 -0500'</small> | <small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2022.08.08 16:27:34 -0500'</small> |



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>12/08/2022</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   | x |   |   |   |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00 hrs              | 20:00hrs               | √                   |

|  |
|--|
| <b>TEMAS TRATADOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de primer y segundo avance.</li> </ul> |

|   |
|---|
| <b>ACUERDOS:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar correcciones de segundo avance y entrega de tercero.</li> </ul> |

|   |
|---|
| <b>AVANCES:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tema propuesto y objetivos.</li> <li>• Evolución histórica de la VO.</li> <li>• Marco Teórico</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>LIMITACIONES:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.</li> </ul> |

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 09/09/2022    | 19:00 hrs    |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Expositor (a):</b><br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b><br><small>FIRMA DIGITALMENTE POR<br/>FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE<br/>CÓDIGO: 19752-2022-08-08<br/>14:33:04 -0500'</small> | <b>Expositor (a):</b><br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b><br><small>FIRMA DIGITALMENTE POR MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA<br/>CÓDIGO: 19752-2022-08-08<br/>14:33:04 -0500'</small> | <b>Tutor (a):</b><br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b><br><small>FIRMA DIGITALMENTE POR MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO<br/>CÓDIGO: 19752-2022-08-08<br/>14:33:04 -0500'</small> |
|---|--|--|



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>09/09/2022</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   | x |   |   |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

#### TEMAS TRATADOS:

- Análisis de tercer avance.

#### ACUERDOS:

- Realizar correcciones de tercer avance y entrega de cuarto.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico .

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 07/10/2022    | 19:00 hrs    |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Expositor (a):</b><br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b>  | <b>Expositor (a):</b><br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b>  | <b>Tutor (a):</b><br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>   |
| FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE<br/>Fecha: 2022.09.09 15:43:11 -0500'</small> | MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA<br/>Fecha: 2022.09.09 15:44:11 -0500'</small> | MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO<br/>Fecha: 2022.09.09 15:44:17 -0500'</small> |



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>07/10/2022</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   | x |   |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

#### TEMAS TRATADOS:

- Análisis de cuarto avance.

#### ACUERDOS:

- Realizar correcciones de cuarto avance y entrega de quinto.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico.

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 11/11/2022    | 19:00 hrs    |

| <b>Expositor (a):</b>                        | <b>Expositor (a):</b>                         | <b>Tutor (a):</b>                                 |
|--|---|---|
| <b>Fabiola Maria Arguedas Arce</b>           | <b>Michael Alfaro Azofeifa</b>                | <b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>                 |
| FABIOLA<br>MARIA<br>ARGUEDAS<br>ARCE (FIRMA) | MICHAEL<br>JOSE ALFARO<br>AZOFEIFA<br>(FIRMA) | MARCO<br>AURELIO<br>MAIRENA<br>NAVARRO<br>(FIRMA) |



|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | Heredia       |
| <b>Fecha:</b>            | 11/11/2022    |
| <b>Lugar:</b>            | Virtual-Teams |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

|  |
|--|
| <b>TEMAS TRATADOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de quinto avance.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>ACUERDOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar correcciones de quinto avance y entrega de sexto.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>AVANCES:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tema propuesto y objetivos.</li> <li>• Evolución histórica de la VO.</li> <li>• Marco Teórico.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>LIMITACIONES:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.</li> </ul> |

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 09/12/2022    | 19:00 hrs    |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Expositor (a):</b><br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b>  | <b>Expositor (a):</b><br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b>  | <b>Tutor (a):</b><br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>   |
| FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE<br/>3708466<br/>Fecha: 2023.05.09<br/>15:43:01 -0500'</small> | MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA<br/>FIRMA<br/>Fecha: 2023.05.09<br/>15:43:01 -0500'</small> | MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO<br/>FIRMA<br/>Fecha: 2023.05.09<br/>10:28:44 -0500'</small> |



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>09/12/2022</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

#### TEMAS TRATADOS:

- Análisis de sexto avance.

#### ACUERDOS:

- Realizar correcciones de sexto avance y entrega de séptimo.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico.
- Marco metodológico.

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 13/01/2023    | 19:00 hrs    |

| <b>Expositor (a):</b>  | <b>Expositor (a):</b>  | <b>Tutor (a):</b>  |
|--|--|--|
| <b>Fabiola María Arguedas Arce</b>   | <b>Michael Alfaro Azofeifa</b>   | <b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>  |
| FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA) Fecha: 2022.12.09 14:03:14 -06'00'</small> | MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) Fecha: 2022.12.09 13:43:11 -06'00'</small> | MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) <small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2022.12.09 13:26:19 -06'00'</small> |



|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <b>Sede Universidad:</b> | <b>Heredia</b>       |
| <b>Fecha:</b>            | <b>13/01/2023</b>    |
| <b>Lugar:</b>            | <b>Virtual-Teams</b> |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   |   |   |   | x |   |    |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00hrs               | √                   |

#### TEMAS TRATADOS:

- Análisis de sétimo avance.

#### ACUERDOS:

- Realizar correcciones de sétimo avance y entrega de octavo.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico.
- Marco metodológico.

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | 10/02/2023    | 19:00 hrs    |

| <b>Expositor (a):</b>  | <b>Expositor (a):</b>  | <b>Tutor (a):</b>  |
|--|--|--|
| <b>Fabiola María Arguedas Arce</b>   | <b>Michael Alfaro Azofeifa</b>   | <b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>  |
| <small>FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br/>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br/>Fecha: 2023.05.05 14:15:24 -0500</small> | <small>MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br/>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br/>Fecha: 2023.01.13 13:48:12 -0500</small> | <small>MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br/>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br/>Fecha: 2023.05.05 13:36:52 -0500</small> |





|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Sede Universidad: | Heredia       |
| Fecha:            | 10/02/2023    |
| Lugar:            | Virtual-Teams |

### REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   |   |   |   |   | X |    |

|                 |                 |              |
|-----------------|-----------------|--------------|
| HORA DE INICIO: | HORA DE CIERRE: | PUNTUALIDAD: |
| 19:00hrs        | 20:00hrs        | √            |

#### TEMAS TRATADOS:

- Análisis de octavo avance.

#### ACUERDOS:

- Realizar correcciones de octavo avance y entrega de noveno.
- Se acordó solicitud de prórroga a la UH, en caso de ser necesario.

#### AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico.
- Marco metodológico.
- Conclusiones y recomendaciones.

#### LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                 |            |           |   |   |   |
|-----------------|------------|-----------|---|---|---|
| Próxima sesión: | Fecha:     | Hora:     | Expositor (a):<br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b>  | Expositor (a):<br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b>  | Tutor (a):<br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>   |
|                 | 31/03/2023 | 19:00 hrs | FABIOLA MARIÁ ARGUEDAS ARCE (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por FABIOLA MARIÁ ARGUEDAS ARCE (FIRMA) Fecha: 2023.03.09 14:11:02 -05'00'</small> | MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) Fecha: 2023.03.09 14:46:07 -05'00'</small> | MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA)<br><small>Firmado digitalmente por MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2023.03.09 15:04:08 -05'00'</small> |



|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Sede Universidad: | Heredia       |
| Fecha:            | 31/03/2023    |
| Lugar:            | Virtual-Teams |

## REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|        |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X  |

|                 |                 |              |
|-----------------|-----------------|--------------|
| HORA DE INICIO: | HORA DE CIERRE: | PUNTUALIDAD: |
| 19:00hrs        | 20:00hrs        | √            |

## TEMAS TRATADOS:

- Análisis de noveno avance.

## ACUERDOS:

- Realizar correcciones de noveno avance y entrega de décimo (y último).
- Solicitud de prórroga a la UH.

## AVANCES:

- Tema propuesto y objetivos.
- Evolución histórica de la VO.
- Marco Teórico.
- Marco metodológico.
- Conclusiones y recomendaciones.
- Bibliografía y estructura acorde a reglamento de UH.

## LIMITACIONES:

- Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| Próxima sesión: | Fecha:     | Hora:     |
|                 | 03/05/2023 | 19:00 hrs |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Expositor (a):</b><br><b>Fabiola María Arguedas Arce</b>                         | <b>Expositor (a):</b><br><b>Michael Alfaro Azofeifa</b>                              | <b>Tutor (a):</b><br><b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>                                |
| <small>FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE (FIRMA) Fecha: 2023.05.05 14:16:10 -0600</small> | <small>MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA (FIRMA) Fecha: 2023.05.05 14:16:10 -0600</small> | <small>MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO (FIRMA) Fecha: 2023.05.05 13:05:28 -0600</small> |



|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Sede Universidad: | Heredia       |
| Fecha:            | 03/05/2023    |
| Lugar:            | Virtual-Teams |

**REGISTRO DE TUTORIAS PARA TESIS**

| Sesión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
|        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | x  |

|                        |                        |                     |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>HORA DE INICIO:</b> | <b>HORA DE CIERRE:</b> | <b>PUNTUALIDAD:</b> |
| 19:00hrs               | 20:00 hrs              | √                   |

|   |
|---|
| <b>TEMAS TRATADOS:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de proyecto concluido.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>ACUERDOS:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de proyecto para Visto Bueno de parte de tutor.</li> </ul> |

|  |
|--|
| <b>AVANCES:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tema propuesto y objetivos.</li> <li>• Evolución histórica de la VO.</li> <li>• Marco Teórico.</li> <li>• Marco metodológico.</li> <li>• Conclusiones y recomendaciones.</li> <li>• Bibliografía y estructura acorde a reglamento de UH.</li> </ul> |

|                      |
|----------------------|
| <b>LIMITACIONES:</b> |
|----------------------|

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información actualizada, pocas referencias bibliográficas.</li> </ul> |
|--|

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| <b>Próxima sesión:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>Hora:</b> |
|                        | -             | -            |

Firman conformes:

| <b>Expositor (a):</b>   | <b>Expositor (a):</b>  | <b>Tutor (a):</b>   |
|---|--|---|
| <b>Fabiola María Arguedas Arce</b>  | <b>Michael Alfaro Azofeifa</b>   | <b>Lic. Marco Mairena Navarro</b>   |
| <small>Firmado digitalmente por<br/>FABIOLA MARIA ARGUEDAS ARCE<br/>(FIRMA)<br/>Fecha: 2023.05.05<br/>14:16:20 -0500'</small> | <small>Firmado digitalmente por<br/>MICHAEL JOSE ALFARO AZOFEIFA<br/>(FIRMA)<br/>Fecha: 2023.05.05<br/>12:47:24 -0500'</small> | <small>Firmado digitalmente por<br/>MARCO AURELIO MAIRENA NAVARRO<br/>(FIRMA)<br/>Fecha: 2023.05.05<br/>10:35:57 -0500'</small> |

## DEDICATORIA

A Dios,

A mi primer amor, mi pequeño ser de luz que me llamó mamá por primera vez, mi mayor inspiración y motivación, Liam Daniel.

A mi princesa, quien me enseñó que el amor se duplica, y que con su llegada ha llenado nuestro hogar de bendiciones, Mariángel.

A mi madre, quien siempre me ha brindado apoyo y que gracias a ello he forjado bases de gran importancia en la vida.

A mi esposo Christopher y a mi papá Titi, que, aunque no ha sido fácil y hemos tenido dificultades en el camino, siempre han contribuido para el logro de mis objetivos.

***-Fabiola Arguedas Arce.***

A mi esposa María José, a mi hijo Gael por ser una de las razones de seguir adelante y cumplir mis metas. A mi familia en general por su incansable apoyo y por las demostraciones de amor que siempre estuvieron presente.

***-Michael Alfaro Azofeifa.***

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios, quien me ha dado la fortaleza necesaria, guiado mi camino, y me ha demostrado día a día la grandeza de su infinito amor y que todo llega en su debido tiempo.

A mis hijos Liam Daniel y Mariángel, mis motores de vida, fuentes de mi esfuerzo, mi sol y estrellas, luna de mi vida. Gracias por iluminar mis días y redireccionar mis sueños y metas por unos muchos mejores, los amo infinitamente.

A mi madre, mi consejera y ejemplo a seguir, artífice de mi historia, quien desde que nací o inclusive desde antes has buscado mi bienestar por sobre el propio. Gracias por cada palabra de aliento, sin tu apoyo no habría culminado mi profesión.

A mi esposo Christopher y a mi papá Titi, gracias por cada impulso dado para salir adelante, por financiar este proyecto y ser parte motivadora e inspiradora en mi vida, por su amor y comprensión a pesar de las dificultades.

Y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

*-Fabiola Arguedas Arce.*

Agradecido con Dios primeramente por darme la oportunidad de estar al lado de mi familia, al tutor Lic. Marco Mairena Navarro por la confianza y brindar su apoyo, gracias a mi esposa María José Salazar y a mi hijo Gael ya que tuve que robarles tiempo de familia para poder realizar este trabajo, gracias a mi mamá, a mi hermana, a mis sobrinos, a mi abuela, suegros y toda mi familia en general por su apoyo incondicional.

Gracias a quienes creyeron en mí cuando yo mismo no era capaz de hacerlo.

*-Michael Alfaro Azofeifa.*

## TABLA DE CONTENIDO

|   |              |
|---|--------------|
| <b>CARTA DEL TUTOR .....</b>  | <b>II</b>    |
| <b>CARTA DEL LECTOR .....</b>   | <b>IV</b>    |
| <b>DEDICATORIA.....</b>   | <b>XXI</b>   |
| <b>AGRADECIMIENTOS.....</b>   | <b>XXII</b>  |
| <b>Tabla de contenido.....</b>  | <b>XXIII</b> |
| <b>Introducción: .....</b>  | <b>1</b>     |
| <b>CAPITULO I: Problema de investigación.....</b>   | <b>4</b>     |
| <b>1.1 Problematización.....</b>  | <b>8</b>     |
| <b>1.2 Justificación del tema: .....</b>  | <b>9</b>     |
| <b>1.3 Objetivos de la investigación.....</b>   | <b>11</b>    |
| <b>Objetivo General: .....</b>  | <b>11</b>    |
| <b>Objetivos específicos: .....</b>   | <b>11</b>    |
| <b>1.4 Alcances y limitaciones:.....</b>  | <b>12</b>    |
| <b>Alcances.....</b>  | <b>12</b>    |
| <b>Limitaciones: .....</b>  | <b>12</b>    |
| <b>1.5 Marco metodológico .....</b>   | <b>13</b>    |
| <b>1.6 Sujetos y fuentes de información .....</b>   | <b>14</b>    |
| <b>1.6.1 Sujetos .....</b>  | <b>14</b>    |
| <b>1.6.2 Fuentes de Información .....</b>   | <b>15</b>    |
| <b>CAPITULO II: Marco teórico.....</b>  | <b>15</b>    |
| <b>2.1 Bases para el fundamento de la violencia obstétrica .....</b>  | <b>15</b>    |
| <b>2.1.2 Violencia de género y su clasificación .....</b>   | <b>22</b>    |
| <b>2.2 Consecuencias físicas y psicológicas de la VO en las mujeres, en el recién nacido y en el entorno familiar: .....</b>  | <b>31</b>    |
| <b>2.2.1 Consecuencias físicas de la VO en las mujeres: Las principales consecuencias físicas de las mujeres sobre las que han ejercido violencia obstétrica son: 2.2.1.1</b> |              |

|  |            |
|--|------------|
| Lactancia insatisfactoria: Como haya sido el parto influye absolutamente en el establecimiento de la lactancia materna según Laviña Castan, 2014. ....     | 31         |
| 2.2.3 Consecuencias de la VO en el recién nacido y el entorno familiar:.....   | 34         |
| 2.3 Parto humanizado y derecho de la mujer de dirigir su labor.....  | 38         |
| 2.4 Prácticas ejercidas durante la labor de parto y sus complicaciones .....   | 41         |
| • 2.4.3 Episiotomía y sus complicaciones .....   | 47         |
| • 2.4.4 Revisión manual de la cavidad uterina y complicaciones.....  | 50         |
| • 2.4.5 Realización del tacto vaginal a la embarazada y complicaciones .....   | 52         |
| • 2.4.6 Hidratación de la mujer durante el parto .....   | 53         |
| • 2.4.7 Anestesia durante la labor del parto.....  | 54         |
| 2.5 Atención durante el parto por parte del personal de salud .....  | 56         |
| 2.7.1 ¿Cómo se puede prevenir la VO?.....  | 75         |
| 2.7.2 La VO como forma de control social .....   | 88         |
| 2.7.3 ¿Es penalmente relevante la VO? .....  | 92         |
| 2.7.4 Conductas que constituyen violencia obstétrica:.....   | 94         |
| 2.7.5 ¿Qué derechos tiene la mujer gestante? .....   | 97         |
| 2.8 Responsabilidad penal derivada de la violencia obstétrica.....   | 99         |
| 2.8.1 Relación médico-paciente .....   | 103        |
| <b>CAPITULO III: ¿Por qué es necesaria la existencia del tipo penal que castigue la violencia obstétrica? .....</b>  | <b>110</b> |
| 3.1 Los principios de ultima ratio y el carácter fragmentario del derecho penal con relación a la propuesta planteada.....                                 | 125        |
| 3.2 Análisis e interpretación del proyecto de ley expediente N.º 19-537 “Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica ..... | 132        |
| 3.2 CASOS PENALES.....   | 145        |
| Presentación caso # 1 .....  | 145        |
| Presentación caso # 2 .....  | 158        |
| Presentación caso # 3 .....  | 164        |
| <b>CAPITULO IV: Conclusiones .....</b>   | <b>169</b> |



|                              |            |
|------------------------------|------------|
| <b>RECOMENDACIONES .....</b> | <b>175</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>    | <b>177</b> |

## INTRODUCCIÓN:

La violencia obstétrica (de ahora en adelante VO) resulta ser una de las principales formas de violación de los derechos humanos, realidad de las sociedades actuales y de la cual no se ha reconocido o advertido la gravedad de su práctica. La VO se puede describir a modo general, como el conjunto de prácticas que minimizan y degradan a las mujeres dentro de los centros de salud en la atención reproductiva, especialmente durante el período de gestación, parto y posparto. Es una situación en la que se presentan atropellos y exabruptos de índole obstétrico, ya sea de manera física por irrespetar los ciclos naturales del parto, por realizar procedimientos innecesarios, o bien, de manera psicológica por realizar contra la madre actos despectivos y humillantes.

Según (Ruiz-Jarabo Quemada, 2021) la patología como el maltrato existe y se necesita laborar sobre sus razones y las secuelas físicas y psíquicas que crea; empero asimismo y en paralelo se requiere hacer énfasis en la salud, en la enseñanza para la salud, que dote de recursos particulares, relacionales y sociales para prevenir. Desde tiempos antiguos, el sexo femenino se ha enfrentado a un conjunto de situaciones que han sido capaces de alterar la integridad de la mujer. Sin embargo, muchas de dichas realidades han logrado modificarse con el paso de los años, de manera que la mujer ha logrado desprenderse paulatinamente de actos que reflejan la coerción. No obstante, parece ser que, en la actualidad, el momento del parto es un ambiente donde se pueden adoptar nuevamente aquellas actitudes antiguas cargadas de violencia hacia la mujer. (Ruiz y Blanco, 2004).

El sistema de atención al parto vive un momento de gran debate, tanto entre usuarias como entre profesionales. Muchas de las intervenciones rutinarias en el paritorio han demostrado ser perjudiciales, mientras que las que están indicadas para resolver casos de riesgo tienen el efecto de incrementarlo cuando se aplican indiscriminadamente a mujeres que no las necesitan. (Isabel Fernandez, 2008)

La ciencia ha demostrado que la estabilidad del parto habitual no depende del uso de tecnologías complejas que someten a una mujer, ralentizan el parto y reemplazan su fisiología. La brutalidad de la rutina hospitalaria, su uso generalmente innecesario y el hecho de que se impone constantemente de manera acelerada, hace que la atención del parto sea un ambiente poco visible de represión y maltrato a la mujer y al producto, extraño en el mundo moderno sociedad. (Isabel Fernandez, 2008)

Por ello, se considera oportuno cambiar esta situación siguiendo el modelo de otros países más avanzados que han implementado las recomendaciones de la OMS en esta materia. Lo anterior es un proceso colectivo, pues para las mujeres y sus parejas significa despojarse de la ingenuidad, y a la vez ejercer el derecho y la responsabilidad de dar a luz no solo en el ámbito físico sino también a nivel emocional (Isabel Fernandez, 2008)

Ahora bien, en consideración de lo antes expuesto, podemos enmarcar con certeza la violencia obstétrica (sobre la cual daremos enfoque especial en la presente investigación) como un tipo más de violencia contra la mujer, arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud y es que el ordenamiento jurídico costarricense no está exento de lo anterior, ya que el mismo actualmente está desprovisto de las herramientas jurídicas sustanciales y procesales

necesarias para enmarcar la VO dentro de un tipo penal y eventualmente sancionar su comisión.

Violencia contra la mujer se puede definir entonces como, cualquier acto de violencia basado en el género, que produzca o cause daños o sufrimientos físicos, sexuales, mentales e inclusive económicos en la mujer y que tenga cabida en su seno familiar o unidad doméstica, en la comunidad, ya sea en su lugar de trabajo, centros educativos o de salud, etc.; o bien la tolerada por el Estado, la cual podemos definir como “la violencia invisible”, ya que es la permitida y normalizada, que no deja marcas visibles de agresión y conlleva humillaciones, ofensas, abusos y excesos, por parte del personal hospitalario.

Es común escuchar en los hospitales del personal hacia la mujer gestante comentarios tales como: “Cuando lo estaba haciendo no le dolía”, circunstancia que no se suele reproducir hacia el género masculino en una consulta de urología, por ejemplo, por lo que podemos con certeza afirmar que el hombre puede sufrir violencia de otra índole y en otras circunstancias inclusive, sin embargo, en la atención a la salud no, en este último caso la mujer es agredida y vulnerable por el sólo hecho de ser mujer.

## **CAPITULO I: Problema de investigación**

En cuanto al tema de la VO en Costa Rica es muy recientemente, ha venido cobrado una gran relevancia social, y varios órganos se han pronunciado al respecto, pero no existe una regulación penal que lo haga. Así lo hacen saber los votos de la Sala Constitucional números 18647-2019 y 17237-2022 en relación a Recursos de Amparo, donde hacen referencia al voto emitido número 03354-2015 de las doce horas del seis de marzo de dos mil quince proveniente de la Sala Constitucional, indica lo siguiente:

“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 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”

Dicho voto refiere la violencia obstétrica como una violencia de género y de violación de derechos humanos y admite que ninguna mujer debe ser lesionada o agredida físicamente, ni debe ser víctima de daños psicológicos o morales que le impidan conservar su estabilidad emocional. Igualmente, dicha normativa tutela el derecho a la honra y al reconocimiento de la dignidad de las mujeres que se encuentren en etapa de embarazo, parto o posparto.

En el plano jurídico, la respuesta de algunos sectores ha sido presentar un proyecto de ley para tipificar la violencia obstétrica como es el proyecto de Ley 19.537 “Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica” donde se analizará más adelante si se constituye un elemento importante para ser un primer intento de sancionar esta forma de violencia.

El Estado tiene la capacidad para enfrentar el problema, las propuestas no se cristalizan en leyes o decretos u otro tipo de normativa que se dirija a prevenir o sancionar la violencia obstétrica, por el ejemplo en el Código Penal se encuentran tipificados en los artículos N.º 117 Homicidio Culposo, artículo N.º 128 Lesiones Culposas, y las lesiones definidas en los artículos N.º 123, 124 y 125, pero no un artículo referente a la violencia obstétrica como tal.

La falta de rigurosidad normativa e institucional ha sido señalada también por organismos nacionales, como lo es el Instituto Nacional de las Mujeres.

Dentro del marco legal solo 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. 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.

Existen documentos institucionales relacionados con la atención de la salud materna, pero porque 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.

En Costa Rica no existe una normativa específica que regule en forma clara lo relativo a la Violencia Obstétrica. Existen algunos instrumentos legales que contienen elementos que atienden a la protección a la mujer embarazada, como, por ejemplo, lo que dicta el artículo 12 de la Ley General de Salud: “Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico 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”. (Asamblea Legislativa, Ley General de Salud, 1974).

Ahora bien, 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, como hemos expuesto líneas atrás, no existe en el país una ley específica o especial para la atención del embarazo, parto y posparto. Aunado a que no se cumple a cabalidad las normativas existentes o se cumplen sin rigurosidad o vigilancia institucional. Dicha falta de normativa ha sido señalada inclusive 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”.

En lo antes expuesto, se refleja la inexistencia de un tipo penal especial como es la VO dentro del marco jurídico del derecho costarricense, y aunque ya existan figuras procesales que tutelén la integridad física y la vida de la mujer embarazada y de los recién nacidos, el estado únicamente cuenta con normativas y guías para el manejo y atención tanto a la mujer gestante como al menor y por sus características debería especializarse la protección de dicha figura.



## **1.1 Problematización**

Debido a que la violencia obstétrica y la salud reproductiva contra las mujeres durante el embarazo o el postparto no han sido abordadas jurídicamente, esto deja a las gestantes en un estado de vulnerabilidad que lesiona los derechos humanos que poseen las mujeres por su sola condición de persona, lesión la cual es ejercida principalmente por parte del personal de salud.

Es decir, dado que este tipo de violencia no se considera aún un hecho punible en nuestro ordenamiento jurídico, y siendo que, en los centros médicos del país, no se acatan a cabalidad las normas internacionales que previenen cualquier forma de agresión y violación de los derechos humanos que posee la mujer a no sufrir violencia, se expone a la misma a un estado de indefensión provocando así, consecuencias en diferentes ámbitos de su vida, a corto, mediano y largo plazo y de lo cual aún no hay forma de denunciar, regular y sancionar penalmente.

Y es por ello, que resulta importante visibilizar los actos de maltrato obstétrico (actos completamente normalizados), así como difundir la inexistencia de normas y la necesidad de que lo hagan a fin de tipificar, reducir y eliminar toda forma de maltrato.

## **1.2 Justificación del tema:**

La ley N°. 7499 llamada Aprobación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, convención Belem do Pará, ratificada en Costa Rica el 09 de junio de 1994, en su artículo 1 cita lo siguiente “se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Y es que, como víctima directa de VO, y conocida (o), amiga (o) y familiar de otras víctimas de VO resulta de interés para los presentes autores exponer y desenmascarar mediante el presente proyecto la necesidad de tipificar dicha figura en nuestro ordenamiento jurídico penal a fin que, se sancione correctamente las actuaciones causadas con dolo, imprudencia o inexperiencia en los centros médicos del país y cuando la mujer se encuentra en estado de gravidez. Lo anterior, ya que a pesar que hay normativas y guías al respecto, la VO es una realidad de nuestros centros de salud, es una agresión sumamente invisibilizada y normalizada.

Cuántas veces no hemos escuchado a alguna mujer decir: “A mí me fue muy mal en el parto”, “En las salas de maternidad, una no vale nada”, “Me maltrataron tanto que por eso decidí no tener más hijos”, entonces, ¿ese es el precio de la experiencia de la maternidad? ¿A qué costo? Todos esos traumas y dolores con los que muchas mujeres caminamos en silencio no se marchan solos, se ahogan en nuestro diario vivir, con el trajín de la vida, las responsabilidades laborales y académicas y en medio de la crianza inclusive; pero son emociones

sepultadas, son huellas marcadas que no se van. Y es que es tan normalizada la agresión hacia la mujer que en muchas oportunidades sentimos vergüenza y culpa, porque “mi mamá, la vecina o la prima, le pasó eso y más y ahí está sin problemas”, por ende, a fin de evitar ser juzgada o humillada una vez más y no encontrando empatía ni tan siquiera en su mismo género, la mujer opta por mejor callar y seguir como si nada hubiese ocurrido. La figura de madre abnegada que la sociedad busca imponer es la que ha imposibilitado la o las sensaciones que pueda llegar a sentir cada una, como ser individual y como mujer que es, y es lo que precisamente buscamos en este trabajo, visibilizar y concientizar al respecto, con el objeto que eventualmente a corto y/o mediano plazo haya un cambio real en el ámbito social y penal, a ver si así y sólo así, la mujer vuelve a ser dueña de su propio cuerpo.

Ahora bien, en la doctrina podemos encontrar algo muy interesante y es la figura del triángulo de la violencia, figura la cual está íntimamente relacionada con lo que hemos expuesto líneas atrás y con el tema central de este proyecto, y es que según el sociólogo noruego Johan Galtung (2003) ésta se compone de la violencia cultural, la violencia estructural y la violencia directa, y es en un capítulo venidero que ahondemos más al respecto.

En ese mismo orden de ideas, resulta necesario traer a colación el concepto de discriminación contra la mujer, que resulta ser una forma más de violencia contra el género. Al respecto de la Ley N° 6968 Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) ratificada en Costa Rica el 02 de octubre de 1984, en el artículo 1 señala que la discriminación contra las mujeres es “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga como objeto o por resultado menoscabar o anular el

reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la mujer.” En otras palabras, discriminación contra la mujer es toda distinción, exclusión o restricción contra la mujer que tenga como objetivo menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres indiferentemente del ámbito que trate.

La Ley N.º 5777 de Protección Integral a las Mujeres Contra Toda Forma de Violencia del Estado de Paraguay identifica los diferentes tipos de violencia hacia la mujer entre los cuales están: la violencia física, feminicida, sexual, psicológica, contra la dignidad, intrafamiliar, obstétrica, institucional, entre otros. Y la ley en mención define la violencia obstétrica, de la siguiente forma: “Es la conducta ejercida por el personal de salud o las parteras empíricas sobre el cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, y las etapas relacionadas con la gestación y el parto. Es al mismo tiempo un trato deshumanizado que viola los derechos humanos de las mujeres.”

### **1.3 Objetivos de la investigación**

El presente estudio contemplará los siguientes objetivos:

#### **Objetivo General:**

Determinar la necesidad de crear un tipo penal específico en nuestra legislación, que reconozca por su especialidad la Violencia Obstétrica y la sancione como hecho punible.

#### **Objetivos específicos:**

- Analizar las conductas delictivas en perjuicio de la mujer gestante y al producto fetal, por el mal manejo obstétrico por parte del personal de salud.

- Establecer el alcance de la legislación costarricense para la prevención y sanción de la Violencia Obstétrica.
- Identificar los tipos de violencia contra la mujer y sus repercusiones desde un marco social y legal.
- Analizar la atención institucional que se le da a las mujeres víctimas de VO.

#### **1.4 Alcances y limitaciones:**

##### **Alcances**

Dentro de los alcances que abarca la investigación se pueden mencionar:

1. Los posibles resultados proporcionarán información valiosa que podrá ser utilizada en programas de concientización y que serán considerados por todo aquel que tome la decisión de realizar los esfuerzos necesarios para implementar una ley actual que permita erradicar todo tipo de violencia en contra de la mujer gestante.
2. Proponer programas de ayuda y talleres de información con el fin de incentivar a las mujeres en estado de gravidez, a que se les respete la toma de decisiones por parte del personal de salud.
3. Evidenciar las agresiones físicas y psicológicas que se presentan antes, durante y después del parto y que se ve afectado indirectamente el núcleo familiar.

##### **Limitaciones:**

Se distinguen las siguientes limitaciones para el estudio:

1. Dificultad para el acceso a los expedientes con antecedentes de VO, ya que, al no encontrarse la figura en estudio tipificada como un delito, se imposibilita el tener datos certeros.
2. La poca información bibliográfica en nuestro país al respecto, lo cual limita la obtención de información y el análisis de la misma en la presente investigación.

### **1.5 Marco metodológico**

La presente es una investigación para optar por el grado de Licenciatura en Derecho. Corresponde a una Tesis de enfoque cualitativa. Al mismo tiempo, este enfoque obtiene un diseño dominante, que según Hernández, Fernández y Baptista (2006) “se lleva a cabo en la perspectiva de alguno de los enfoques, el cual prevalece (p.773).

La metodología cualitativa suele resultar más idónea para los trabajos con perspectiva de género, ya que de este modo se permite trabajar con subjetividades.

Se hizo uso de la revisión bibliográfica y jurisprudencia, sobre el tema de interés. Para de esta forma obtener el concepto de este tema y correlacionar diferentes métodos y procedimientos realizados (muchas veces innecesarios) durante la labor de parto. Por otro lado, aparte de evidenciar como se indicó líneas atrás las lagunas y vacíos legales que hay con respecto al tema en cuestión, se pretende analizar cómo debe ser el trato hacia las pacientes, y qué plantea la C.C.S.S en su guía llamada: Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas, en el período prenatal, parto y postparto. Sobre este punto es importante aclarar que

no se harán recomendaciones en materia de salud (por cuanto es el área de especialidad de los autores), pero si se conocerá que prácticas son apegadas a los derechos humanos y cuáles no.

En ese mismo sentido, se tiene como propósito, detallar la importancia de dicha violencia y por qué se vuelve necesaria su regulación en nuestro ordenamiento Jurídico. Y es que, para responder a ello, se utilizó el método de investigación descriptivo, en la cual se utilizó la técnica de análisis de documentos. De la misma manera, el aporte de la investigación es promover la vida y la no violencia obstétrica, incentivando así que se plantee la regulación o reforma en nuestras leyes y sistemas que corresponda por parte de nuestros legisladores.

En el primer capítulo, se expone el problema de la investigación, la justificación del tema, los objetivos generales y específicos. El segundo capítulo, se presenta el marco teórico, fundamento del estudio realizado, además se detalla el contexto histórico y evolución de las leyes bajo el tema analizado.

En el tercer capítulo se detalla la importación de la tipificación en la violencia obstétrica. Para terminar, se exponen las conclusiones en el cuarto capítulo.

## **1.6 Sujetos y fuentes de información**

### **1.6.1 Sujetos**

No se realizaron entrevistas. Pero sujeto de estudio, información e investigación resulta ser toda mujer, especialmente la gestante.

### **1.6.2 Fuentes de Información**

Libros, artículos electrónicos, publicaciones, revistas, leyes, jurisprudencia, tratados.

## **CAPITULO II: Marco teórico**

### **2.1 Bases para el fundamento de la violencia obstétrica**

#### **2.1.1 Evolución histórica de la VO:**

Desde tiempos inmemorables los cuidados del embarazo y parto han estado en manos del género femenino, y según González (1990) los oficios de obstetricia se consideran de las ocupaciones femeninas más antiguas. Anteriormente, el parto domiciliario era una práctica habitual, formada por la costumbre entre los sectores medios urbanos, se guardaba reposo en los hogares y así evitaban la internación en instituciones de salud. (González, A. 1990).

Los sectores más pobres acudían a los hospitales públicos o a las instituciones de beneficencia, las clases sociales superiores media y alta podían pagar los servicios de médicos, que practicaban la medicina en el hogar del paciente o en consultorios privados (Belmartino, 2007).



Posteriormente, con el transcurso del tiempo los centros médicos se convirtieron en lugares seguros para este tipo de procedimientos, sin embargo, al inicio los hospitales solamente eran comandados por médicos varones, ya que las universidades negaban el acceso a la educación de las mujeres (como vemos desde tiempos inmemorables la mujer ha sido víctima de denigración y violencia), lo cual ocasionó que se desacreditaran las acciones y prácticas antiguas impartidas por las parteras, tachándolas de ignorantes. Al completarse la institucionalización de la medicina, hubo un desarrollo importante en el campo de la obstetricia y la neonatología así como avances en la cirugía y sutura.

Posteriormente, en el siglo XVIII la reproducción de las mujeres se convirtió en un acto prácticamente obligatorio y el crecimiento poblacional pasó a ser asunto de Estado. De hecho, en la legislación europea se castigaba duramente por el uso de anticonceptivos. Lo que provocó que se desposeyera una vez más a las mujeres de sus propios cuerpos.

El parto dejó de ser una experiencia íntima para transformarse en un acto médico en el que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina, siempre potencialmente defectuosa, que la medicina puede manipular o arreglar para que pueda parir. De esta manera se fomenta la idea de que se requieren médicos especialistas para salvar a las mujeres y a sus bebés de peligro, administrándoles fármacos y realizándoles intervenciones de forma rutinaria (Lemay, G. 2010).

Para (Ortiz, 2015) el proceso de nacimiento se remonta a los albores de la humanidad y su cuidado ha cambiado a lo largo de los años. Varios estudios sugieren que las hembras

primitivas dieron a luz solo en posición vertical, más tarde en el 40.000 a. En el siglo III a. C, el parto iba acompañado del marido; y desde el año 6.000 a.C.-300 a. C, la asistencia en origen comienza a ser considerada un “arte” y unas damas adquieren mayor experiencia que otras, dando origen al oficio de partera o matrona, figura que mencionamos líneas atrás.

Posteriormente se desarrollaron instrumentos como fórceps y se introdujo como práctica la posición horizontal durante el parto. Al menos hasta el momento, las investigaciones apuntan a que la primera persona en utilizar el concepto de “violencia obstétrica” fue el doctor James Blundell (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018).

Hace referencia (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) que James Blundell utilizaba el término “obstetric violence” para denunciar las terribles prácticas a las que eran sometidas las embarazadas de la época. Los cuerpos de las mujeres se convirtieron en material sobre el que experimentar técnicas, en su mayoría aberrantes, y que dejaban terribles secuelas físicas y psicológicas.

(Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) menciona además que no se puede encontrar ninguna referencia al uso del término supra indicado, en español hasta finales del siglo XX. Sin embargo, se utilizó con frecuencia el concepto de “trabajo de parto violento” o “trabajo forzado”, una técnica introducida por Françoise Mauriceau que implicaba la ruptura de membranas y la dilatación forzada del cuello uterino para lograr un parto prematuro. Una técnica que lamentablemente sigue en acción, pero que eufemísticamente ha cambiado de nombre por algo menos ofensivo y supuestamente más científico, que es lo que

podría identificarse hoy en día como “parto inducido”.

Señala (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) que a principios del siglo XVIII, la participación masculina en el parto se había convertido en la norma, al menos en Madrid. Pero los hombres no están dispuestos a esperar mucho tiempo por el trabajo de parto y están buscando soluciones que puedan reducir el tiempo que toma cada parto. Así, durante los siglos XVIII y XIX, la atención del parto experimentó cambios dramáticos, con la introducción de instrumentos cada vez más sofisticados y el uso de las diversas sustancias farmacológicas mencionadas anteriormente, como lo fue el uso del cornezuelo, el cual es un hongo alucinógeno proveniente del centeno y que durante los años 50 fue utilizado en Galicia para facilitar partos y provocar abortos.

(Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) Poco después de que se generalizara el uso del cornezuelo, varias voces comenzaron a expresar sus dudas sobre la utilidad de esta sustancia debido a su viable interacción con el crecimiento de los mortinatos y con la ruptura uterina, que padecen muchas madres.

(Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) ya en el siglo XX comenzaron a surgir factores adicionales que ayudaron a que la violencia obsesiva desarrollara nuevos matices. Factores que incluyen el desarrollo de nuevos medicamentos para usar durante el trabajo de parto, los avances en la técnica de cesárea , que comenzó a usarse con más frecuencia que solo cuando existía una indicación médica adecuada y, por último , pero no menos importante, la institucionalización del trabajo de parto.

A modo groso, puede considerarse que es a mediados del siglo XIX-XX que se sufrió un cambio radical en los nuevos procesos de tecnificación de la medicina, y que pasan a ubicar a la parturienta de un lugar central a un lugar de subordinación con relación a los profesionales de la salud (Nari, M. 2004).

En análisis de la información anterior, podemos afirmar, que la intervención médica es la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto, no obstante esta nueva concepción de parto intervenido y medicalizado, tiende a controlar la experiencia de la maternidad, derivando situaciones de violencia hacia las mujeres, pues se visualizan éstas últimas como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho.

Los profesionales de la salud debería solamente ser los encargados de observar y vigilar el estado de la madre, del futuro bebé y del proceso natural en sí, reservando el uso de determinadas prácticas para aquellas situaciones en las que sea estrictamente necesario, evitando de este modo el exceso de intervencionismo; ya que el parto es un proceso natural y el cuerpo de la mujer está programado sin necesidad de emplear ningún tipo de sustancia o herramienta externa y ajena a la madre o al bebé (Amezcuca, 2010); pero, como hemos expuesto en la práctica esto no ocurre y es el motivo principal de exposición en la presente investigación.

Podemos afirmar con certeza que los partos son technicalizados, es decir, se sustituye la simbiosis de dos miembros activos madre-bebé por la de bebé-máquina, siendo ahora la

tecnología y la maquinaria el elemento activo del acto de dar a luz y son estas máquinas que aportan la información supuestamente relevante y de única validez, es decir, lo que el instrumento refleja es lo que importa, lo que siente y cómo lo siente la madre no es de interés. De ese modo las sensaciones e intuiciones de la madre, se ven ignoradas y dejadas de lado, pasando a ser la misma el ente pasivo del acto en sí.

(Vanegas - Dr. Enrique Luis Graue Wiechers.pdf, s. f.) indica que, en Costa Rica, la cobertura de atención del embarazo y parto a través del sistema público de salud es alta. El 93,9% de los partos se realizaron en hospitales nacionales, más el 5,2%, que se realizó en áreas privadas. Sin embargo, aunque la atención institucional durante el embarazo y el parto contribuye a mantener baja la mortalidad materno-infantil, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud no ofrecen datos actualizados y confiables sobre morbilidad o secuelas maternas, a pesar que desde el 2000, se implementaron mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna, los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico por parte del Ministerio de Salud. (en adelante MS).(*INEC\_2021A\_mortalidad materna y su evolución reciente.pdf*, s. f.)

Por lo tanto, las políticas públicas efectivas para combatir la partería violenta deben ir más allá de las aspiraciones de acceso universal a la atención y garantizar la calidad de la atención universal desde una perspectiva horizontal. Evitar la muerte materna no significa permitir tratos inhumanos y crueles. (Belli, 2013) afirma que el “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”.

Describe (*INEC\_2021A\_mortalidad materna y su evolución reciente.pdf*, s. f.) que “para brindar una atención de la salud materna, el estado de Costa Rica ha realizado muchos esfuerzos para brindar atención en salud materna. Entre estos se destaca la fundación de la primera maternidad en 1890 por Adolfo Carit; desde 1922 este centro se llama “Maternidad Carit”. En 1937 se creó una clínica de maternidad, atendida por parteras. Con la creación de la C.C.S.S y maternidad también fue creado por la C.C.S.S en 1941, aunque de forma limitada, pero el principal desarrollo de la asistencia comenzó en la segunda mitad del siglo XX con la apertura de los servicios de neonatología en el Hospital San Juan en 1952. Aumentando el número de camas de parto en el Hospital México en 1969, el primer Departamento de Medicina Materno Fetal del Hospital Max Peralta en 1980, el Departamento de Medicina Materno Fetal del Hospital Calderón Guardia en 1985 y, la creación en 1994 de una especialidad curso de medicina materno-fetal”.

En 1998, el enfoque de la C.C.S.S preocupados por la mortalidad materno-infantil llevó a la organización del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI) a crear el Sistema Nacional de Evaluación de la mortalidad Materna (SNEM) el cual inició funciones en 1999 y a quienes se les encomendó la caracterización, seguimiento y evaluación de la atención en salud materna. “Al final del siglo, la preocupación internacional por la salud

materno-infantil, afirmada por la Declaración Conjunta de 1999 “Por una Maternidad Segura” de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, y por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, está impulsando la acción generada a escala nacional (Mora, s. f.)

En Costa Rica los derechos de las mujeres gestantes están amparados tanto en normativas internacionales como nacionales, pero no se cumplen. Por ejemplo, el artículo 12 de la Ley General de la Salud de 1974 expresa “Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil al control médico 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.

### **2.1.2 Violencia de género y su clasificación**

De acuerdo con el Artículo 1 de la Convención de Belém do Pará, se entiende como violencia contra la mujer: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”*.

Violencia contra la mujer se puede definir entonces, como cualquier acto de violencia basado en el género, que produzca o cause daños o sufrimientos físicos, sexuales, mentales e inclusive económicos en la mujer y que tenga cabida en su seno familiar o unidad doméstica, en la comunidad, ya sea en su lugar de trabajo, centros educativos o de salud, etc.; o bien la tolerada por el Estado, la cual podemos definir como “la violencia invisible”, ya que es la

permitida y normalizada, que no deja marcas visibles de agresión y conlleva humillaciones, ofensas, abusos y excesos, por parte del personal hospitalario.

Como mencionamos líneas atrás, el sociólogo noruego Johan Galtung (2003) denominó «el triángulo de la violencia», a la relación que existe entre los tres tipos de violencia que a su criterio podemos encontrar en la sociedad: sea la violencia cultural, la violencia estructural y la violencia directa.

La **violencia cultural** es de tipo simbólico, y es la que se halla en todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad (ciencia, obras de arte, etc.), creando un marco legitimador o movilizador de actitudes de violencia, que reprimen o inhiben la respuesta de aquellas quienes las sufren. Este tipo de violencia presenta incluso justificaciones para que los seres humanos se destruyan mutuamente en nombre de la religión, de la patria o de la supremacía (por motivos de raza, sexo, cultura...) y hasta sean recompensados por hacerlo. No hay más que ver cómo las respuestas violentas en todos los niveles y en todos los ámbitos están normalizadas en los medios de comunicación, donde los ejércitos aparecen como la incuestionable vía principal de solución de los conflictos internacionales.

La **violencia estructural** se considera la más peligrosa, ya que permite desigualdades e injusticias, Tiene su origen en estructuras sociales.

Por último, la **violencia directa** es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. Es el tipo de violencia más evidente, y es esa visibilidad que la hace más fácil de identificar y por tanto de combatir. Este tipo de violencia se asienta sobre las otras dos



anteriormente

mencionadas.

La palabra violencia deriva del latín *vís* y *violentia*, que significa tanto violencia y violación como fuerza y vigor en general; en la Roma clásica denotaba asimismo una acción de exigencia obligada, no consentida voluntariamente por quien la soporta, y lleva implícita la idea de fuerza por parte de la persona que la ejerce. (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018).

Ahora bien, y en ese mismo orden de ideas, resulta necesario traer a colación el concepto de discriminación contra la mujer, que resulta ser una forma más de violencia contra el género. Al respecto la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) en el artículo 1 señala que la discriminación contra las mujeres es “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga como objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la mujer.” En otras palabras, discriminación contra la mujer es toda distinción, exclusión o restricción contra la mujer que tenga como objetivo menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres indistintamente del ámbito que trate.

Ahora bien, en consideración de lo expuesto líneas atrás, podemos enmarcar con certeza la violencia obstétrica (sobre la cual como hemos hablado daremos especial enfoque en el

presente proyecto) como un tipo más de violencia contra la mujer, arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud.

### **2.1.3            ¿Qué            es            la            violencia            obstétrica?**

Es común escuchar en los hospitales del personal hacia la mujer gestante comentarios tales como: *“Cuando lo estaba haciendo no le dolía”*, circunstancia que no se suele reproducir hacia el género masculino en una consulta de urología, por ejemplo, por lo que podemos con certeza afirmar que el hombre puede sufrir violencia de otra índole y en otras circunstancias inclusive, sin embargo, en la atención a la salud no, en este último caso la mujer es agredida y vulnerable por el sólo hecho de ser mujer.

La Ley N.º 5777 de Protección Integral a las Mujeres Contra Toda Forma de Violencia del Estado de Paraguay identifica los diferentes tipos de violencia hacia la mujer entre los cuales están: la violencia física, feminicida, sexual, psicológica, contra la dignidad, intrafamiliar, obstétrica, institucional, entre otros. Y la ley en mención define la violencia obstétrica, de la siguiente forma: *“Es la conducta ejercida por el personal de salud o las parteras empíricas sobre el cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, y las etapas relacionadas con la gestación y el parto. Es al mismo tiempo un trato deshumanizado que viola los derechos humanos de las mujeres.”*

En virtud de lo anterior, se puede definir entonces, como una conducta ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, con tratos deshumanizados y que violentan los derechos humanos del género.

Ahora bien, la sobre medicalización del parto ha favorecido el crecimiento exponencial del número de intervenciones médicamente innecesarias, especialmente a partir de convertir en rutinarias intervenciones que solo se requieren en situaciones verdaderamente arriesgada (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017). A partir de esta característica puede apreciarse que el fenómeno de la violencia obstétrica confluye los vicios de la sobre medicalización del parto y su deshumanización.

Esta forma de violencia se manifiesta en la práctica diaria de los servicios de salud públicos y privados debido a protocolos obsoletos y mala praxis médica, por ejemplo, exigir la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) después del parto o una cesárea. A ello puede agregarse que una escenificación del parto “excesivamente medicalizada” inhibe la producción natural de oxitocina y por ende amplía las posibilidades de que posteriormente el médico deba inducir artificialmente el parto o practicar una cesárea. (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017).

La violencia obstétrica es considerada como un tipo específico de violencia de género contra las mujeres, ejercida por el personal de salud, consecuencia de la medicalización del parto y la patologización de los procesos reproductivos (Salgado & Díaz, 2019). Naciones Unidas (1993) define la violencia basada en género en su artículo 1 como “...cualquier acto de

violencia basado en la mujer que haya o sea probable que cause daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una mujer porque, además de las amenazas, coacción o privación arbitraria de la libertad, ya se produzcan en la vida pública o privada”. Este tipo de violencia le sucede a todo tipo de mujeres, independientemente de su cultura y nivel social, y es violencia contra las mujeres como se ha indicado anteriormente por el mero y simple hecho de ser mujer. Para (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) la VO afecta negativamente primero a la salud de la madre y al recién nacido. Acerca de; estudios demuestran que las cesáreas y los partos instrumentales dejan a las madres con consecuencias físicas y traumas psicológicos duraderos (depresión y síndrome de estrés postraumático posparto), o que los partos traumáticos y la separación madre-hijo afectan la lactancia y el vínculo afectivo

Explica (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) que el parto y el nacimiento humanizado se basan en la valoración del mundo afectivo de las personas, la consideración de los deseos y necesidades del protagonista (madre, padre, hija o hijo), y la libertad de la mujer o pareja para decidir dónde, cómo y con quién dar a luz. Esto quiere decir que, en primer lugar, la madre es la verdadera protagonista del proceso (no el médico), y, además, el obstetra tiene que conocer el estado emocional de la madre, su relación con el recién nacido y sus propias decisiones sobre el aceptar o no ciertas intervenciones.

Salvaguardar esta soberanía requiere que el obstetra informe de manera confiable a la madre parturienta sobre sus derechos y sobre las características y peligros (si los hay) asociados con la participación.

(Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) señala que también ocurre con frecuencia que, sin motivo médico alguno, los obstetras desatienden el deseo de la madre de estar acompañada por alguien de su círculo cercano durante el trabajo de parto o de poder cargar o amamantar a su recién nacido, citando afirmaciones de riesgo inexistentes o exageradas. Hay estudios realizados en los que se encontraron que las manifestaciones más comunes de violencia obstétrica son juramentos, burlas, insultos, ironía, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negativa a realizar el procedimiento y negación del acceso a las instituciones médicas, así como utilizarlos como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, atención insuficiente, falta de información, atención sin consentimiento, y otros.

El maltrato verbal para (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) “es un lenguaje grosero o profano: En los países de ingresos altos, medianos y bajos, el abuso de las mujeres por parte de los proveedores de atención médica durante el parto es un incidente denunciado con frecuencia, especialmente con lenguaje grosero o profano. Las percepciones de las mujeres sobre su experiencia del parto a menudo incluyen encuentros negativos con trabajadores de la salud que han sufrido abuso verbal”.

Lafaurie, Rubio León, Perdomo y Cañón Crespo (2019) demuestra que “existen dos formas de presentación de violencia obstétrica: física y psicológica”, por otra parte, otros autores como (Almaguer-González et al., 2010) señalan que existen otras formas de presentación de violencia obstétrica: abuso físico, atención no autorizada, falta de confidencialidad, atención

no digna (incluido maltrato verbal), discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención y detención en centro de salud

La violencia obstétrica puede ocurrir desde el momento en que una mujer busca servicios de salud reproductiva hasta el período posparto, pero es más probable que ocurra durante el momento más vulnerable de la mujer: el parto. En el presente estudio, la violencia obstétrica se puede dar antes, durante y después del parto.

Este sofisma, resumido aquí, sugiere que, en muchos casos, ciertos médicos intentan "hacerse cargo" del parto desde su ventaja tecnológica y disponer del cuerpo de una mujer como si fuera el suyo propio. Tal comportamiento por parte del personal de salud se describe actualmente como una forma de perpetrar violencia y debe caracterizarse como un acto de 'violencia obstétrica' además de la presunción de que constituye violencia de género. En este sentido, distintas legislaciones caracterizan la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, manifestada en el abuso de la medicalización y el trato inhumano de la patologización de los procesos naturales, conduciendo a una pérdida de autonomía”.

***“Multiplicaré tus dolores en el parto, y darás a luz a tus hijos con dolor”, Génesis 3:16.***

La VO como se ha mencionado líneas atrás, está invisibilizada porque somos mujeres, podría decirse que lo que afecta a las mujeres se trata siempre como un asunto de segunda categoría, y eso se ve claramente en la práctica de la medicina, la cual resulta ser androcéntrica.

No se pide tu opinión en prácticamente ningún aspecto al momento de dar a luz, simplemente se hace lo que hay, lo que se acostumbra, y sin discusión alguna, calladitas y cooperando; haciéndolas creer y sentir que no son dueñas de sus cuerpos y que no tenemos derechos, por ende, no son dueñas de sus partos, sus embarazos, sus lactancias o de sus crianzas. Otro factor a considerar es la vulnerabilidad que presentan las madres en el momento del parto, lo que produce que muchas ocasiones éstas hayan sido víctimas de violencia obstétrica y no ser conscientes de lo que está ocurriendo.

El avance tecnológico parece estar al servicio de la mujer, pero, sin embargo, acaba privilegiando los intereses de los técnicos y/o las instituciones, y prescindiendo de la subjetividad, el bienestar y el protagonismo de las mujeres (González de Chávez, 1993: Xix).

Desde un contexto hospitalario podemos decir, que la maternidad se convierte en prácticamente una fábrica, donde al final el interés está en el producto (el bebé) y no en el proceso (la madre y los procesos que el embarazo y dar a luz conllevó). Se cosifica a la parturienta, incorporándola a un protocolo que la despersonaliza por completo. Es decir, se la domestica, una vez más se les institucionaliza, ajustando a las mujeres a la cadena de trabajo ya establecida, invisibilizando su labor, y limitando su función a una obediencia pasiva y de abandono, en donde deben permitir que el médico adopte la función activa y pueda realizar su trabajo.

Tanto en el postparto inmediato (los primeros días después de parir) como en el puerperio (las primeras semanas, esto es, el tiempo en que tarda el organismo en volver más o menos a

su estado normal), los signos de la violencia obstétrica hacen mella, física y psicológicamente, y no sólo en la parturienta y en el bebé, sino en todo el entorno de éstos.

## **2.2 Consecuencias físicas y psicológicas de la VO en las mujeres, en el recién nacido y en el entorno familiar:**

### **2.2.1 Consecuencias físicas de la VO en las mujeres:**

Las principales consecuencias físicas de las mujeres sobre las que han ejercido violencia obstétrica son:

**2.2.1.1 Lactancia insatisfactoria:** Como haya sido el parto influye absolutamente en el establecimiento de la lactancia materna según Laviña Castan, 2014.

El uso de antibióticos y/o medicamentos puede producir una alteración en la flora bacteriana que derive en obstrucciones de salida y producción de leche y/o mastitis; el suero intravenoso puede sobre hidratar a la mujer aumentando las probabilidades de ingurgitaciones y por consiguiente problemas de un agarre correcto del pezón; las cesáreas por ejemplo producen tal dolor que puede dificultar inclusive algunas posturas de amamantamiento.

Por otro lado, la epidural puede producir sueño en el bebé, lo que interfiere en el desarrollo normal de la alimentación de éste, sea la lactancia materna la cual debemos aclarar que ha de comenzarse lo antes posible una vez se da el nacimiento; la administración de oxitocina (provoca o acelera el proceso de dilatación) provoca irritabilidad en el recién nacido, las



inducciones de parto dan como resultado bebés inmaduros con poca fuerza para mamar, en conclusión todas las prácticas anteriores expuestas líneas atrás afecta el establecimiento tranquilo y reposado de la lactancia materna.

Otro grave y monstruoso error, es impedir el contacto piel con piel, ya que baja considerablemente las probabilidades de éxito en la lactancia materna.

**2.2.1.2 Incontinencia urinaria:** Las posturas durante el parto, los pujos dirigidos, la episiotomía o el uso de instrumentalización innecesaria pueden provocar incontinencia urinaria en las mujeres. Según Cano 2011, se calcula que un 10 % de las mujeres que tienen un parto vaginal padece incontinencia severa que, de no tratarse correctamente, se agudiza aún más con los años. La incontinencia también puede llegar a ser fecal, produciendo aún secuelas psicológicas más graves en la víctima.

Por otro lado, **tenemos las hemorragias**. Es lógico que todas las mujeres pierden sangre durante y después del parto, especialmente las que han pasado por una cesárea. ¿Y a qué se debe? Siempre y cuando se trate de un sangrado normal, su causa es debida que los vasos sanguíneos donde estaba la placenta adherida quedan expuestos o abiertos en el útero. Sin embargo, en ocasiones ocurren hemorragias puerperales y esta condición se denomina médicamente como Atonía uterina, y consiste en la insuficiencia o incapacidad del útero para contraerse correctamente posterior al parto, lo anterior ocurre como consecuencia de un parto extenso y fatigador. Esta condición aumenta con la administración de oxitocina sintética.

Otra causa de hemorragia puerperal es una complicación grave, conocida como placenta accreta o retenida, en la cual la placenta no se desprende porque se encuentra implantada dentro del útero a demasiada profundidad.

Ahora bien, en una labor de parto respetada la posibilidad que ocurran **desgarros** es menores, no obstante, en partos instrumentalizados y dirigidos las posibilidades aumentan y por lo general son más graves. A modo general podemos clasificar los desgarros en grados del primero al cuarto, siendo el de primer grado superficiales (sólo piel), de segundo grado levemente más profundos, de tercer grado que arrasa con el tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal y de cuarto grado que atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo, en las últimas 3 clasificaciones se requieren puntos, lo cual ocasiona la mujer dolor y molestia durante semanas y meses inclusive.

### **2.2.2 Consecuencias Psicológicas de la VO:**

Ahora bien, hablemos de las consecuencias psicológicas que persiguen a la mujer después de uno o varios actos de VO en su labor de parto. Primeramente, tenemos la famosa y conocida posiblemente por la mayoría de las personas, sea la depresión postparto. La cual debemos diferenciar de la depresión leve conocida como “baby blues”, que por lo general es una tristeza momentánea debida a la bajada en los niveles hormonales.

La depresión postparto real, es más seria y requiere un tratamiento. Uno de los factores de riesgo para padecer depresión postparto (Mata, 2015) es haber sufrido un parto traumático y/o violencia obstétrica.

Por otro lado, se estima que entre un 2% y un 6 % de las mujeres en el mundo desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y alrededor de un 35 % presenta algún grado de éste (Olza, 2014: 79). Muchas mujeres de ese porcentaje siguen teniendo recuerdos muy vívidos incluso años después del parto.

Finalmente, en cuanto a este punto, aunque puede que no todas las víctimas de VO desarrollen un cuadro de depresión postparto y/o un trastorno de estrés postraumático, quedan huellas emocionales. Por ejemplo, pueden llegar a sentirse humilladas, avergonzadas y des empoderadas y esas sensaciones llevan tiempo en sanar.

### **2.2.3 Consecuencias de la VO en el recién nacido y el entorno familiar:**

Antes de entrar a conocer las consecuencias que tiene la VO en el entorno familiar, es importante recordar el concepto principal del tema expuesto en la presente investigación y es que refiere (Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) que en los últimos años, el término "violencia obstétrica" ha sido promovido por grupos feministas y políticos que quieren que el problema de las malas prácticas en el contexto del embarazo y el parto se resuelva de una vez por todas. Además, su implementación se vio facilitada por el hecho de que Venezuela, algunos estados de México y Argentina cuentan con leyes predeterminadas en las que se define y sanciona la VO, en otros, como Chile, se estudia su fijación, y en Colombia, Costa Rica y Guatemala existen leyes sobre maltrato integral a las mujeres que lo consideran una violación a los derechos humanos.

La VO incluye abusos de negligencia y violaciones de **los derechos humanos** contra las mujeres durante la atención de la salud sexual, el embarazo, el parto y el puerperio. No existe

una definición exclusiva de abuso obstétrico, porque este constructo es la intersección de diferentes tipos de abuso, incluyendo el abuso de género, institucional, así como las violaciones a los derechos reproductivos, de salud y sexuales.

Los recién nacidos son también víctimas en este contexto. Dice el ginecólogo Michel Odent que la atmósfera del parto es absolutamente crucial para garantizar la correcta secreción de oxitocina en las mujeres. Según él (Odent, 2005), «para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer»: si el momento del nacimiento es un acto violento, los recién nacidos son sacados abruptamente y sin respeto a sus ritmos, también se abre una herida en ellos. Es más, según Balint (Rodrigáñez, 2008), la ruptura de la simbiosis madre-bebé produce una herida psíquica muy importante, que aparece claramente cuando se analiza la psique de los seres humanos de nuestra sociedad. Es lo que se denomina «la ruptura de la simbiosis primaria», y sobre ella ha insistido también el neonatólogo Nils Bergman (2002), según el cual las complicaciones que suceden durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima, y a los esquemas de comportamiento a lo largo de toda su vida.

Por último, las consecuencias también arrastran el entorno familiar, al igual que sucede en cualquier otro tipo de violencia, ya que una persona con una herida, física y/o psicológica, arrastra irremediablemente a sus seres queridos. Ahora bien, el escenario expuesto hasta aquí pone de relieve algunos aspectos de la problemática de la violencia obstétrica que resultan de Interés para el Derecho y, en este caso especialmente para el Derecho penal. Así, es necesario comprender dentro de que círculo de

derechos fundamentales se inserta la discusión teórica sobre la violencia obstétrica además resulta imperioso analizar de qué manera se ha tratado legislativamente el asunto.

Belli 2013, destaca una serie de derechos que son habitualmente violados en la atención obstétrica a las mujeres que acuden a ellos; además, en cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho. Muchos de esos derechos comúnmente violados son:

- Derecho a la integridad personal.
- Derecho a la privacidad e intimidad.
- Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud.
- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- Derecho a estar libre de discriminación.

Los derechos a la salud, la sexualidad y los derechos reproductivos se reconocen formalmente como derechos humanos porque son esenciales para el pleno desarrollo del ser humano. Sin embargo, estos derechos a menudo se descuidan, por ejemplo, durante el embarazo, el parto y la atención posparto sin confidencialidad, respeto y servicios de alta calidad. (Starrs et al., 2018) y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Por otro lado, de acuerdo a informes de la Organización Mundial de la Salud, se hace mención distintos tipos de violencia obstétrica presentes en todo el mundo como evidente maltrato físico, profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. (*Organización Mundial de la Salud*, s. f.)

La (*Organización Mundial de la Salud*, s. f.) 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 y en particular a las embarazadas, tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información.

Además, en el Reglamento de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, se expone los siguientes derechos de las mujeres embarazadas: participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aun no nacido, recibir cursos de preparación para el parto, estar acompañada de una persona de su confianza antes, durante y después del periodo de parto, tener a su lado el niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible después del parto y durante su estancia en el hospital, atender a su hijo personalmente si su condición o

la del niño lo permite, y alimentarlo según las necesidades de ambos (C.C.S.S, 2009).

### **2.3 Parto humanizado y derecho de la mujer de dirigir su labor**

El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento; es decir, en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible (Ministerio de Salud 2006).

Entre los principales derechos que tiene la madre en esta modalidad se destaca:

- Ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y participar activamente en las decisiones que acerca de las alternativas distintas si es que existen.
- A ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- A un parto respetuoso de los tiempos, tanto biológico como psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto.

- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

Recordemos que un parto medicalizado atenta contra esta modalidad de parto humanizado que se busca fomentar.

Según la Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto de la C.C.S.S (2009): "el cuidado del embarazo y parto normales debe ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible".

Respecto a esta temática en abril de 1985 la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas, organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, la cual tuvo lugar en Fortaleza, Brasil. En la misma se dictaron recomendaciones generales, entre estas: Que los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado. También que toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera. Además, se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio. (Moore, 1985)



Indican que para reducir al mínimo las molestias de parto debe permitirse que la mujer se mueva, adopte las posturas que le resulten más cómodas y tenga a alguna persona querida o de confianza que le dé compañía y apoyo. (Moore, 1985)

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985: “Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso al parto y a todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.” (Moore, 1985).

Respecto a la posición durante el parto la OMS indica: "No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo". (Moore, 1985)

Según una revisión de Cochrane que es una red mundial de científicos el parto en posición vertical parece estar asociado con varios beneficios, entre ellos, la reducción en la duración del período expulsivo del trabajo de parto. Sin embargo, aconsejan que debe alentarse a las mujeres a tener el parto en la posición que consideren más cómoda. “Hasta tanto se estimen con mayor certeza los beneficios y riesgos de diferentes posiciones de parto, cuando se disponga de datos de estudios clínicos metodológicamente rigurosos, se debería permitir a las mujeres tomar decisiones informadas sobre las posiciones de parto que deseen adoptar para el nacimiento de sus hijos”. (Gupta JK et al; 2007)

Con estas sencillas medidas se puede reducir la duración del parto y la necesidad de oxitocina, de intervenciones quirúrgicas y de sedantes, mejorando al mismo tiempo las perspectivas de una buena lactancia natural. (Moore, 1985)

Por otra parte, es importante tomar en cuenta durante el segundo periodo del trabajo de parto que es el esfuerzo de expulsión. En casi todos los casos el pujo es un reflejo y se da de manera espontánea, casi porque el cuerpo así lo pide, pero en ocasiones una mujer tal vez no use sus fuerzas de expulsión con ventaja y es deseable o recomendable dirigirla.

Sin embargo, la paciente no debe ser alentada a pujar una vez que se termina una contracción, por el contrario, debe permitirse que ella y el feto descansen y se recuperen. (Cunningham, F.G; et al, 2010).

## **2.4 Prácticas ejercidas durante la labor de parto y sus complicaciones**

- **2.4.1 Uso de Fórceps y sus complicaciones**

El fórceps es una pinza desarticulable diseñada para realizar prensión en el polo cefálico fetal, facilitando su extracción mediante los adecuados movimientos de rotación (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2004). Es utilizado durante el parto operatorio, el diseño a utilizar depende de la posición del feto en su descenso por los distintos planos de la excavación pélvica. Su principal uso es el disminuir el tiempo de la segunda etapa de la labor de parto, que como hemos indicado atrás es la expulsión. (Cunningham et al, 2013)

Entre las indicaciones obstétricas para realización un parto con la ayuda de fórceps está cuando hay una segunda etapa del parto prolongada (en nulíparas cuando el descenso tarda más de cuatro horas con anestesia epidural y tres horas sin anestesia; en multíparas se dice que cuando se tarda más de dos horas con anestesia epidural y una hora sin anestesia), ya que una segunda etapa prolongada se ha asociado con la lesión del suelo pélvico y la hemorragia postparto, aunque los últimos estudios han propuesto que estas complicaciones pueden deberse más a la misma intervención que a la labor prolongada (Wegner & Bernstein, 2016).

Otras de las indicaciones son cuando hay sufrimiento fetal como el caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, distocia de rotación (no se dio una adecuada rotación de la cabeza del feto) y no reactividad cardíaca en el monitoreo fetal (Cunningham et al, 2013). Entre algunas indicaciones maternas está por ejemplo, cuando hay alguna alteración cardiovascular, pulmonar, neurológica donde el pujo pueda complicar dichas condiciones (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2004)

Entre las contraindicaciones se encuentran prematuridad extrema del feto, enfermedades del feto tales como: desmineralizantes (ej. osteogénesis imperfecta), hemorrágicas (ej. hemofilias), posición desconocida del feto, presentación de cara y desproporción céfalo pélvica.

Cuando se considera realizar un parto instrumentado con fórceps se debe cumplir primero que la persona encargada de realizar el procedimiento posea los conocimientos y la experiencia necesaria para su realización, la cabeza debe de estar encajada en el tercer plano, las

membranas deben estar rotas, presentación en la modalidad de vértex y cuello completamente dilatado (Wegner & Bernstein, 2016)

Puede darse la situación que, a pesar de tener todas las condiciones para realizar el parto instrumentado con fórceps, y estos estén bien colocados que no se produzca la expulsión del feto, por lo que Wegner & Bernstein (2016), menciona que se debe de realizar únicamente tres tracciones de la cabeza del feto con el fórceps, si al tercer intento no se logra la expulsión, hay que abandonar el procedimiento y proceder a realizar una cesárea.

Según Wegner & Berstein (2016), el uso de Fórceps está contraindicado si el médico o el paciente cree que el riesgo para la madre o el feto es inaceptable. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Prematuridad extrema del feto.
- Enfermedad de desmineralización fetal (por ejemplo, osteogénesis imperfecta). La seguridad de los fórceps no se ha establecido en los trastornos que resultan en la desmineralización del cráneo. Existe un riesgo teórico para la hemorragia intracraneal, hemorragia extracraneal y otras lesiones cerebrales debido a la deformación craneal o fractura por el uso de estos instrumentos.
- Diátesis hemorrágica fetal (por ejemplo, hemofilia fetal).
- Cabeza no encajada. (La cabeza está encajada cuando el diámetro más ancho [el diámetro biparietal] ha alcanzado o pasado a través de la entrada de la pelvis. Esto

suele ocurrir cuando la parte ósea que conduce ha alcanzado o pasado a través de las espinas ciáticas).

- Posición fetal desconocida.
- Presentación de Cejas o Cara.
- Sospecha de desproporción feto-pélvica.

Las tasas de complicaciones maternas y fetales / neonatales varían ampliamente y dependen de una serie de factores que no son independientes. Estos factores incluyen el tipo de instrumento, la posición de la cabeza en la aplicación, la estación, la indicación para la intervención y la experiencia del operador. Factores como la rotación, la presentación ubicada en un plano superior, una fase expulsiva prolongada del trabajo de parto y la inexperiencia del operador aumentan de forma variable el riesgo de complicaciones. Prácticamente todas las complicaciones asociadas con el parto vaginal operatorio mediante el uso de fórceps también pueden ocurrir en el curso de un parto vaginal espontáneo, pero la incidencia es menor en este último. (Wegner & Berstein, 2016).

Entre las complicaciones neonatales está el trauma del nacimiento del parto asistido por instrumentos como el fórceps, el traumatismo puede ser causado por la compresión de la cabeza y la tracción en las estructuras intracraneales fetales, la cara y el cuero cabelludo, o por colocación subóptima instrumento, y la secuela más grave del trauma es la hemorragia intracraneal.

El uso de fórceps puede causar por lo tanto marcas y laceraciones en la piel, trauma ocular externo, hemorragia intracraneal, hematomas subgaleales, hemorragia retiniana, necrosis lipóidea, lesión nerviosa, fracturas craneales y muerte, parálisis faciales y fracturas de cráneo deprimidas. (Wegner & Berstein, 2016).

Las complicaciones maternas asociadas con el parto instrumental incluyen laceraciones del tracto genital inferior como laceración profunda del surco vaginal, hematomas vulvares o vaginales, lesión del tracto urinario o disfunción miccional que se traduce como una retención o incontinencia urinarias, lesión del esfínter anal, hemorragia, infección local y rehospitalización. (Wegner & Berstein, 2016).

Todas estas complicaciones también pueden ocurrir con el parto vaginal espontáneo, pero el riesgo parece ser mayor con el uso de fórceps. Por ejemplo, los estudios han reportado las siguientes tasas de laceración de tercer / cuarto grado por tipo de parto: parto espontáneo (2%), parto con fórceps (17 a 20%) (Wegner & Berstein, 2016).

- **2.4.2 Maniobra de Kristeller y sus complicaciones**

La maniobra de Kristeller consiste en aplicar presión en el fondo uterino, para ayudar a la salida del feto, durante la fase expulsiva de la labor de parto. Samuel Kristeller, fue quién la describió en 1867, y se vio como un procedimiento novedoso para el parto, el cual consistía en aplicar presión externa utilizando las manos, en caso de que las contracciones fuesen

débiles y por lo tanto insuficientes durante la fase expulsiva.

La duración de la presión debe ser entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y posteriormente debe hacerse una pausa de 0,5 a 3 minutos. El objetivo de este procedimiento, era fortalecer durante el parto las contracciones uterinas, realizando masajes en el útero y presionándolo en el fondo con dirección hacia el canal del parto repetidamente. (Díaz, 2011)

La maniobra de Kristeller es una procedimiento o técnica que por lo general ya no se encuentra explicada en los tratados de obstetricia actuales, por lo cual su enseñanza y **su uso no están regulados en los planes de estudio actualmente**, y su aprendizaje se da por la transmisión de generación en generación de los conocimientos de forma informal y por la experiencia de los médicos más antiguos. (Díaz, 2011)

En un artículo de revisión de Díaz, el autor concluye que la recolección de datos para realizar estudios observacionales sobre la maniobra de Kristeller es difícil, pues por lo general no existen informes o registros en la historia clínica acerca del uso de la técnica, tampoco se informa de los resultados adversos de las misma, para no entrar en conflictos medicolegales, y apenas existen ensayos clínicos aleatorizados que indiquen, con un elevado nivel de evidencia, el camino a seguir. (Díaz, 2011)

En un estudio realizado en 2006 en el Servicio de Neonatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González en México, con una muestra de 263 recién nacidos, se encontró que en estos las maniobras externas, principalmente la maniobra de Kristeller fue uno de los

principales factores de riesgo para traumatismo al nacimiento, asociándose a varias lesiones como cefalohematoma (causado por vasos sanguíneos rotos que causan inflamación por debajo del cuero cabelludo. Un bebé puede tardar inclusive varios meses en recuperarse de este tipo de lesiones), caput succedaneum (es una especie de hinchazón o magulladura de la cabeza del feto que se introdujo primero en el cuello uterino de la madre, se palpa como una masa suave y esponjosa)., **laceraciones y otras como fractura de clavícula y de cráneo.** (García, Rubio & Islas, 2006).

- **2.4.3 Episiotomía y sus complicaciones**

La episiotomía es una escisión o división que secciona el periné y se usa para ampliar el canal de parto (Cunningham et al , 2013), pero como han descrito varios autores los beneficios de la realización de esta de forma rutinaria para facilitar la labor de parto, se pone en duda debido a las posible complicaciones de la paciente en el puerperio (postparto) (Berkowitz & Foust-Wright, 2016).

Entre los objetivos para realizar una episiotomía están:

1. Evitar posible desgarro perineal de III o IV grado, considerada la principal justificación para la realización de la episiotomía de manera rutinaria.
2. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria (Rodríguez & Camacho, 2014)



Berkowitz & Foust-Wright (2016), proponen que se debe considerar una episiotomía cuando se necesita un nacimiento rápido del feto, cuando se encuentra en la segunda etapa de la labor de parto (expulsión) y posee un monitoreo fetal que indica posible sufrimiento fetal. También se podría considerar cuando se va a realizar un parto vaginal operatorio (con uso de fórceps o extractor al vacío, por ejemplo), que ayudaría a la colocación de los instrumentos para realizar esta acción, y además durante la distocia de hombros, que puede aumentar el espacio para que la persona que esté asistiendo el parto pueda introducir los dedos de forma más fácil y así realizar las maniobras necesarias para manejar la distocia de hombros.

Anteriormente se creía que la realización de la episiotomía de forma rutinaria traía múltiples beneficios y la principal justificación es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), pero de todas las consideraciones anteriores según lo publicado por Kilpatrick & Garrison (2016), no se justifica la realización de la episiotomía de forma rutinaria, debido a que se ha observado aumento de lesión del esfínter anal y en la distocia de hombros han habido resultados contradictorios en distintos estudios y no se ha podido establecer un riesgo-beneficio claro, debido a que los estudios realizados hay factores que no se tomaron en cuenta como macrosomía y paridad.

Cuando se consideraba la realización de episiotomía rutinaria se mencionaban algunos “beneficios”, sin embargo, la evidencia no apoya estos, algunos de los “provechos” que se consideraban son:

La reducción del traumatismo de la cabeza del feto, la facilidad de la reparación y cicatrización en comparación con los desgarros perineales, preservación del soporte muscular y la fascia del suelo pélvico, prevención de la laceración del esfínter anal y de la distocia de hombros, pero en ninguno de las situaciones anteriores hubo resultados significativos que justificaran el uso de esta técnica obstétrica de manera rutinaria (Berkowitz & Foust-Wright, 2016), por el contrario se ha visto que hubo un aumento en los casos a largo plazo de incontinencia anal y urinaria, prolapsos del piso pélvico, pérdida de la fuerza de la musculatura del piso pélvico que en un eventual parto futuro puede genera disminución en la fuerza del pujo, también se asocia a problemas sexuales, como dispareunia, desgarros perineales (situación que más bien se buscaba evitar con la realización de la episiotomía) y disminución de relaciones sexuales satisfactorias, además de un número aumentado de complicaciones por infecciones en el puerperio, incluso comparada con partos instrumentado con fórceps por ejemplo, aumentó el número de posibles lesiones al bebé a la hora de realizar el procedimiento así como el dolor local en la madre (Vargas, 2011).

Cuando se hace un uso restrictivo de la episiotomía en diversos estudios clínicos si se ha visto algunas ventajas con el uso de esta como por ejemplo en traumatismo perineal menos severo (riesgo relativo [RR] 0,67; IC del 95%: 0,49 hasta 0,91), menos necesidad de sutura (RR 0,71, 95% CI 0,61-0,81) y un menor número de complicaciones de la herida (RR 0,69, IC del 95%: 0,56-0,85), pero el trauma perineal anterior (RR 1,84; IC del 95%: 1,61 a 2,10) en comparación con el uso rutinario de la episiotomía (75 por ciento de la tasa episiotomía).

No hubo diferencias en trauma vaginal / perineal, dispareunia, incontinencia urinaria (Ber-kowitz & Foust-Wright, (2016).

**Por lo tanto, los distintos autores concluyen que la episiotomía no debe ser un procedimiento de rutina y debe ser de selección en aquellos casos donde el beneficio compense las posibles complicaciones de la realización de esta.**

- **2.4.4 Revisión manual de la cavidad uterina y complicaciones**

La revisión manual de la cavidad uterina (RMCU) es una práctica que se realiza regularmente en obstetricia, la cual consiste una exploración manual de la cavidad uterina con el propósito de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y solución de continuidad en las paredes uterinas. Su uso ha sido desde ser rutinario en diferentes centros de salud hasta cuando existe un alumbramiento incompleto (Sachse, 2013).

Sin embargo, estudios han indicado que la exploración uterina postparto de rutina y el curetaje con gasa del útero son procedimientos dolorosos que no son clínicamente indicados para reducir el riesgo potencial de hemorragia posparto o endometritis, por lo que es innecesario realizarlo de rutina durante el puerperio inmediato al no haber diferencias en la presentación de complicaciones (Sachse, 2013 y Alvirde, 2009).

En un estudio realizado en el Hospital Militar Central en Bogotá, se encontró que existe un riesgo de tres veces mayor en desarrollar endometritis puerperal, en las pacientes que realizaron la RMCU con respecto a las que la desarrollaron sin tener este antecedente (Rincón,

2012). Por estos resultados y los encontrados en otro estudio (Agreda, 1991), se recomienda medidas de asepsia, como el cambio de guantes, recolocar material estéril y volver a utilizar antiséptico en la región vulvo-perineal (Sachse, 2013).

Dada la alta cantidad de inconformidades de la atención obstétrica Sachse (2013) señala que se debe **evitar** este procedimiento a menos que se cuente con la indicación precisa, bajo condiciones que minimicen el dolor que puede sufrir la paciente, de preferencia bajo sedación y con el consentimiento informado por parte de la mujer (Sachse, 2013).

Entre las indicaciones según Sachse (2013) y Alvirde (2009) para practicar la RMCU se consideran:

1. Retención de fragmentos placentarios o membranas
2. Alumbramiento manual previo
3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior
4. Presencia de hemorragia uterina posparto
5. Parto pretérmino
6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor
7. Enfermedad hipertensiva del embarazo
8. Parto fortuito

## 9. Óbito

En la "Guía de atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto", emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social en el 2009, señala entre las tareas del tercer periodo del parto (alumbramiento) se debe examinar cuidadosamente el canal de parto, pero no se deben hacer maniobras de limpieza del útero (C.C.S.S,2009). Por lo que la RMCU no estaría incluida como rutina en la Guía Nacional.

- **2.4.5 Realización del tacto vaginal a la embarazada y complicaciones**

La Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social (2009) establece que: “el examen vaginal se realizará por la persona responsable cumpliendo todas las condiciones de asepsia, de forma gentil, respetuosa y cuando la mujer esté lista para ello. Si por razones de docencia se desea realizar nuevamente esto sólo podrá realizarse con el debido consentimiento de la mujer.”.

A forma de comparación, la Guía de la C.C.S.S puede brindar información poco detallada sobre los lineamientos a seguir para la realización del tacto vaginal. Cuando se revisa la Guía de Manejo Intraparto del NICE (2014), ésta enumera una serie de consideraciones médico legales a tomar en cuenta antes de la realización del examen: “estar seguro de que el examen es necesario y que agregará información importante en el proceso de toma de decisiones; reconocer que el tacto vaginal puede ser muy estresante para una mujer, sobre todo si está

con dolor, muy ansiosa y en un ambiente poco familiar; explicar la razón del por qué se debe hacer el tacto vaginal y que conlleva este; asegurar que la mujer esté dando su consentimiento informado, la privacidad de la mujer, dignidad y confort; así como explicar la sensibilidad de los hallazgos del tacto vaginal y cualquier impacto que tendrán en el manejo del parto tanto a la mujer como a su acompañante.”

Una descripción clara y poco abierta a la interpretación libre en cuanto a la realización del tacto vaginal en la mujer embarazada puede ser un factor determinante para que una paciente considere o no que le han dado un buen trato, pudiendo incidir significativamente en el número de demandas por concepto de violencia obstétrica.

En relación con la frecuencia con que se debe realizar el tacto vaginal la Guía de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General de México (2014) establece que, en la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos) y con guantes estériles. Considerando que la Fase activa de la labor de parto demora en promedio 5 horas, se le deben realizar al menos 2 tacto vaginales a la paciente, para asegurar las condiciones cervicales de la paciente y determinar el manejo durante la fase expulsiva.

- **2.4.6 Hidratación de la mujer durante el parto**

La Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social (2009) establece que: “Se debe mantener una

adecuada hidratación de la mujer ofreciendo líquidos y bebidas nutritivas para evitar la deshidratación y la cetosis en el 100% de las mujeres. El ayuno no está permitido durante el parto normal.” La Guía Intraparto del NICE (2014) no establece lineamientos específicos sobre el manejo de la hidratación oral y diuresis (aumento de la cantidad de orina) de la mujer.

La Guía de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General de México (2014) establece en relación con la vigilancia de la diuresis en la mujer: “Favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto”.

- **2.4.7 Anestesia durante la labor del parto**

En la Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social (2009), el uso de anestesia o analgesia únicamente mencionado en los casos de cesárea (anestesia epidural o general) y episiotomía (anestesia local).

La Asociación Americana de Anestesiólogos (American Society of Anesthesiologists [ASA], 2016) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ( [ACOG], 2011 ) mencionan que

una de las indicaciones para el uso de la anestesia epidural en mujeres embarazadas es si esta lo manifiesta.

La ASA (2016) define la anestesia obstétrica como: "Anestésico periparto y actividades analgésicas realizadas durante el trabajo de parto y parto vaginal, parto por cesárea, extirpación de placenta retenida y ligadura tubárica postparto" (p.1).

Sin embargo, una definición de la anestesia no es suficiente sino, es importante además el conocimiento de las características que debe de poseer una adecuada anestesia en la labor de parto, las cuales son: "alivio eficaz del dolor, seguridad, efectos mínimos sobre el progreso o el resultado del parto, efectos mínimos sobre el feto o el recién nacido, efectos secundarios mínimos maternos, bloqueo motor de la extremidad inferior", además de que puede presentar: "prurito y náusea" (Silva & Halpern, 2010).

Para este proceso existen diversos tipos como la anestesia epidural, espinal o una combinación de ambas (ACOG, 2011). La más conocida y accesible en la C.C.S.S es la anestesia epidural, además de que, como se mencionó en un artículo de New England Journal of Medicina (Hawkins; 2010) ésta es la preferida en la labor de parto.

Entre las contraindicaciones sobre su uso se encuentra: coagulopatías (bajo el tratamiento de heparina profiláctica y heparinas de bajo peso molecular), hipovolemia no corregida (disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo, es la principal consecuencia de hemorragias importantes), hipertensión endocraneana, poca preparación del equipo de anestesiología, pero si no presenta ninguna de estas condiciones, no hay razón por la cual negarle



a una mujer embarazada anestesia epidural durante su labor de parto (Silva & Halpern, 2010; Bilić et al., 2015).

Otro punto para tomar en cuenta son los efectos adversos en el uso de la anestesia. Dentro del principal punto de controversia respecto al uso de la anestesia epidural es si su uso durante la labor de parto se asocia a un incremento en el número de partos asistidos quirúrgicamente (Rimaitis et al., 2015; Sohaib & Ismail, 2015). Sin embargo, en múltiples artículos han revelado que el uso de anestesia no los incrementa ni tampoco los disminuye (Hawkins, 2010; Bilić et al., 2015; Rimaitis et al., 2015). Además, concuerdan los estudios (Bilić et al., 2015; ASA, 2016) y la opinión médica (Sohaib & Ismail, 2015), que el uso del bloqueo epidural aumenta el segundo periodo de la labor de parto. Entre los otros efectos adversos se tiene: hipotensión materna (la presión arterial es mucho más baja de lo normal), analgesia inadecuada, punción accidental en la duramadre y dolor de cabeza punción postdural, daño de los nervios, infección de la punción que resulta en un absceso epidural o meningitis e incluso un hematoma epidural (Silva & Halpern, 2010).

## **2.5 Atención durante el parto por parte del personal de salud**

El parto definitivamente es un evento que cambia la vida. Los cuidados que una mujer recibe durante la labor de parto tienen el potencial de afectarla, física y emocionalmente, a corto, mediano y largo plazo, y de afectar la salud de su bebé. La buena comunicación, apoyo y

compasión por parte del equipo hospitalario, así como respetar los derechos de la paciente, pueden ayudarla a sentirse en control de lo que está pasando y contribuye a hacer de ese nacimiento una experiencia positiva para la mujer y quienes le acompañan (NICE, 2014).

Se han identificado inconsistencias en el cuidado en un número de áreas, como escoger el lugar de parto, cuidados durante la fase latente de la labor de parto, asesoramiento y monitoreo fetal durante la labor (particularmente cardiotocografía comparado con auscultación intermitente) y manejo de la tercera etapa de la labor (NICE, 2014). Estos y otros temas serán tratados en este trabajo.

Según Uribe et al. (2008) el bienestar materno durante el parto está asociado fuertemente al buen trato recibido por parte del personal de salud. En la investigación que realizaron Uribe et al (2008) describieron que el concepto de bienestar para las pacientes en periodo de parto y postparto toma en cuenta lo confortable que pueda constituirse el entorno físico y las necesidades básicas satisfechas. Además, se deben considerar como imperativo el cuidado, el acompañamiento, guía y el afecto del profesional, junto a aquellos factores relacionados con el contacto libre permanente entre la madre, la persona significativa y el hijo, para mantener o mejorar las experiencias de las usuarias de los servicios de salud (Uribe et al., 2008).

La Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social (2009) es el documento médico legal que establece los lineamientos **básicos para la atención de la mujer en el periodo del parto en Costa Rica**, así como los derechos de las parturientas y deberes del personal de salud (médicos, enfermeras obstetras, auxiliares de enfermería y residentes de ginecoobstetricia). Seguir los

pasos que establece la misma, es el mínimo necesario para llevar a cabo un manejo integral de la paciente. Lograr un buen manejo de la paciente y que ésta se sienta satisfecha con la atención es un factor que disminuye el número de demandas por concepto de violencia obstétrica.

En cuanto al cuidado integral en este periodo la guía supra indicada trata tres ejes fundamentales: primero, la evaluación del estado emocional; segundo, información en todo momento sobre el progreso de la labor de parto y los pasos a seguir según el plan médico así como el respeto a las decisiones de la mujer sobre el manejo de su parto y tercero, proporción de un ambiente adecuado. Los ejes se evalúan tanto en preparto como en cada una de las fases del parto: latente, activa, expulsivo y alumbramiento.

En referencia a lo anteriormente citado, dicha guía en cuanto al eje de manejo emocional de la paciente establece que “se debe explorar el estado emocional de la mujer y la necesidad de apoyo (durante todo momento del internamiento, incluido preparto, cada una de las fases del parto y postparto). Además, se les debe brindar orientación y apoyo: escuchando sus temores, aclarando sus dudas, explicándoles con palabras claras y sencillas como va su labor. Se debe preguntar a las pacientes que necesitan y respetar su derecho de conocer y dirigir su propio parto. El trato recibido de parte de los profesionales de salud debe ser dignificante y respetuoso en todo momento.”.

En cuanto al eje de información en todo momento sobre el progreso de la labor de parto y los pasos a seguir, así como respeto a las decisiones de las mujeres sobre el manejo de su parto, la mencionada guía de la C.C.S.S (2009) cita: “Orientar y apoyar a la embarazada sobre los

pasos a seguir, para disminuir la ansiedad y dar seguridad durante la labor de parto. Evacuar las dudas y dar confianza. Facilitar el manejo de la contracción por medio del trato respetuoso y dignificante por parte de todo el personal, acompañamiento efectivo por una persona de confianza, dar la información sobre el progreso de la labor y permitir que la mujer exprese sus sentimientos y emociones. Discutir con la mujer la conducta a seguir considerando su condición y tomando en cuenta el plan de parto de la gestante. Preguntar y respetar los deseos individuales de cada embarazada para proporcionar el ambiente adecuado”.

“En relación con el eje de proporción de un ambiente adecuado durante el parto, la guía de la C.C.S.S (2009) establece: “Debe asegurársele a la paciente las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable.”

### **Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social vs. la Guía de Manejo Intraparto del NICE.**

Descrito los lineamientos legales en Costa Rica para el acto médico durante el periodo de parto de las pacientes, procederemos a complementar las sugerencias que plantea la Guía de manejo intraparto del National Institute for Healthcare Excellence (2014), lo anterior, a fin comparar ambas guías y detectar de esta forma si existe información ambigua en la guía nacional que pueda desenlazar una omisión de actos médicos necesarios para el bienestar de la paciente. Recordemos que la omisión de actos médicos necesarios según sea la condición

de la paciente, se considera negligencia e imprudencia y es causa de un gran número de demandas contra los servicios de Obstetricia en Costa Rica (Solórzano, 2016).

La Guía de Manejo Intraparto del NICE (2014) al igual que la Guía de Atención integral a mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense del Seguro Social (2009), en relación al eje emocional establece que toda mujer debe ser tratada con respeto, se debe asegurar que la paciente tiene el control y está involucrada en lo que le pasa a ella. Para facilitar lo anterior, se le debe preguntar a la mujer sobre sus expectativas, sobre la labor y estar al tanto de la importancia del tono y ademanes que se usan al comunicarse con ella, así como las palabras utilizadas.

Esto incluye saludar a la mujer con una sonrisa y darle una bienvenida personal, establecer las necesidades de lenguaje de la misma, presentarse a sí mismo y explicarle el rol propio en el cuidado de la salud de ella; preguntarle a la mujer si hay algo en especial que le preocupe; discutir el plan de parto que desea la mujer junto con ella; incentivar a la mujer a adaptar el ambiente a sus preferencias personales; solicitar el permiso de la paciente antes de cualquier procedimiento u observación, antes de centrar la atención en la documentación o tecnología. En cuanto al apoyo emocional se incentiva a la mujer a tener un compañero de su confianza durante el proceso, en ambas guías.

A diferencia de la guía de la C.C.S.S, la guía del NICE establece, además: asesorar a la mujer sobre las posibles opciones de manejo del dolor y la escogencia de la mejor para ella, así

como explicarle las formas de solicitar ayuda al personal, que puede solicitar dicha ayuda en todos los momentos que sea necesario y dejarle en claro que usted volverá pronto, antes de irse de la habitación.

En relación al eje de brindar información en todo momento sobre el progreso de la labor de parto y los pasos a seguir según el plan médico, así como el respeto a las decisiones de la mujer sobre el manejo de su parto, al igual que la guía de la C.C.S.S, la guía del NICE establece que se le debe explicar, en especial a las nulíparas (madres primerizas), que esperar que va a pasar durante las etapas de la labor de parto. Durante la fase expulsiva, al igual que la guía de la C.C.S.S, la guía del NICE establece una serie de parámetros y actos médicos a realizar, sobre todo en el área clínica, que no son el objetivo de este trabajo. Es importante explicarle a la mujer los beneficios del manejo activo de la tercera fase de la labor de parto, pero esta decisión debe ser tomada por ella, si prefiere el manejo fisiológico o activo del mismo, esto según lo establecido en la guía de manejo intraparto del NICE (2014), por su parte la Guía de la C.C.S.S (2009) no define que este punto deba ser determinado por la mujer.

## 2.6 Instrumentos internacionales

En el marco normativo internacional existen diferentes instrumentos que guardan relación estricta con la figura de estudio.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece el derecho a la igualdad en la atención de la salud y que no haya discriminación por motivos de clase social, edad, raza o etnia (ICESCR, 1966).

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra la Mujer proclama la plena igualdad hombres y mujeres, reconoce la importancia de la maternidad, el gran papel de la mujer en la procreación y que lo anterior no debe ser causa de discriminación. “...Los Estados garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (Art 12, inc. 2, CEDAW, 1979).

La Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña, establece en su preámbulo que "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especial, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". Tiene el derecho intrínseco a la vida, los estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo del niño (Art. 6). Reconocen que aquel que se encuentra mental o físicamente impedido y deba recibir cuidados especiales, los mismos serán gratuitos, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del mismo, también que

tenga un acceso efectivo a los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación y a todo tratamiento médico, psicológico y funcional (Art.23).

También resulta de importancia, la afirmación que realiza la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, en donde indica que la violencia contra la mujer, constituye un límite y una violación al reconocimiento, pleno goce y ejercicio de derechos humanos y de las libertades fundamentales, considerándola una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder que afecta a todos los sectores de la sociedad sin distinción. La misma consta de cinco capítulos y un articulado extenso referido de cuáles son los derechos protegidos, los deberes de los estados y los mecanismos interamericanos de protección, define a la violencia contra la mujer como “toda acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento, físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art.1, Belém do Pará, 1994).

En el mismo año en la IV Conferencia Internacional de Poblaciones y Desarrollo en El Cairo, se fue construyendo el consenso de trabajar los temas de la reproducción y sexualidad, bajo un enfoque basado en derechos humanos (OMS, 2014).

## **2.7 Reconocimiento legal de la VO**

La VO podría encuadrarse en dos ámbitos inclusive, ya sea como como violencia de género, o como violencia contra los pacientes, esto es, desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano según Villaverde, M. 2006. Como ya hemos expuesto en otros capítulos



se puede entender que la violencia obstétrica es una especie de mala praxis médica unida a violencia de género.

**En el ámbito nacional:**

En el 2009, la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S), instauró pautas que obligan al respeto del derecho de las mujeres de apropiarse de su parto y la potestad de exigir su derecho a sentirse cómodas a la hora del alumbramiento y son de carácter obligatorio en la Red de Servicios de la CCSS (C.C.S.S, s. f.). Sin embargo, esta guía no incluye la definición de violencia obstétrica, ni tampoco está elaborada desde una perspectiva de género y de derechos humanos.

(Vanegas - Dr. Enrique Luis Graue Wiechers.pdf, s. f.) En el marco legal en nuestro país existen conjuntos de normas que regulan la prestación del servicio, tales como: La norma Oficial de Atención Integral a las mujeres Embarazadas de Najó 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 postparto. 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.

(Vanegas - Dr. Enrique Luis Graue Wiechers.pdf, s. f.) A pesar de una mayor cobertura, bajas tasas de mortalidad materna, altas tasas de partos hospitalarios y otros logros sociales, el país no cuenta con leyes o políticas que aborden específicamente la atención del embarazo, el

parto y el puerperio. Sumado a esto, algunas regulaciones existentes, por ejemplo, la Guía, no se cumplen en su totalidad o se cumplen sin una vigilancia estricta o institucional, como se verificará más adelante. Organismos internacionales como el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESCVI).

Como se indicó anteriormente, y varios apartados atrás, la violencia obstétrica deriva de la figura de violencia contra la mujer como tal. Ahora bien, ya conociendo qué es la violencia contra la mujer, la cuestión que debemos plantearnos es: Qué tipo de atención institucional en este tema existe en Costa Rica.? Y es que resulta de interés este planteamiento ya que la mayoría de los y las ciudadanas sólo tienen conocimiento y muy escaso, dicho sea de paso, de la posibilidad de acudir ante el Poder Judicial a plantear una denuncia en caso de una situación de violencia doméstica.

Ahora bien, desde el 2008 Costa Rica cuenta con la Ley 8688 la cual da origen al Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar también llamado PLANNOVI. Dicho sistema es la Instancia de deliberación, concertación, coordinación y evaluación del accionar entre el Instituto Nacional de las Mujeres, y las demás instituciones y organizaciones descentralizadas del Estado y relacionadas con la materia de violencia contra las mujeres. (Artículo 1, Ley 8688).

Este sistema está conformado por 22 instituciones del sector público entre ellas: el Ministerio de Educación Pública; Ministerio de Justicia y Paz; Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Cultura Juventud y Deportes; Ministerio de Seguridad Pública; Ministerio de Trabajo y

Seguridad Social, Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos; Ministerio de Planificación y Política Económica; Caja Costarricense de Seguro Social; Instituto Mixto de Ayuda Social; Instituto Nacional de Aprendizaje; Patronato Nacional de la Infancia; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; Consejo de la Persona Joven; Universidad de Costa Rica; Universidad Nacional de Costa Rica; Instituto Tecnológico de Costa Rica; Universidad Estatal a Distancia; Poder Judicial; Defensoría de los Habitantes; Red Nacional de Redes Locales de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

El objetivo principal de dicho sistema es garantizar el cumplimiento de los mandatos establecidos por convenciones ya existentes y ratificadas por el Estado costarricense y la legislación del país, como por ejemplo los ya establecidos en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará.

Dicho plan brinda a su vez a las personas afectadas por violencia contra las mujeres y/o violencia intrafamiliar, una atención integral que les permita mejorar y recuperarse de la situación y a la vez trazar un nuevo proyecto de vida aparte y lejos de cuadros de agresión, además que dicha política busca propiciar cambios en la cultura costarricense que bien podríamos decir, es una cultura machista en las que se promueven desigualdades y masculinidades violentas.

Es importante destacar que el INAMU tiene a disposición de las ciudadanas, redes locales de atención y prevención y según el artículo 13 de la ley supra indicada, están conformadas, de

manera obligatoria, por representantes de las instituciones gubernamentales que tengan presencia local y, de manera voluntaria, por representantes de las organizaciones no gubernamentales y actores civiles que deseen integrarse. En la actualidad, se cuenta con información de que funcionan alrededor de 80 redes en todas las provincias, en diferentes cantones y distritos del país.

**En el ámbito internacional:**

La violencia obstétrica es un término recientemente adoptado en varios países latinoamericanos, la cual hace alusión al conjunto de prácticas que degradan, intimidan y oprimen a las mujeres en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto (Arguedas, 2014).

A lo largo de los años, diversos autores han demostrado que los abusos y malos tratos durante la atención del parto y en los centros de aborto están generalizados en diferentes partes del mundo y constituyen una violación de los derechos fundamentales de las mujeres, por lo que los países deben promulgar y promover leyes que protejan dichos derechos humanos.

(Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) refiere que el primer país del mundo en definir formalmente la violencia obstétrica fue en Venezuela, que fue incluida en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que entró en vigor en marzo de 2007, el artículo 15 de la Ley enumeró la violencia obstétrica como una de las 19 formas punibles de violencia contra la mujer.

El primer país en acuñar dicho concepto e incluirlo en las regulaciones del estado de manera legal fue Venezuela con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida sin violencia en el 2009, en la cual se define la violencia obstétrica en el Art. 15, párr. 13.: Como la “apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos reproductivo por el personal de salud, en la forma de trato deshumanizante, medicalización abusiva y patologización de procesos naturales, involucrando la pérdida de autonomía de la mujer y la capacidad de hacer libremente sus propias decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, lo cual trae consecuencias negativas para la calidad de vida de la mujer” (Inter-American Commission of Women & Organization of American States, 2012).

A partir de dicha ley, Argentina procedió a incluir la violencia obstétrica en la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” donde define la VO como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y en los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.(Belli, 2013)

Según la ley orgánica venezolana y Belli 2013, los siguientes son actos constitutivos de violencia obstétrica:

- 1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los

medios necesarios para la realización del parto vertical.

3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

5) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En otros países, aunque no exponen explícitamente el término de violencia obstétrica, hacen alusión a la misma mediante sus leyes, como es el caso de Uruguay y la Ley para la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva del 2008, que afirma que el proceso de dar a luz debe ser tan humano como sea posible, al mismo tiempo que se garantiza privacidad, respeto del reloj biológico y psicológico de la mujer y de sus costumbres y prácticas culturales, y evitando prácticas invasivas o intrusivas o tratamiento innecesarios (Organización de los Estados Americanos, 2012). En Ecuador, la Ley Orgánica toma un enfoque multicultural, al elaborar una “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” (Belli, 2013), en el que se afirma que, durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, se respetará los conocimientos tradicionales y prácticas de las personas indígenas y afro-ecuatorianas, asegurándose que la integridad mental y física de la persona no sea comprometida. (Inter-American Commission of Women & Organization of American States, 2012).

El comité de expertos del “Mecanismo de seguimiento de la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” (MESECVI) recomienda que los países incluyan no sólo que la violencia obstétrica es un delito castigable, sino también los elementos que constituyen un proceso natural antes, durante y después del parto, evitando el uso excesivo de medicaciones y en el cual las niñas adolescentes y mujeres son apropiadamente informadas y disfruten las garantías necesarias para asegurar su libertad y consentimiento voluntario con respecto a los procedimientos asociados con su salud sexual. (Inter-American Commission of Women & Organization of American States, 2012).

(Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras, 2018) De acuerdo con la legislación venezolana, los responsables de cualquiera de los hechos a que se refiere el artículo 51 serán sancionados con “multa de doscientos cincuenta (250 UT)” y deberán remitir copia certificada de la sentencia firme al colegio profesional correspondiente. u organización del trabajo, a los objetivos del método disciplinario correspondiente. Mediante la Providencia Administrativa SATDC-DS-N° 038, a partir de este 02 de enero de 2023, entró en vigor el nuevo monto correspondiente al valor de la Unidad Tributaria del Distrito Capital, equivalente a **cincuenta bolívares con cuarenta y un céntimos (50,41)**.

(Belli, 2013) La legislación pionera en esta materia fue Argentina, donde en 2004 se sancionó un primer ordenamiento, la Ley 25.929 sobre los derechos de los padres y los hijos en todo el proceso del parto, conocida como Ley del Parto Humanizado, y en 2009 se publicó la Ley 26.485 sobre la custodia integral del niño a prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra

las mujeres en los espacios en que desarrollan sus relaciones interpersonales. Se lee lo siguiente:

Artículo 6.e): “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Según (Belli, 2013) “Esta definición incluye no solo a los especialistas que trabajan durante el parto, sino también a todo el personal relacionado con el servicio y que trabaja con una mujer embarazada. También señala que la violencia obstétrica está asociada no solo a la violencia física sino también a la mental.

Las posibles sanciones, lo que se indica es genérico; El artículo 6 propone: “Las infracciones a las obligaciones derivadas de esta ley, por parte de las obras sociales y de las instituciones médicas prepagadas, así como las infracciones por parte de los profesionales de la salud y sus auxiliares y de las instituciones donde presten servicios, serán consideradas delitos con sanciones graves, sin perjuicio la correspondiente responsabilidad civil o penal”. La organización desarrollada para la gestión de quejas tiene como objetivo influir en la optimización de la organización y las condiciones de los centros de atención y evitar la desventaja de los expertos.

Después Venezuela, diferentes países latinoamericanos, incluido México, han incorporado a su legislación el derecho a una vida libre de violencia. En 2007 se promulgó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyos objetivos son la prevención,



sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres, así como los principios y medios para garantizar una vida libre de violencia, pero hasta el momento, no cubre explícitamente los tipos de violencia obstétrica. 25 de abril de 2019, Presentación a consideración de inclusión de tipos de violencia en el artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en Violencia Obstétrica (Grupo de Información Reproductiva Seleccionada (GIRE), 2015; Sistema Información Legislativa (SIL), 2019).

Así, podemos observar el caso pionero de Venezuela, cuya legislación ofrece respuesta a esta triste pero frecuente demanda, estableciendo inclusive una multa en caso de que se incurra en alguno de los supuestos del artículo 51 de la Ley Orgánica.

Igualmente, en otros países, como Argentina o México, la violencia obstétrica está claramente tipificada. En Argentina, mediante la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado de 2004, y en México, mediante la modificación en 2014 de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia.

Y aunque existe regulación jurídica, en Argentina las leyes en esta cuestión al parecer no suelen ser muy efectivas, lo que ha llevado al Ministerio de Justicia de dicho país a crear una página web sólo para denunciar estos casos.

En España, por otro lado, podemos encontrar las siguientes legislaciones con relación al tema:

1. La Constitución Española, en su artículo 43, apartado 1, dice que: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud».

2. La Ley 41-2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del o la paciente, expone cuáles son los derechos y obligaciones de los pacientes, además estipula que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes, que pueden siempre negarse a los tratamientos si así lo consideran. Los profesionales, por su parte, están en la obligación de prestar un servicio correcto, en apego a los deberes de información y documentación clínica y respetando siempre las decisiones de los pacientes.

El proporcionar información implica hacerlo igualmente del modo más adecuado: es decir, en el caso de la labor de parto la mujer se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad y necesitado de delicadeza, por lo que la información que se le facilite debe ser teniendo en cuenta dichas circunstancias. Tómese en cuenta que la información no es algo optativo, es un imperativo legal, ético y deontológico.

3. La Ley 14-1986, del 25 de abril, General de Sanidad (artículo 10.5) reconoce como un derecho del paciente el que se le dé la información en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, que dicha información sea completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, y que incluya el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, es decir, sin tecnicismos.

En el artículo 10.12 de dicho cuerpo normativo se reconoce el derecho de utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así como el deber que tienen las administraciones sanitarias de dar una respuesta por escrito en los plazos establecidos. Lo malo de esto, es que dichos formularios tienen nulo poder sancionador y a veces ni siquiera los usuarios de éstas reciben respuesta alguna.

4. Por último, la Ley 44-2003 del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias.

Ahora bien, con base a lo expuesto líneas atrás vemos cómo no existe en España ningún reconocimiento legal de la figura de la violencia obstétrica como tal, aunque en las diferentes legislaciones autonómicas de dicho país podemos encontrar algunos aspectos concretos relativos a aspectos como la independencia de la madre o la defensa del proceso natural del parto. Por ejemplo, en la comunidad de Andalucía, en el decreto 101-95 se recogen derechos como la no medicalización del parto, el derecho al contacto piel con piel, al acompañamiento, etc.

En 2008, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno de España publicó la denominada *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que se ha convertido en la referencia de actuación en la materia para todo el territorio español. Su objeto principal es la humanización del parto, para lo cual desea potenciar la atención al parto normal y eliminando

intervenciones médicas innecesarias.

Las recomendaciones que se proponen en dicha estrategia resultan ser una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de los hospitales españoles. Derivados de esta Estrategia, se han elaborado varios documentos, como: *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones* (2009), *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal* (2010), y la *Guía de práctica clínica de atención al embarazo y al puerperio* (2014).

No obstante, analizando en concreto la situación de España, si se requiriera denunciar por la vía legal un acto de VO, resultará extremadamente complejo, porque no existe ningún trasfondo legal como tal. Cualquier paciente en general que denuncie a la justicia la mala praxis de un profesional de la medicina tendrá que, aparte de superar una larga serie de obstáculos, deberá asumir los costos económicos del litigio, para que al final exista la posibilidad que el caso ni siquiera se eleve a juicio. Panorama que actualmente resulta similar en Costa Rica.

### **2.7.1 ¿Cómo se puede prevenir la VO?**

Para prevenir la violencia obstétrica, en primer lugar, el personal de salud debe estar involucrado, comprometido y educado con la causa. En segundo lugar, para que haya un progreso en la materia de estudio, debe establecerse una relación de igual entre médico y

paciente, responsabilizando a la mujer gestante de su propia salud, y ésta a su vez exigiendo información y participación. En tercer lugar, se debe humanizar la medicina.

*Por otro lado, contamos con recomendaciones de la OMS para prevenir la VO, ya que, en 1985, la misma publicó unas recomendaciones (OMS, 1985: 436-437), que suelen llamarse La declaración de Fortaleza, con ocasión de una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza (Brasil. Las recomendaciones se basan en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada, que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de dicha atención, y que los factores sociales, emocionales y psicológicos resultan decisivos.*

Parte de las recomendaciones es que las mujeres deben poder elegir, que debe existir información pública sobre los hospitales y sus estadísticas, que las cesáreas nunca deben superar el 10-15 %, y se insiste en la disconformidad de rituales de medicalización sin justificación como lo son episiotomías (los famosos piquetes), inducciones, administración rutinaria de fármacos como la oxitocina artificial, ruptura artificial de membranas, etc.; debe fomentarse el contacto piel con piel y la no separación de la madre y el recién nacido, fomentando así la lactancia materna.

Además, en el mes de marzo de 2018, la OMS ha publicado un documento llamado *Recomendaciones. Cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva*, que ratifica una vez más el contenido de la Declaración de Fortaleza expuesta líneas atrás y añade en esta

nueva publicación 56 recomendaciones sobre atención al parto, orientadas mayoritariamente a reducir al mínimo la intervención médica en partos de bajo riesgo y en los que no se presenten complicaciones, y con el propósito de que las madres puedan tomar decisiones sobre sus propios partos y conseguir así una experiencia más positiva.

El consentimiento informado se puede definir como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». El consentimiento informado es el procedimiento médico formal destinado a aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, el derecho de cada individuo a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. Un consentimiento informado debe explicar al detalle y sin tecnicismos en qué consiste el procedimiento al que se va a someter el paciente para que éste lo apruebe explícitamente. Si se usase el consentimiento informado en el proceso de labor de parto se reducirían notoriamente los casos de VO, ya que resulta frecuente que en la práctica de la medicina se realicen diagnósticos y terapias sin la aprobación previa de las mujeres. Nuevamente, la paciente debe poder participar en las decisiones médicas que se acoplen a su caso particular. Tómese en cuenta que en los consentimientos informados de obstetricia se deberán explicar de manera correcta y amplia los riesgos y/o efectos secundarios de una intervención médica como lo es la episiotomía.

Ahora bien, otra medida preventiva sería el Plan de Parto, el cual trata de un soporte

documental que recoge las voluntades y preferencias de la usuaria o paciente. Aquí es donde la madre gestante puede indicar al personal si acepta o no alguna o algunas intervenciones médicas.

En ese mismo sentido, otra medida es promover el reconocimiento Ihan de más centros médicos. Dichos centros de salud serían reconocidos internacionalmente por "humanizar" la asistencia al nacimiento y promover la lactancia materna.

Pero entonces, **¿qué es un Hospital IHAN?**

En un primer momento se denominó «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños»; fue lanzada por la OMS y Unicef, y debe renovarse cada poco tiempo. En España actualmente sólo 19 hospitales españoles poseen la acreditación, aunque hay unos ochenta más en vías de obtenerla. En México por otra parte tenemos un total de 38 centros médicos acreditados, y en nuestro país hay un total de 12, los cuales son:

1. Hospital Carlos Luis Valverde, San Ramón
2. Hospital San Vicente de Paul, Heredia
3. Hospital San Rafael, Alajuela
4. Hospital San Francisco de Asís, Grecia
5. Hospital William Allen, Turrialba
6. Hospital La Anexión, Nicoya

7. Hospital de la Mujeres Adolfo Carit, San José.
8. Hospital Tony Facio, Limón
9. Hospital Max Terán, Cartago
10. Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas.
11. Hospital de Guápiles.
12. Hospital San Juan de Dios

Un hospital Ihan debe respetar continuamente el criterio de la parturienta, no realizar maniobras sin su consentimiento, permitirle adoptar las posturas que ella desee, respetar sus ritmos, minimizar el uso de instrumentos, y favorecer el primer momento y claramente promover la lactancia materna.

Como mencionamos líneas atrás. Este tipo de designios a los hospitales es porque humanizan la asistencia al nacimiento y promueven la lactancia materna. Según la página web del IHAN, la iniciativa de implementar este modelo de hospitales llamados: “Amigos del niño” fue lanzada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el objetivo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y humanizar la asistencia al momento del nacimiento.

Como hemos ventilado con anterioridad, la lactancia materna tiene múltiples beneficios a



corto y largo plazo tanto para la salud de la madre como del niño. Grosso modo, entre los beneficios para la madre, la lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama y ovarios, así como algunas enfermedades cardiovasculares. Para el niño, la lactancia contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad, en particular durante el período neonatal, y además aumenta su coeficiente intelectual.

La implementación de la iniciativa de los hospitales amigos del niño, la niña y la madre, ha incrementado las tasas de lactancia materna exclusiva, reduciendo a su vez la incidencia de enfermedades digestivas durante el primer año de vida y mejora el cociente de inteligencia y el desempeño académico de los niños. Como dato relevante, es importante destacar que la región de América Latina y el Caribe tiene el porcentaje más alto de nacimientos en establecimientos de salud a nivel mundial (89%); sin embargo, solo cerca de un tercio de los infantes es alimentado exclusivamente con leche materna.

Ahora bien, en el país hay un total de 12 centros médicos que cuenta con dicho galardón. Sin embargo, ¿qué protocolo debe seguirse para designar un hospital de tal modo? Y es que, para ello, **la Caja Costarricense del Seguro Social en su Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña Caja Costarricense de Seguro Social, nos indica que se debe cumplir con los 10 siguientes pasos:**

**1.** Primeramente, tener una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente.

Es decir, que se cumpla plenamente con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

Dicha política debe ser comunicada adecuadamente a las mujeres embarazadas y a las madres, en un formato tipo resumen o guía, en lenguaje sencillo y con formato atractivo. Este y cualquier otro material de difusión deberá estar traducido en los idiomas oficiales de la comunidad autónoma.

Posteriormente, entra la fase 2, que es lo conocido como la de difusión que se puede realizar por medio de posters u otros documentos expuestos en el área de Maternidad, zonas de acceso habitual de madres y familias con lactantes y niños pequeños, y en las zonas frecuentadas por las gestantes y sus familias de cada centro de servicio de salud.

Una vez remitida la política, el coordinador de la lactancia del Hospital añadirá el método de auditoría.

La fase 3 es la de auditoría, y la fase 4 que es la final es cuando se evalúan todos los aspectos anteriormente expuestos y además se realizarán entrevistas a los profesionales a fin de confirmar el conocimiento y manejo de la política.

**2.** Entrenar al personal de salud a fin de que desarrollen las habilidades necesarias para poner en práctica la política acerca de la lactancia, ya que se requiere una formación en lactancia materna adecuada a las distintas funciones de cada puesto de trabajo.

Además deben quedar establecidos la metodología necesaria que asegure que las nuevas incorporaciones de personal, conocen durante la primera semana de su incorporación al empleo, la política en vigor y que recibirá la formación completa y necesaria durante los primeros 6 meses de trabajo.

Todos los profesionales con responsabilidad directa en el cuidado de las embarazadas y madres deben recibir formación teórico-práctica completa, de al menos 20.

**3.** Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia. Bajo esta primicia, todas las mujeres embarazadas deben recibir, antes de la semana 32-34 de gestación, información actualizada y clara sobre los beneficios que aporta el amamantamiento y el manejo del mismo.

La información sobre el manejo del amamantamiento debe incluir: La importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto y la importancia de la posición y el agarre correcto un amamantamiento exitoso así como promover que dicha alimentación sea a libre demanda. Por otro lado, todo material escrito destinado a las mujeres embarazadas debe ser adecuado y acorde a los conocimientos científicos libre de publicidad de sucedáneos de leche materna (es decir, sustitutos tipo fórmula), chupones, chupetas, etc.

**4.** Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto, en un entorno tranquilo y siempre y cuando el menor tenga la posibilidad de amamantar. Es importante recalcar, que el contacto piel con piel es fundamental ya que primeramente calma al recién nacido, regula su frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la temperatura corporal. La madre, por otro lado, sufre importantes cambios físicos y emocionales en esta

etapa del alumbramiento, que la preparan para el amamantamiento y a desarrollar el vínculo con su hijo (a).

El contacto piel con piel significa que la piel del bebé toca directamente la piel de su madre, sin que medie entre ellos camisón, sábanas, etc. Si el cuadro clínico de la madre impide este contacto inmediato, una alternativa viable es iniciar el contacto piel con piel con otro familiar, habitualmente el padre. Sin embargo, la madre es la primera opción, ya que sólo de la misma el recién nacido va a obtener calostro; además que como hemos ventilado anteriormente, el contacto del menor con el pecho materno estimula la producción de leche.

En este punto, los evaluadores buscarán que el personal conoce la importancia del contacto precoz piel con piel y la repercusión de las prácticas de atención al parto en la lactancia

**5. Mostrar a las madres como amamantar, y como mantener la lactancia aún en casos de separación con el recién nacido.**

Este paso está íntimamente relacionado con el anterior, y es que la gran mayoría de los problemas de lactancia tienen como origen un mal agarre al pecho, lo cual es una de las complicaciones más comunes que pueden prevenirse o solucionarse con rapidez si la madre conoce la importancia de un buen agarre y si el personal le ofrece un apoyo individualizado que asegure un correcto y feliz inicio de la lactancia, a pesar de que el mamar es una conducta

instintiva del bebé.

A las madres de recién nacidos que deban ingresar a unidades especiales de neonatales se les debe animar a extraer su leche a fin de proveérsela al menor. El personal debe enseñarle cómo realizar la extracción de manera manual y con sacaleches. Es recomendable que las extracciones se hagan al menos 8 veces cada 24 horas, incluida la noche.

Es común, pensar o asumir que las madres con más de un hijo saben lo que hay que hacer y por ende que no es necesario brindarle información o apoyo al respecto. Pero esto es erróneo, ya que el amamantamiento anterior puede que no haya tenido éxito; pueden surgir nuevos problemas o comportamientos diferentes, así como que la información que recibió la madre durante su primera lactancia no fuera adecuada.

Los profesionales deben alentar a la madre a encontrar una postura cómoda y permitir que el lactante encuentre el pecho por sí solo. Si no hay problemas en el bebé, en el pecho o el agarre NO se debe intervenir.

Las técnicas recomendables a enseñar y poner en práctica para una correcta y tranquila lactancia, son la técnica del bocado, la de Colson u otras similares, todo el con el fin de evitar inclusive grietas en el pezón.

**6.** Enfatizar el hecho que no es recomendable, dar al recién nacido alimento o líquido alguno

que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado y aprobado por un profesional.

La administración de cualquier otro alimento sólido, o bebida diferente de la leche materna, a los niños amamantados menores de seis meses, implica riesgos potenciales para su salud y compromete la lactancia.

**7.** Practicar el alojamiento conjunto – permitir a las madres y padres permanecer con sus recién nacidos juntos las 24 horas del día.

En este punto, es importante destacar la figura del colecho, la cual consiste en dormir con el bebé en la misma cama. En contexto hospitalario, el término se refiere a que el recién nacido comparta la cama con su madre durante su estancia en el centro sanitario. La práctica del colecho en sí favorece y hace más fácil el amamantamiento nocturno.

**8.** Alentar la lactancia a libre demanda, bajo el principio de que el pecho no tiene horario. A demanda no significa amamantar al lactante sólo cuando lllore; significa hacerlo cada vez que los niños muestran signos de hambre, que usualmente son los movimientos de la cabeza, se llevan las manos a la boca, etc., por lo que el personal tiene la obligación de enseñar a las madres a reconocerlos dichos signos a fin de que respondan a la mayor brevedad posible a las necesidades de su bebé.

La alimentación a demanda habitualmente se refiere a la demanda del lactante, pero las madres pueden y deben empezar una toma si éste lo necesita, por ejemplo, si ella nota el pecho lleno, o bien si es un niño o niña prematuro y dado que éstos últimos presentan un patrón de amamantamiento tardío debe actuarse con un protocolo especial a fin de administrarles su alimento de manera eficaz y frecuente.

**9.** No dar biberones, chupones o chupetas a los bebés que amamantan, si no es necesario.

**10.** Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica.

Aparte de lo anterior, la OMS establece entre sus requisitos para designar como IHAN, que el centro que preste servicios de maternidad y neonatales cumpla plenamente con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud; que hayan monitoreos anuales o bianuales y una correcta gestión de datos que aseguren el cumplimiento de la política y de la lactancia, que el personal de salud se encuentre altamente capacitado y tenga las destrezas y habilidades necesarias a fin de que promueva el contacto de piel con piel inmediato e ininterrumpido.

Ahora bien, hay estudios que han demostrado que las prácticas que se llevan a cabo durante el proceso de alumbramiento tienen influencia directa en el inicio de la lactancia. Y es por esto que los hospitales deberían incluir estas buenas prácticas de atención al parto en sus rutinas obstétricas.

Asimismo, para que un hospital cumpla los requisitos de la IHAN es necesario que el parto se atienda respetando, siempre que la situación clínica lo permita, las decisiones de la madre y que no se lleven a cabo procedimientos invasivos innecesarios (cosa que no ocurre en la actualidad y realidad).

Siempre debe promoverse un parto tranquilo en donde las mujeres tengan acompañantes que les proporcionen apoyo continuo físico y/o emocional durante su trabajo de parto, que las madres puedan tomar y comer alimentos ligeros durante el trabajo de parto si así lo desean, animar a las mujeres a considerar el uso de métodos no medicamentosos para el alivio del dolor, a menos que sean necesarias, animarlas a caminar y moverse durante su proceso de dilatación y contracciones si lo desean, y de asumir la posición de su elección mientras dan a luz, a menos que exista una causa mayor que lo impida; promover un cuidado y una atención sin procedimientos invasivos como lo es la ruptura de membranas, episiotomía (piquete), aceleración o inducción de trabajo de parto, partos instrumentados o cesáreas.

**En resumen, para prevenir la VO se pueden tomar simples medidas o iniciativas como lo es la atención humanizada que siga las recomendaciones de la OMS y respetando siempre la participación de las mujeres en sus propios partos y propiciando un entorno seguro y cómodo, disminuir las intervenciones médicas innecesarias y promover la lactancia materna ofreciendo siempre información veraz y actualizada.**



## 2.7.2 La VO como forma de control social

La VO es un problema de derechos humanos, al igual que lo es la violencia de género.

Desde hace más de dos o tres décadas inclusive se han impartido conferencias internacionales sobre derechos humanos que alertan de la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, desde las primeras: *Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer* (1979), *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993), *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (1995), *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* (1996), etc.

A pesar la salud sexual y reproductiva es definida como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, estos se siguen violando, en particular los derechos de las mujeres.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Pekín, en 1995, de las Naciones Unidas, se definió la salud sexual y reproductiva como «la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (ONU, 1993).

Según el artículo 8 de la Convención Europea sobre Derechos Humanos (ONU, 1948):

1. Todas las personas tienen derecho a que se respete su vida privada y familiar, su hogar y su correspondencia.

2. Ninguna autoridad hospitalaria, sanitaria, pública, etc.; podrá interferir en el ejercicio de este derecho, excepto en los casos en que, de acuerdo con la ley y en una sociedad democrática, sea necesario para la seguridad nacional, el orden público o el bienestar económico del país, la prevención de disturbios o delitos, la protección de la salud o la moral, o para la protección de los derechos y libertades de otras personas.

Sin embargo, como hemos analizado en otros capítulos aún hoy en día, existen hospitales alrededor de todo el mundo que violan sistemáticamente este derecho exponiendo innecesariamente el cuerpo de las mujeres, obviando su derecho a la intimidad, e impidiéndoles decidir sobre su cuerpo.

El artículo 3 de la CEDH indica que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (ONU, 1948). No obstante, si analizamos cualquier situación de violencia obstétrica vivida, veremos cómo se vulneran muchos derechos. La administración de medicamentos en contra de la voluntad de las pacientes o llevar a cabo tratamientos médicos sin el consentimiento explícito y previo de éstas interfiere con el derecho a la vida privada, derecho que tanto se busca acreditar y hacer valer por medio del uso de los diferentes aparatos internacionales expuestos anteriormente.

Por tanto, se llega a la conclusión que la VO debe estar regulada penalmente, en una sociedad

democrática como lo es Costa Rica, para que se pueda justificar la violación de los derechos humanos en un acto y de esta manera dar una oportuna y correcta penalización. En Costa Rica se debería seguir el ejemplo de los países de Argentina, México o Venezuela, los cuales han implementado diversas políticas y programas que han mejorado la atención a la salud de las mujeres en general y que a su vez sancionan la VO.

Al igual que la VO es un tema o problema propio de los derechos humanos como lo es la violencia de género; la VO al igual de la violencia de género constituye una forma de control social, lo anterior ya que se continúa con un patrón de subordinación de las mujeres ante una dominación masculina, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional de la salud. Por lo tanto, podríamos afirmar con certeza que hay una doble dominación y subordinación, es decir, las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas.

Los estereotipos de género están fuertemente arraigados en la medicina en general y en la práctica de la obstetricia en particular, ya que socialmente la maternidad es la única misión en la vida para las mujeres.

Recordemos que el arquetipo originado culturalmente en torno a las mujeres es el de una madre abnegada y sacrificada, que tiene que pagar con un parto doloroso el hecho que haya disfrutado del placer sexual en un momento dado. Y esto podemos visualizarlo en frases típicas que el personal médico pronuncia durante el parto, como, por ejemplo: “Bien que

cuando se la estaban metiendo, se quejaba de todo menos de dolor”.

El control social sobre las mujeres es el control valga la redundancia sobre su sexualidad misma, que podemos observar en los medios de comunicación, en las instituciones educativas, en cualquier vehículo transmisor de valores culturales y sociales donde los estereotipos de género estén en la base. Es más que evidente que la vida sexual de las mujeres está en la base misma de su reputación: una mujer con una vida sexual activa es tachada de prostituta, de fácil, mientras que un hombre sexualmente activo es un galán, un “semental” y deseable. En este contexto, aplastar la sexualidad femenina en todos sus ámbitos (y el embarazo y el parto forman parte también de dicha sexualidad, no lo olvidemos) resulta un mandato invisible pero indiferente del patriarcado. Es una manera de perpetuar los estereotipos de género y de conservar la posición privilegiada masculina a lo largo de los años.

La VO es una forma de control social porque permite la pasividad de las mujeres, ya que hay evidencia científica actualizada y suficiente que desacredita prácticas médicas como lo es la episiotomía rutinaria (el piquete) y este método se sigue usando una y otra vez los centros de salud.

Identificar la violencia invisible y normalizada como lo es el caso de la VO no es sencillo, ya que no siempre deja marcas visibles la humillación, las vejaciones, siguen siendo la parte más común del maltrato hospitalario a las gestantes, y lo cual dicho sea de paso es complejo

de demostrar y probar, pero además se ejerce bajo el amparo del Estado y las instituciones y por ello está socialmente aceptada, es decir, es una violencia estructural. Desde el 2014 la OMS ha promovido la implementación de controles de calidad en los centros sanitarios y ha incitado y animado a que las mujeres que hayan sufrido mala praxis hagan la respectiva denuncia y aunque ya son muchísimos pero muchísimos años reclamando cambios en torno al tratamiento en los centros hospitalarios, estos siguen ignorándolos.

Recordemos que el patriarcado promueve las diferencias entre hombres y mujeres, y que esto está en la base misma de la estructura de la sociedad, con lo que podremos encontrar estereotipos de género en todos los ámbitos desde los sanitarios y de salud hasta los políticos e institucionales. El control social y la desvaloriza e intimida a diario a las mujeres, que se ven relegadas a ser meros contenedores o incubadoras de bebés, a ser meros cuerpos, meros úteros, que pierden su confianza y que se sienten finalmente incapaces de luchar contra un enorme eslabón que nos y las supera.

### **2.7.3 ¿Es penalmente relevante la VO?**

(Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) indica que responder a esta pregunta parte de la premisa de responder afirmativamente a una pregunta diferente: ¿La violencia obstétrica tiene relevancia penal? Aunque un análisis exhaustivo del tema está más allá de esta contribución, entiendo que los reclamos anteriores sobre la deshumanización del parto y su sobre

medicalización respaldan la necesidad de protecciones calificadas para los derechos reproductivos de las mujeres embarazadas.

(Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) De esta manera, los procesos penales pueden ayudar a alejar tales conductas del hospital, además de la acción civil y disciplinaria a la que pueden enfrentarse los responsables del abuso. Además, tipificar la violencia obstétrica está en línea con los objetivos que persiguen las leyes sobre acoso de género en Alemania, Argentina y España.

Por otro lado, (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017) indica además que resulta aplicable el delito de omisión al deber de socorro a los casos de denegación de atención médica cuando se trata de una emergencia obstétrica.

Surge la necesidad de indagar por la estructura que debería tener este delito frente a la posibilidad de una reforma legislativa. Este tema aparece conectado con innumerables cuestiones, entre ellas, la delimitación de los concretos supuestos que ameritan pena, las características de las intervenciones obstétricas punibles y la estructura del injusto penal. (Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel, 2017).

La siguiente pregunta y en la cual ahondaremos en un capítulo superior, es porque entonces es necesaria la existencia de un tipo penal que proporcione un marco normativo para sancionar este tipo de conductas.

#### **2.7.4 Conductas que constituyen violencia obstétrica:**

El (Instituto Colombiano de bienestar Familiar, 2019) cita a Hellen Maldonado Pinzón, asistente técnica de la Dirección de Primera Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y hace saber que se necesita saber o reconocer cuales son situaciones que vulneran a la mujer gestante por lo cual constituye una violencia obstétrica y cita los siguientes:

- Desarrollo de controles rápidos, poco humanizados: Para Maldonado, la violencia obstétrica inicia cuando los profesionales de salud a cargo de llevar los controles de las madres no resuelven todas sus dudas, ignoran sus temores, no escuchan a la paciente, no le explican los cambios que está afrontando y simplemente, se dedican a desarrollar una consulta médica de manera rápida y mecánica, donde solo se registran datos cuantitativos como peso, frecuencia cardíaca, presión arterial, etc.
- Omisión por parte del personal de salud del consentimiento informado: Las madres gestantes deben estar plenamente informadas de todos los procedimientos clínicos que les realicen, incluso, para aquellos que, desde el punto de vista médico, sean rutinarios. Cuando el personal médico no cumple este requisito, vulnera el derecho de las madres a tomar decisiones informadas sobre su gestación y parto.
- Oposición al ingreso de un acompañante al trabajo de parto: Salvo que las condiciones de salud o de seguridad de la madre lo imposibiliten, impedir el ingreso de la pareja,

de un familiar o del acompañante que ella elija como soporte emocional en el proceso de parto, también constituye una forma de agresión.

- Maltrato verbal y/o psicológico ante las manifestaciones de dolor de la madre durante el trabajo de parto. Frases como “deje de quejarse”, “no haga tanto escándalo”, “no sea floja”, “no grite”, etc. demuestran insensibilidad ante el dolor por parte del personal médico y tienden a reprimir la libre expresión de los sentimientos de la madre. Así mismo, expresiones que buscan generar sentimientos de culpa como “¿usted no ayuda! - ¡puje!”; “deje de quejarse y empiece a pujar, que así su hijo no va a nacer” o “si el bebé no nace es porque usted no colabora”, también son agresiones verbales y psicológicas que afectan la autoestima de la madre. En este sentido, la negación de analgésicos, durante o después de la realización de un procedimiento constituyen violencia obstétrica.
- Reproches, críticas y comentarios inapropiados. De acuerdo con los investigadores de la Universidad Industrial de Santander, las víctimas de esta modalidad de violencia obstétrica suelen ser en mayor medida las madres adolescentes, a quienes se les reprimen sentimientos de dolor, angustia y miedo mediante comentarios tendientes a reprochar su embarazo a temprana edad. Aquí entran frases como “¿quién la mandó a abrir las piernas? Ahora, ¡aguántese!”; “¡qué irresponsable! Usted no sabe lo que le espera” o “esto le pasa por ponerse de brincona”
- Violación de la privacidad. No garantizar condiciones adecuadas de privacidad, en especial cuando se realizan tactos o exploraciones vaginales.



- Partos inducidos y cesáreas innecesarias. El suministro injustificado de medicamentos, la acelerada inducción del parto natural de bajo riesgo o la realización de cesáreas innecesarias, sin pleno consentimiento de las mujeres, son otra forma de violencia. También lo es el hecho de obligar a las madres a dar a luz en la posición que le resulta más cómoda al personal médico, aun cuando ella manifieste su deseo de hacerlo de otra forma.
- Desatención y abandono. Negar o demorar una atención oportuna en agencias obstétricas, ignorar las preguntas de las madres gestantes durante el proceso de parto y posparto, dejarlas solas largos periodos de tiempo y regresar tan solo para tomar las lecturas de los monitores sin interactuar con ellas, son conductas que incrementan el miedo y la ansiedad de las gestantes y, por lo tanto, son una forma de violencia.

Todas estas agresiones hacen que la mujer embarazada no tenga un parto humanizado y se viva de una experiencia positiva ante una situación de la naturaleza ya por sí misma es incómoda y se debe de exigir un trato digno y respetuoso ante el personal de salud y ellos obligados a responder de una forma ética y moral.

El Parto humanizado, según (Borges Damas et al., 2018) También lo definen como un parto respetuoso, una forma de llevar a cabo el proceso de parto, pero respetando la voluntad de la mujer, no la voluntad del médico, de encontrar el mayor vínculo que pueda existir, y ser la principal iniciativa de ese parto y el origen están en lugares familiares

Se podría decir que el poder obstétrico es ejercido por el personal de salud que atiende a la mujer en su etapa de embarazo, trabajo de parto, y post parto, pues como define (Arguedas, 2014), se considera como poder obstétrico la forma de poder disciplinario que abarca el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y se ejerce sobre los cuerpos que pueden embarazarse y parir, pues son cuerpos dóciles y vulnerables por su mismo estado; todo ello fundamentado en el patriarcado que, sostiene que se necesita disciplinamiento para encauzar la economía de la reproducción.

### **2.7.5 ¿Qué derechos tiene la mujer gestante?**

Las mujeres embarazadas pueden ser víctimas y respuestas por parte del personal médico que afectan la salud física, mental y emocional.

- Para el (Instituto Colombiano de bienestar Familiar, 2019) afirman que todas y cada una de las madres gestantes tienen los siguientes derechos en el sistema de salud:
- A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
- A ser considerada, en su situación de alumbramiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
- A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera.

- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A estar acompañada por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos anticonceptivos que estén acordes a su condición clínica.
- A recibir, según el caso y de acuerdo con las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un médico especialista anesthesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.

Hace saber (Instituto Colombiano de bienestar Familiar, 2019) que estos derechos son vulnerados cuando la mujer embarazada es víctima de prácticas comportamientos y reacciones que ocurren en el ámbito hospitalario y que se ve afectada su salud física, psicológica y emocional y son considerados como violencia obstétrica.

## **2.8 Responsabilidad penal derivada de la violencia obstétrica**

En sentido amplio, el concepto de mala praxis se aplica tanto a la profesión médica, como a las otras áreas profesionales como por ejemplo ingeniería, la abogacía y el periodismo. (Carlos Tiffer, 2008).

Por otra parte (Granados García, s. f.) indica que la mala praxis médica es por definición un delito culposo, que es evidente porque en el caso de la causalidad dolosa de los delitos de lesiones u homicidio doloso por parte del médico se aplican las figuras de dolo corporal o homicidio. De este modo, este delito surge de un incumplimiento del deber de cuidado, que resulta paralelamente del incumplimiento de la Lex Artis médica. No hay duda acerca de la culpabilidad de los delitos penales resultantes de la mala praxis médica.

Entendiendo esto, podemos referirnos a la mala praxis médica como una acción que implica la responsabilidad de un profesional en la medicina individual por las consecuencias lesivas causadas por esa acción

(Carlos Tiffer, 2008) indica ante el ejercicio profesional inadecuado con resultado adverso, nació el término “responsabilidad profesional”. Esta iniciativa de responsabilidad también está asociada al concepto de daño al individuo, a sus intereses o a su propiedad.

Se determina que el concepto de responsabilidad está ligado al concepto de daño, se revela cuando ocurren hechos que afectan a las personas, sus intereses o sus bienes. Es específicamente una acción u omisión que afecta la salud de una persona.

La ley General de Salud N.º 5395 en el artículo 1 refiere que “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”. Esto quiere decir que es relevante la salud no solo la parte física, sino que también la parte psicológica para todos los sujetos en un Estado ya que se relacionan entre sí para un mejor bienestar.

(Sistema Costarricense de Información Jurídica, s. f.) En letra de la Sala Constitucional, (10. Voto 300-98 de la Sala Constitucional.) el Derecho a la Vida es aquel que tiene el rango mayor dentro de la escala de los derechos del ser humano, del cual se derivan otros más como el de la salud, que como derecho positivo que es, requiere de la conducta activa o positiva de los demás para que su cumplimiento sea efectivo, mediante los medios y reparos que otorgue el Estado para poder preservarlo.

(Carlos Tiffer, 2008) describe que para discernir la acción que produce el daño, debemos fijarnos en la conducta final. Hay conductas que están intencionalmente encaminadas a causar el mal; otros comportamientos, en cambio, causan daño pero sin intención, es decir, sólo con sentimientos de culpa.

Sabiendo esto la responsabilidad penal es vista como una sanción, un castigo. La responsabilidad civil tiene como consecuencia la reparación del daño. Debe tenerse en cuenta la gravedad del delito y la pena imponerse proporcionalmente. Las reparaciones deben ser proporcionales a la gravedad del daño causado.

En nuestro sistema penal se encuentran los delitos culposos y según (Carlos Tiffer, 2008), es más difícil establecer la finalidad del acto, ya que no hay finalidad delictiva en el acto. En este tipo de delitos, el sujeto no sabe y no quiere un resultado dañino. Su comportamiento

está al borde de la imputabilidad, entre el ámbito de protección de la norma y más allá del riesgo permitido. El tipo culposo no individualiza la conducta por la finalidad sino porque en la forma en que se obtiene esa finalidad se viola un deber de cuidado.(«Delitos Culposos Costa Rica - FUNPREDE», 2022)

(Carlos Tiffer, 2008) Otra dificultad de este tipo de delitos es que no es fácil determinar la naturaleza del riesgo y sus excesos. Por un lado, porque los tipos de comportamiento son innumerables y no todos se toman en cuenta, por otro lado, porque la evaluación del riesgo corresponde a la evaluación legal, es decir, por parte del juez penal.

En el derecho penal los delitos culposos son aquellos delitos que el sujeto comete el hecho punible sin la intención de realizarlo, actúa con culpa y lo pudo haber provocado por negligencia, imprudencia o impericia.

Tradicionalmente se ha entendido la responsabilidad profesional desde el concepto de la culpa y principalmente de acuerdo con la construcción teórica del concepto civil de culpa (Carlos Tiffer, 2008). Los menciona de esta forma:

- Impericia: Es una actuación con ausencia de los conocimientos fundamentales. Se trata de una ignorancia inexcusable.
- Imprudencia: Es una actuación temeraria o precipitada.
- Negligencia: Es una omisión o demora injustificada en la actuación del médico, o bien, una actuación perezosa y de constancia profesional.

- Inobservancia de reglamento o normas: Se refiere al incumplimiento de la obligación que tiene todos los que trabajan en un hospital de respetar los reglamentos internos o específicos de la institución y la reglas del servicio; también incluyen los principios éticos de la Medicina y los derechos del paciente.

En el (Sistema Costarricense de Información Jurídica, s. f.) incluye aparte la falta de cuidado estos supuestos bajo los cuales se puede actuar, ya que si bien el propio concepto de “culpa” o “negligencia” todos asumidos ,y se trata de una clasificación que ha perdido su fuerza en el campo de la dogmática penal por el mismo efecto nocivo que todos producen, nada impide que se justifique positivamente, sobre todo si aún hoy en día se discute sobre la culpa consciente y la culpa inconsciente relacionada con una falta de cuidado en la acción humana para identificar las causas de exculpación o justificación.

El razonamiento jurídico actual, para la determinación de la culpa y consecuencia la imposición de una condena por un delito culposo(homicidio culposo, aborto culposo o lesiones culposas) impone un análisis de tres elementos objetivos del tipo penal (Carlos Tiffer, 2008)

- La infracción al deber de cuidado.
- La producción del resultado.
- La imputación objetiva del resultado a la conducta desplegada por el agente.

(Carlos Tiffer, 2008) Así la falta al deber de cuidado se consta por la acción u omisión que debió tener el sujeto activo para no causar un daño o lesión. Por su parte la producción del

resultado está ligada al bien jurídico tutelado por el delito que se trate y sea la vida la salud o la integridad física.

De esta manera la imputación objetiva del resultado requiere tres aspectos básicos

- a) La relación de causalidad entre la acción y resultado.
- b) La creación de un riesgo no permitido.
- c) Que el resultado producido quede dentro del ámbito de protección de la norma.

### **2.8.1 Relación médico-paciente**

Las hipótesis de vinculación entre el médico y el paciente son varias y podrían establecerse diferentes categorías. Sin embargo, podemos distinguir dos grandes niveles: uno privado y otro público. (Carlos Tiffer, 2008)

Para (Carlos Tiffer, 2008) en el sector privado La relación del médico con el paciente no es difícil de determinar, ya que el paciente es quien busca, por su propia voluntad, los servicios médicos del profesional. Aquí se trata claramente de un contrato de servicios profesionales y de una responsabilidad eventualmente de tipo contractual.

En cambio, a nivel público o de medicina socializada, como en nuestro país, la situación es más compleja, puesto que los pacientes no pueden escoger a su médico tratante, ni el médico a sus pacientes. La relación médico-paciente es asignada por un proceso burocrático y aleatorio, en el cual la responsabilidad no está preconstituida en forma contractual alguna.



Es importante establecer que el primer presupuesto de configuración de la responsabilidad profesional se da desde la vinculación entre el paciente y el médico. Y esta surge a partir del momento en que el médico entra en contacto o conocimiento del padecimiento o enfermedad del paciente.

Retomando, la mala praxis requiere que en la causalidad del resultado se haya actuado con falta del deber de cuidado. Ello surge de la comparación entre la conducta realizada y la exigida por el deber de cuidado del médico, de evitar peligros para la vida, la integridad física o la salud. (Carlos Tiffer, 2008)

La noción de que el incumplimiento al deber de cuidado es parte integral de los elementos constitutivos del Código Penal se ha convertido en una declaración destacada en la literatura y jurisprudencia penal recientes.

(Carlos Tiffer, 2008) El análisis penal en Costa Rica se realiza retrospectivamente en las mismas circunstancias, cuándo y dónde ocurrió el hecho investigado. Pero en este nuevo evento, el sujeto está obligado a actuar de acuerdo con todos los deberes de cuidado que le corresponden, según sus condiciones personales, su profesión, su oficio, arte y las circunstancias que se han juntado para caracterizar su comportamiento. La ubicación, el tiempo, el equipo, el personal también son muy importantes a la hora de evaluar el desempeño médico.

Estas premisas llevan a que un médico que, por ejemplo, produce la muerte a un recién nacido dando cumplimiento exacto al deber de cuidado regulativo de la acción y la falta de infracción de la diligencia objetivamente debida predeterminaría, mientras que, conforme a las pautas

proporcionadas por la dirección tradicional, habría que admitir la existencia de delito, pues en la hipótesis estarían presentes todos los requisitos de la culpa.

De igual forma (Carlos Tiffer, 2008) indica que si la conducta verificada de acuerdo con este marco hipotético, hace que el resultado no produzca, la conclusión que se deduce es que se infringió, el deber de cuidado y se produce un resultado típico, es decir, delito culposo.

(Carlos Tiffer, 2008) Para ilustrar la falta de un deber de cuidado, se pueden mencionar algunas de las responsabilidades del médico hacia los pacientes; Ayudan a construir una buena relación médico-paciente a la vez que son garantes de la defensa en los procedimientos médicos. Las responsabilidades que indica son:

- Respeto al ordenamiento médico jurídico y a la reglamentación vigente.
- Atención profesional ininterrumpida.
- Atención competente, honesta y diligente, aun en el caso cortesía e indigencia.
- Remisión del paciente a otro médico cuando el padecimiento rebase los límites de su conocimiento.
- Prohibición de ensayar nuevos medicamentos, métodos de diagnóstico o terapéutico sin el consentimiento del paciente o de sus representantes.
- Información continua, al paciente o a sus familiares, sobre diagnósticos, riesgos tratamientos o complicaciones que se presentan.
- Además, debería aplicarse, como una regla de otro, la máxima “a mayor riesgo, más información”.

(Carlos Tiffer, 2008) El cumplimiento del deber de cuidado se fundamenta en dos aspectos, a saber, la información y la capacitación. En caso de peligro de la actividad profesional y de los bienes protegidos por la ley penal (por ejemplo, la vida, la salud y la integridad física), surge la obligación de proporcionar información y capacitarse.

El médico siempre debe estar a la vanguardia para adquirir nuevos conocimientos y habilidades para comprender los riesgos, aplicar mejoras y desarrollar prácticas específicas para hacer que la atención médica sea más segura.

(Carlos Tiffer, 2008) La consecuencia de los delitos culposos se basa en el cambio o menoscabo del paciente, que fue causado por la acción indebida del profesional. Debe haber un vínculo causal con la falta del deber de cuidado, es decir, el hecho de que la muerte o las lesiones resultantes deben haber sido causadas por la acción u omisión.

No se pueden dejar impunes estos hechos, pues se está causando un daño al paciente y al profesional se debe sancionar por una mala actuación en el ejercicio de su profesión por falta de conciencia de sus propias limitaciones dadas las circunstancias actuales del conocimiento.

En el caso de Costa Rica, los delitos de resultado culposos en los que se puede atribuir responsabilidad por mala praxis médica son los siguientes, según lo que dispone el Código Penal: (Carlos Tiffer, 2008)

- Homicidio culposo: “Se le impondrá prisión de seis meses a ocho años al que por culpa matare a otro. En la adecuación de la pena al responsable, el Tribunal deberá

tomar en cuenta el grado de culpa y el número de víctimas, así como la magnitud de los daños causados. En todo caso, al autor del homicidio culposo se le impondrá también inhabilitación de uno a cinco años para el ejercicio de la profesión, oficio, arte o actividad en que se produjo el hecho.” (Artículo 117)

- Aborto Culposo:” Será penado con sesenta a ciento veinte días multa cualquiera que por culpa causare un aborto.” (Artículo 122)
- Lesiones culposas: “Se impondrá prisión hasta de un año o hasta cien días multa, al que por culpa causare a otras lesiones de las definidas en los artículos 123, 124 y 125. Para la adecuación de la pena al responsable, el Tribunal deberá tomar en cuenta el grado de culpa, el número de víctimas y la magnitud de los daños causados. En todo caso, al autor de las lesiones se le impondrá también la inhabilitación de seis meses a dos años para el ejercicio de la profesión, oficio, arte o actividad en que se produjo el hecho.” (Artículo 128)

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como la libertad para que la toma de decisiones sea libre e informada, en relación a su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La transgresión de este derecho hace que el ya obsoleto paternalismo médico se manifieste en su mayor expresión. Es evidente que muchas veces a las pacientes se les realizan prácticas sin que haya una previa consulta y sin llegar a ofrecerles la suficiente y necesaria información sobre las implicaciones que comportan las mismas. En

consecuencia, lo que se hace es mermar e incluso anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.(Al Adib Mendiri et al., 2017)

VO entonces, se puede resumir y definir como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer.(Al Adib Mendiri et al., 2017)

Y sin duda alguna que cuando esta violencia obstétrica surge, se constituye la misma como una auténtica violación a los derechos humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud. (Al Adib Mendiri et al., 2017)

Recordemos que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, y que, a pesar de ello, llama la atención la ausencia de referencias directas a la violencia obstétrica.

Como referente en el desarrollo normativo regulador de los derechos que las mujeres poseen en relación al embarazo, parto y postparto, se puede hacer referencia a la primera ley, como mencionamos líneas atrás, de la que se tiene constancia, que específicamente se ocupa de regular la denominada violencia obstétrica dentro un marco jurídico, y ésta fue la aprobada en Venezuela, primer país del mundo en emplear el término “violencia obstétrica” en el año 2007, dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” siendo definido como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de

autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.(Al Adib Mendiri et al., 2017).

### **CAPITULO III: ¿Por qué es necesaria la existencia del tipo penal que castigue la violencia obstétrica?**

Esta investigación tiene como objetivo general determinar la necesidad de crear un tipo penal específico en nuestra legislación, que reconozca y castigue la VO.

El código penal es un instrumento jurídico que comprende gran importancia en el marco de la regulación y tipificación de actos entendidos como delitos penales tales como las lesiones culposas Art.128, Homicidio Culposo Art 117, Aborto Culposo Art 122, que podrían ser aplicados en aquellos casos de una mal praxis médica, **pero no un artículo que proteja el proceso durante un parto humanizado.**

La especialidad viene derivada de la descripción de la conducta de la violencia obstétrica que se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada hasta irrespetada por parte de los profesionales en la salud.

La violencia contra la mujer embarazada es uno de los grandes problemas que afecta a la sociedad, porque muchas veces las víctimas no denuncian los hechos o no saben cómo interponer la denuncia y aunque supiesen como no hay una tipificación como tal que cubra lo denunciado. Aún hoy hay actividades que los profesionales de la salud realizan paulatinamente y muchas veces sin darse cuenta que están perjudicando a las pacientes, sin tener en cuenta las consideraciones de cómo le gustaría a la gestante manejar su parto.

Para Montesinos y Taype (2015), la mala atención por parte de los especialistas en la salud al momento del parto es un problema importante que afecta al sistema de salud, es un problema latente, además por la falta de preparación del personal de los centros médicos.

Frente a esta problemática, vemos la necesidad de que esta investigación contribuya a la regulación de la violencia obstétrica a través de una ley, pues todas las normas deben adaptarse a los cambios de la sociedad

La violencia obstétrica tal y como se ha venido desarrollando a la largo de este trabajo es una práctica más estigmatizante, que genera mayor reproche ya que la mujer embarazada se encuentra en un estado en absoluta vulnerabilidad sometida a las decisiones médicas por parte de los profesionales de salud que atienden en su labor de parto.

El parto es un acto sexual y como tal debería ser un proceso natural e íntimo, sin embargo, no es la realidad de nuestra sociedad. Ya que a diario se cometen agresiones y malos tratos contra las gestantes, lo cual ha ocasionado que sea una violencia completamente normalizada e invisibilizada.

Como hemos mencionado líneas atrás y como detallaremos en capítulos venideros, es necesario establecer un tipo penal específico que conozca la Violencia Obstétrica, ya que a pesar que existen hechos punibles tipificados en nuestro ordenamiento penal, que pueden llegar a compartir alguna similitud con una conducta de VO; es necesario que exista la especialidad



de la VO en la legislación costarricense y que se contemple la misma como un hecho punible más, bajo su propia concepción, con características propias y su respectiva sanción, ya que como hemos recalado, dichas agresiones son ejercidas durante un estado de gravidez, en el cual la mujer se encuentra en un estado alto de vulnerabilidad, y siendo incapaz para poder tomar las riendas o decisiones propias de su situación.

No es, ni será lo mismo, cometer un delito de lesiones culposas en carretera en una situación por ejemplo en la que por una imprudencia se omitió un deber de cuidado al volante, pero pensando en que ambos imputados o involucrados estaban en perfectas condiciones y ninguno estaba en un estado de exposición física y emocional previo al incidente. Al momento de dar a luz, la mujer no está en plena capacidad, está vulnerable, expuesta, con dolor físico, con cambios hormonales y emocionales, y a nivel médico es tratada como un objeto más; cuando una mujer se apersona a un centro médico para dar a luz, desde el momento que ingresa a dicho centro de salud, pierde su identidad, su autonomía, no tiene voz ni voto, no se toma su parecer, sus deseos, sus requerimientos, se pone en práctica sobre su cuerpo los procedimientos que por protocolo están previamente establecidos para su condición y es allí cuando más imprudencias, negligencias e impericias se cometen, ya que no son atenciones personalizadas, por ende se atenta en ese acto no sólo contra la integridad física, psicológica y emocional de la gestante, sino también la del bebé por nacer.

Como se expresaba antes, existen ciertos delitos que pueden aplicarse eventualmente a un caso denunciado de VO, pero, recordemos que la VO no tiene como consecuencia última un

homicidio culposo o una lesión física con culpa. La VO va más allá de, la misma trae consecuencias y huellas a nivel emocional, a nivel psicológico, traumas y miedos que son imborrables y los cuales pareciera que es “parte” de la maternidad y con los cuales la mujer debe aprender a vivir. No solamente ello, un acto de imprudencia o negligencia de parte de los profesionales, al momento de dar a luz puede ocasionar una complicación de salud innecesaria en la paciente y una recuperación más lenta de lo que habría sucedido, si tan sólo se respetaran los ciclos naturales del parto.

Ahora bien, ¿bajo qué instrumento jurídico se puede ventilar una depresión post parto a raíz de los malos tratos, humillaciones y actos despectivos ocasionados contra la gestante, durante su parto y ocasionados por el personal de salud? La interrogante anterior se responde sola, no hay. Porque o es negro o blanco, no hay intermedios. No importa si la lactancia fue interrumpida, si se practicó una episiotomía innecesaria, si se aplicó oxitocina para provocar el parto y adelantar la labor sin que existiese un riesgo inminente, si se le trató a la madre como la culpable de su dolor “porque cuando la tenía adentro no se quejaba”. Al final es necesario tipificar la figura de estudio, por su especialidad, porque NO todo termina en un homicidio o lesiones culposas.

Garcia (2018), en España, concluyó que las mujeres que fueron víctimas de estos hechos presentan cicatrices emocionales por sentirse humilladas y menospreciadas, que superar esta afectación puede ser un proceso lento, ya que esta violencia se encuentra sujeta por una relación de poder donde la jerarquía médica se impone al género, con esto vemos la necesidad de que se penalice puesto que en la actualidad es invisible al no estar normado.

En Costa Rica, existe únicamente una ley N.ª 9824 Ley General de Salud de fecha 30 de octubre de 1973, en su reforma en el Artículo 12 “para proteger a la mujer embarazada antes durante y después del parto”, se lee lo siguiente:

“Artículo 12- Toda mujer gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico 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. Se reconoce y garantiza la protección de las mujeres en estado de embarazo, cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, antes, durante y después del parto, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición. Para tales efectos, la atención de las mujeres en estado de embarazo debe ser equitativa, preventiva, periódica y con enfoque de riesgo, sin someterlas a ninguna forma de violencia ginecobstetricia, según las definiciones y modalidades que se establezcan mediante reglamento. Toda mujer embarazada, antes, durante y después del parto, tiene derecho a:

- a) Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico.
- b) Recibir atención oportuna y personalizada.
- c) Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas posibles.
- d) Parir de manera natural, siempre y cuando no exista riesgo para la madre o para el niño o la niña por nacer.
- e) Que se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo.

- f) Mantener el apego posparto con el niño o la niña, salvo determinación médica justificada.
- g) Recibir información clara y concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna.
- h) Estar acompañada durante el parto y posparto por una persona designada por ella.

El incumplimiento por parte del personal de salud de alguno de los anteriores derechos y en general el sometimiento contra la mujer embarazada de cualquier forma de violencia ginecobstétrica, se considerará falta en el desempeño del cargo, que será sancionada de conformidad con la legislación vigente”.

Por lo tanto, la violencia obstétrica es realizada por especialistas de la salud que aprovechándose del estado vulnerable en el momento del parto y postparto afecta la integridad física y emocional, más aún pone en peligro del neonato, y ante algún error o negligencia profesional hace sentir culpable a la víctima, esto genera una depresión y trauma en las mujeres, ya que consideran real lo expresado, sin embargo algunas mujeres que consideran no estar de acuerdo con lo expuesto y verdaderamente se sienten lastimadas no tiene un respaldo jurídico, ya que muchas veces se quejan de manera verbal o escrito y lo realizado se queda en el olvido, sin embargo perdurará por siempre en las víctimas.

Pero en nuestro código penal no se encuentra tipificada la violencia obstétrica sin embargo se realizó un proyecto de ley de nombre “LEY PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA”, expediente 19.537

publicado en La Gaceta No. 125, del 30 de junio del 2015, iniciativa por parte del exdiputado Mario Redondo Poveda. Esto para sancionar cualquier conducta en contra de las actuaciones de los profesionales en la salud que atienden el parto tanto en el ámbito privado como público. Esto es un primer impulso donde se intenta erradicar la violencia obstétrica en el ámbito penal, es por ello, que el personal de salud continúa ocasionado violencia a las mujeres ya que aún a la fecha y a pesar de, no existe una regulación ni una sanción por sus acciones.

Estimamos que para entender la dimensión exacta de la violencia obstétrica es ilustrativo indicar que situaciones se tomarían como una violencia obstétrica:

- 1. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.**
- 2. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.**
- 3. Practique el parto por vía de cesárea, a pesar de existir condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.**
- 4. Se niegue a practicar el parto por la vía de cesárea y obligue a la mujer a parir, no existiendo condiciones para el parto natural, sin causa médica justificada.**

- 5. Obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, sin causa médica justificada, mediante la negación a esta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.**
- 6. Realizar tratos crueles, inhumanos y denigrantes que producen la insensibilidad frente al dolor, el silencio, el menosprecio por la clase social, etnia o edad, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos**

Cabe tener en consideración que en este último punto la víctima se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de esta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida y a del neonato a riesgo de no ser atendida de una forma humanizada y que prefieran no denunciar actos violatorios.

En referencia a la doctrina, se tiene en cuenta a Mantilla y Di Marco (2020) señalaron que esta violencia se encuentra vinculado con actos en el contexto del parto y son ejercidos con violencia, incluye la utilización de intervenciones médicas. Asimismo, en otra definición refiere Sosa (2018) la violencia obstétrica es aquella que incluye burlas de carácter sexual, ofensas durante el parto, en la cual prevalece la jerarquía del especialista de la salud por la mujer que está pariendo.

Chadwick (2017) resaltó que la violencia obstétrica surge para problematizar el maltrato de mujeres y jóvenes durante el parto, enfatiza que estas acciones se realizan por un abuso en actuaciones obstétricas, de igual manera Perera et al (2018) señalaron que la violencia obstétrica afecta más a las jóvenes embarazadas ya que al no tener alguna experiencia son fácil de percibir estos hechos ya que toda la sensación de sentirse segura se deslindan con sus percepciones, sintiéndose impotentes durante el parto.

De esta forma, Sadler, Ibone y Leiva (2020) demostraron que esta violencia es una falta de respeto a la dignidad humana, incluye practicas innecesarias como la decisión de forma inmediata de una cesárea, impedimento del acompañamiento en el parto y separación del recién nacido al instante. Para Shabot y Korem (2018) esta violencia se suscita en forma constante y es renombrado como vergüenza de género debido a que las mujeres son denigradas y ellas concluyen que no son buenas mujeres o madres en forma para traer un hijo al mundo.

Es por tal sentido, que una de las teorías que sustenta esta investigación es la del control de convencionalidad, ante esto, Olano (2016) apuntó que los Estados deben garantizar la protección de los derechos humanos, ya que este control permitirá que las autoridades apliquen de manera ordenada y lógica el Derecho vigente, revisando la fuente interna con las obligaciones internacionales.

El control de convencionalidad, de acuerdo con Bustillo Marin (2011) “es el mecanismo que se ejerce para verificar que una ley, reglamento o acto de las autoridades de un Estado, se ajustan a las normas, los principios y obligaciones de la Convención Americana de Derechos Humanos”.

El Control de Convencionalidad permitirá que nuestros legisladores realicen una normativa que sancione la violencia obstétrica, ya que podrá existir una norma especial que regulen el tratamiento del especialista de la salud al momento de atender a mujeres embarazadas, más aún ya que existen Tratados Internacionales que ordenan a los países en adecuar su normativa conforme a lo estipulado, sin embargo en nuestro país aún no se considera estas actuaciones como violencia obstétrica, a pesar que hay esfuerzos por parte de la Defensoría del Pueblo la cual exhorta su pronta regulación.

Por otro lado, Rodríguez y Martínez (2021), afirmar que uno de los grandes problemas es la falta de formación y técnica para afrontar emociones en el parto, ya que durante de esta actividad las mujeres experimentan sentimientos de miedo, ansiedad y no tienen un apoyo, sino al contrario tienen a personas que las insultan o minimizan, por otro lado Borges et al. (2021) mencionaron que se evidenciaron que las mujeres no son llamadas por sus nombres y en ocasiones no pudieron elegir una posición para el parto.

Fernández (2021) señaló que todos los Gobiernos deben asegurar el acceso a las mujeres una atención obstétrica con el respeto de los derechos sexuales sin vulnerar el consentimiento de estas mujeres y es necesario la capacitación al personal de la salud.



La violencia obstétrica se suscita por la falta de regulación en la legislación costarricense, ello genera que los especialistas de salud sigan realizando acciones que van en contra de los derechos de las mujeres, y a pesar que es un problema actual muchas veces las personas responsables no tienen ninguna sanción debido a que las mujeres consideran que no existe una ley que pueda protegerlas, por tal razón es necesario que mediante el control el Poder Legislativo pueda establecer una ley que impida estas acciones se sigan realizando.

De igual manera, se resalta que existe un vacío legal que presenta estos hechos de violencia no sean sancionados, que en su mayoría de veces pasan desapercibidos. Asimismo, es necesaria una regulación especial debido a que nos encontramos ante un tipo de violencia institucional, y dada su naturaleza se requiere de una serie de disposiciones evidentemente técnicas.

Se llegó al análisis que es necesario la regulación de la violencia obstétrica en nuestro país, así lo también tiene relación con los antecedentes de la investigación de Rivera (2020) concluyó que es necesario la que violencia obstétrica sea considerada como un tipo de violencia contra la mujer, siendo distinto a los que se encuentra reconocidos debido a que se violentan derechos sexuales y reproductivos, se materializa con palabras y acciones de los especialistas de la salud, estableciendo afectaciones psicológicas para toda la vida.

Una regulación de la violencia obstétrica se capacitaría y mejoraría la técnica que utilizan los especialistas brindando una protección y seguridad jurídica ante una futura indemnización por una mala praxis realizado en el parto, se promocionaría el derecho de las mujeres a denunciar los actos irrespetuosos, los abusos, la negligencia, la falta de información o información incompleta, las intervenciones médicas forzadas, etc. que puedan recibir en los establecimientos de salud, para que reciban una atención, orientación y patrocinio gratuito del Estado a través de las instituciones públicas como Ministerio Público u Organismo de Investigación Judicial fin de salvaguardar su integridad no solo física sino también emocional, con la regulación de la violencia obstétrica las mujeres podrían reconocer con mayor facilidad que podrían estar siendo víctimas de ello animándose a denunciar, combatiendo el citado tipo de violencia; así como también, los profesionales de Salud pondrán mayor atención en los servicios de salud que brindan a las mujeres antes, durante el embarazo y después a fin de evitar cometer un delito, al crear una regulación específica.

Asimismo, es importante señalar, que en Costa Rica forma parte de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”, y a través del artículo 07 de esta convención, se mencionó que el Estado Costarricense que forma parte de esta Convención debe adoptar sin dilaciones políticas que sea guiados a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, debiendo incluir en su legislación normas penales, civiles y administrativas leyes que tengan por finalidad de evitar cualquier suceso que ponga en peligro la integridad física y psicológica a las mujeres. Por lo tanto, se debería incluir la violencia obstétrica como un nuevo tipo de violencia contra

la mujer ya que se busca priorizar el reconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres frente al abuso de poder que realiza los profesionales de la salud, siendo necesario que el Costa Rica adopte legislaciones con problemáticas actuales.

De igual manera, el artículo 7 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, se menciona que los Estados partes (incluido Costa Rica) deberán utilizar medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer a efectos de:

- a) abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;
- b) actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- c) incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;
- d) adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad;

- e) tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;
- f) establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos;
- g) establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y
- h) adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención.

En consecuencia, a lo anterior mencionado, es necesario la incorporación de esta violencia obstétrica en nuestra normativa, a efectos de contribuir con la erradicación de la violencia en las mujeres en el ámbito público y privado, debiendo ser incluida como un tipo de violencia contra la mujer para que no se siga afectando, se buscar priorizar el reconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres frente al abuso de poder que realiza los profesionales de salud, y es necesario que el Costa Rica adopte normas para frenar problemas actuales.

De igual manera, los motivos del porque aún no se ha regulado esta violencia obstétrica en nuestro país es por varios criterios, entre ellos tenemos la falta de empatía, y la poca importancia que se le está brindado a estos casos que muchas veces se suscitan en zonas

lejanas donde se desconoce del tema, en la cual las mujeres se quedan calladas y sufren en su interior ante el daño que ocasionan estos episodios de violencia, así también, existe la posibilidad de que tenga complicaciones en el parto y obtener desenlaces fatales.

De acuerdo con la información recabada y por tal razón se afirma que es necesaria una regulación jurídica de un tipo penal que castigue precisamente esa posición más vulnerable de la mujer en ese momento y que responda a criterios de especialidad técnica científica por parte de los funcionarios de la salud.

### **3.1 Los principios de ultima ratio y el carácter fragmentario del derecho penal con relación a la propuesta planteada.**

Uno de los principios más importantes a la hora de examinar los límites al poder punitivo del Estado es el de ultima ratio, que condiciona la creación de figuras penales a aquellas circunstancias que atacan con mayor gravedad los bienes jurídicos más importantes, siempre y cuando las otras herramientas jurídicas con que cuenta el Estado resultan insuficientes para tal fin. Es decir, cuando la protección de bienes jurídicos puede realizarse por medios menos lesivos que el derecho penal, deben escogerse estos. Esto es parte fundamental de la doctrina del Derecho Penal Mínimo que postula que la intervención estatal coercitiva debe reducirse lo máximo que sea posible y mantener sólo su presencia ante hechos de máxima gravedad. (Ferrajoli, 1995)

Según Raúl Carnevali (2014), al examinar los límites al poder punitivo del Estado, considera que uno de los principios más importantes es el de "ultima ratio", el cual se entiende como una expresión del principio de necesidad de la intervención del Derecho penal. Confirma que la ley penal debe ser el último recurso en el cual la sociedad confía para proteger determinados bienes jurídicos, a menos que no existan otras formas de control menos lesivas, tanto formales como informales.

El fundamento de tal límite lo encontramos en la circunstancia de que el derecho penal es la máxima expresión del poder estatal, es decir, es la reacción jurídica más gravosa con que se

cuenta para la protección de bienes jurídicos, pues sus consecuencias abarcan la privación de libertad o el detrimento económico de la persona autora del delito.

Para Carnevali (2014), últimamente se observa una tendencia expansiva del Derecho penal, recurriéndose de forma excesiva a la protección de bienes jurídicos supraindividuales y a la técnica de los delitos de peligro abstracto. Ello implica una utilización simbólica del poder punitivo que lejos de alcanzar fines de protección o tutela de los bienes jurídicos, se limita a un discurso meramente formal en su utilización.

En resumen, el Derecho penal como ultima ratio parte de la necesidad de restringir al máximo posible y socialmente tolerable la intervención de la ley penal a las conductas más lesivas para la sociedad y que no pueden ser resueltas a través de otras ramas del Derecho, que, sin entrar a reprimir a través de la imposición de penas, lograrían la tutela de bienes jurídicos y la reparación del daño causado a satisfacción de los involucrados.

Para comprender el alcance de este principio debemos situarlo dentro del contexto de un Estado democrático de Derecho y sus presupuestos axiológicos derivados de la Constitución, especialmente los principios de proporcionalidad, lesividad y prohibición de exceso. (Carnevali, 2014)

### **El derecho penal y el derecho administrativo**

En efecto, la administración pública actual aparece dotada de la facultad de establecer preceptos, mandatos y prohibiciones, y de imponerles sanciones a quienes los desobedezcan; y,

como si lo anterior fuera poco, estos castigos los impone mediante órganos propios (administrativos), a quienes corresponde substanciar y fallar las infracciones y ejecutar las sentencias correspondientes. (Velásquez, 2020)

Por lo tanto, la administración actúa independientemente de otras ramas del poder estatal y está sujeto al derecho administrativo en el ejercicio de estos poderes.

Refiere dicho autor que el derecho administrativo supone una potestad sancionadora que se ejerce en dos direcciones distintas: una, de naturaleza correctiva, en virtud de la cual se imponen a los ciudadanos, en su condición de administrados, penas encaminadas a tutelar el orden social (como las sanciones de orden público); y otra, de índole disciplinaria, gracias a la que es posible castigar las faltas cometidas por los sujetos vinculados a la administración pública por especiales deberes y relaciones jurídicas (funcionarios, contratistas, etc.), con miras a resguardar la propia organización u orden internos (sanciones incluidas en el régimen disciplinario de los servidores públicos. (Velásquez, 2020)

Para el caso de la VO y especialmente por lo que proponemos en esta investigación, considerado que somos Estado social de derecho y partiendo de la intervención mínima en el derecho penal tenemos vías alternativas como por ejemplo la administrativa y con esto se propone que se sancione no sólo al funcionario de la salud por la negligencia médica si no también el centro médico como la Caja Costarricense del Seguro Social descargando al sistema penal por denuncias que son de mera actividad en el proceso del parto y postparto.



Para destacar en el Diario.es (Aguilar, 2022) de España cumple así con el mandato del Convenio de Estambul, en el cual insta a los Estados a proteger a las mujeres “contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica”.

Recomienda que todas comunidades autónomas deberán contar con centros de crisis 24 horas, preparados para atender a las mujeres que sufran violencia sexual en todo momento. Contempla también la creación de juzgados especializados en violencia sexual –como sucedió con la violencia de género en la pareja o expareja y formación para todos los operadores que intervienen en el proceso. (Aguilar, 2022)

Por otro lado al llamado un proceso que ya se encuentra en marcha que se llama “título habitante” y es una acreditación administrativa, que no judicial, para que las mujeres que hayan sufrido violencia machista puedan acceder a los recursos y ayudas. (Aguilar, 2022)

Con esto ayudaría que antes hacía falta contar con una denuncia, pero ahora las administraciones podrán acreditar la condición de vulnerabilidad de una mujer para que ésta o sus hijos puedan recibir, por ejemplo, atención psicológica o legal el reconocimiento normativo de la violencia la violencia gineco-obstétrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que muchas mujeres sufren un trato “irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto”. La organización habla de “el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor o las graves violaciones de

la intimidad” como una “violación de los derechos de las mujeres”. En 2019 la ONU calificó esta violencia obstétrica como un “fenómeno generalizado”.

La (OMS, 2014) hace referencia en dónde denunciar la violencia obstétrica y como prevenirlo

- **Enviar una carta a la institución de salud** donde ocurrió el acto de maltrato, explicando el motivo del reclamo.
- **Pedir una explicación por escrito**, con el fin de valorar qué consideran ellos como una práctica obstétrica poco respetuosa y de esta forma entender el porqué de su actuación, o, por el contrario, afianzar el maltrato sufrido por parte del personal de salud. Ante este tipo de conflicto, puede ser útil este artículo sobre cómo resolver un conflicto de forma asertiva.
- **Acudir al colegio de médicos y matronas** y reclamar en este nivel la inconformidad ante sus servicios.
- De igual forma, se puede **entablar una demanda** hacia el personal médico que realizó la violencia obstétrica. Esto ya depende de cada país, aunque generalmente se realiza **en el ministerio de justicia**, en el área específica de violencia de género. Cabe destacar que para hacer este tipo de denuncia se debe cumplir con una serie de requisitos legales.

Para la prevención de la violencia obstétrica es importante que haya un enlace de comunicación efectiva y clara con el grupo de profesionales sanitarios ante durante y después del parto.

Para esto, la madre debe comentar cuáles son tus expectativas en relación al parto y que desea evitar en ese momento. A esto se le conoce como planificación consensuada del parto, donde la madre expresa su voluntad y el profesional lo adecua basado en prácticas médicas seguras.

La ley establece la obligación de las administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, de garantizar la prestación en los centros hospitalarios, de acuerdo con criterios de gratuidad, accesibilidad y proximidad, estableciendo los dispositivos y recursos humanos suficientes para la garantía del derecho en todo el territorio en condiciones de equidad

La ley Orgánica de España 1/2013 del 28 de febrero por lo que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se promueve la responsabilidad institucional de las administraciones públicas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el ámbito ginecológico y obstétrico, a través de medidas de sensibilización y, sobre todo, a través de la promoción de servicios de ginecología y obstetricia que respeten y garanticen los derechos previstos en la ley, poniendo el consentimiento informado de la mujer en el centro de todas las actuaciones, promoviendo la adecuada formación del personal de los servicios de ginecología y obstetricia, y velando por las buenas prácticas y de apoyo a entidades sociales. (España, 2023)

En su Artículo N° 24 de dicha Ley Orgánica en la responsabilidad institucional en el punto 3 refiere que las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, tomarán las medidas integrales y eficaces para prevenir, proteger, investigar, sancionar, erradicar y reparar las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Refiere en el Artículo 30. Políticas públicas y protocolos.

1. En la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva se contemplará un apartado de prevención, detección e intervención integral para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con implicación del Observatorio de Salud de las Mujeres, aprobará un protocolo común de actuaciones para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, que contemplará las medidas necesarias para que el sector sanitario contribuya a garantizar los derechos sexuales y reproductivos en este ámbito.

3. Tomando como marco el protocolo común, las comunidades autónomas promoverán que los centros sanitarios adopten protocolos específicos para la prevención de praxis profesionales contrarias a lo establecido en este Capítulo, asesoren a las mujeres sobre sus derechos y habiliten cauces para las reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido afectadas por estas conductas.

### **3.2 Análisis e interpretación del proyecto de ley expediente N.º 19-537 “Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica”**

Se realizará un análisis del proyecto de ley “LEY PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA”, expediente 19.537 publicado en La Gaceta No. 125, del 30 de junio del 2015, iniciativa del diputado Redondo Poveda.

Inicia con una exposición de motivos haciendo referencia que en nuestro país se lidera a nivel de América Latina y el mundo, distintos indicadores relacionados con la salud como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, entre otros.

El diputado crea este proyecto de ley por los múltiples casos de madres que han sido víctimas en nuestro país de violencia obstétrica y la respuesta institucional del Estado costarricense es nula o muy limitada.

Asimismo, hace referencia de los vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobre cupo en las camas y la falta de información de las mujeres sobre sus derechos reproductivos.

Como se ha venido exponiendo en esta investigación de los actos y omisiones que se consideran violatorios y/o abusivos el creador de este proyecto de ley menciona de igual forma los siguientes:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas

2. Obstaculizar son causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
3. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
4. Prácticas de cesárea, aun cuando existan condiciones para informado de la mujer, ó en caso contrario, limitar el derecho de la mujer a que se le practique una cesárea cuando el parto natural sea imposible o complicado poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como del bebé (recién nacido).

Hace énfasis en la necesidad de tipificarse el delito de violencia obstétrica, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia. Existen vacíos importantes que deberían atenderse, solo los casos más extremos de violencia obstétrica se denuncian, e incluso la mayor parte de estos a pesar de, siguen en la impunidad. Las sanciones administrativas, que representan una alternativa a las sanciones penales, parecen no aplicarse a este tipo de conductas, y no hay un registro detallado de información en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica y los resultados de los procedimientos.

De igual forma la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así mismo se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios

de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como se establece el protocolo de atención a la mujer gestante, tanto en sus cuidados prenatales como en el momento de atención en el parto.

Deben de brindarse las condiciones adecuadas para llenar las necesidades de la madre durante todo el proceso, por lo que debe de permitírsele el acompañamiento efectivo y deseado, darle un trato respetuoso, facilitar su descanso, hidratación, nutrición y todas las condiciones que le faciliten su labor.

Este proyecto contiene diez artículos, para iniciar el legislador no hace referencia a un concepto como tal de la violencia obstétrica e inicia con **el artículo N.º 1 en el cual menciona lo siguiente “La presente ley regula los mecanismos para una adecuada protección de las mujeres en estado de embarazo, sus hijos o hijas, procurando garantizar una atención integral de calidad, brindada de forma oportuna, eficaz y eficiente con el fin de evitar muertes o malas prácticas médicas”.**

Ya se encuentra debidamente establecido en los artículos 51 y 55 de la Constitución Política de nuestro país y en compromisos internacionales ratificados por Costa Rica, relacionados con la maternidad y la salud de la madre, el niño y la niña.

ARTÍCULO 51.- La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido

ARTÍCULO 55.- La protección especial de la madre y del menor estará a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia, con la colaboración de las otras instituciones del Estado.

Los centros de salud deben de garantizar una atención pronta a toda mujer en estado de gravidez ya sea en emergencia o no, el médico o el personal de salud que la vaya a atender el parto va a hacer el garante de la vida del binomio.

**A su vez el artículo 2 menciona que la atención de esta población deberá ser equitativa, preventiva, periódica, completa y con enfoque de riesgo, de tal manera, para que se pueda brindar más y mejor atención a las mujeres que más lo necesitan.**

El redactor en este artículo únicamente se enfoca en la madre por lo que no tiene que dejar por fuera a la gestante ya que es un binomio, deben ser protegidos en forma armoniosa, pero si solo se va a tener en cuenta el criterio de la madre, quien vela por los intereses del ser en gestación, sobre todo los casos de emergencias donde la salud o la vida del niño corra peligro y en el proyecto lo están exceptuado. En situaciones de emergencia, se podrá entender que el parto ya no es de bajo riesgo y, en consecuencia, el médico puede actuar conforme a su criterio.

**En los artículos 3 y 4 realiza una enumeración de requisitos prenatales, atención preparto y postparto, en mi parecer es la realización de un protocolo y el consentimiento informado que debe de realizar cada médico ya sea especialista o general de brindar el mayor acompañamiento en su periodo de gestación.**



Existe ya una guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 o que se estos elementos se incluyan en el instrumento que se elabore para la operatividad de la ley.

En el artículo 3, debe exceptuarse casos de emergencia, donde la cesárea debe hacerse sin dilación alguna para salvaguardar no solo la vida de la madre, sino de su hijo o hija.

En el artículo 4 nos manifiestan, que al decir “sin causa médica justificada” por lo menos está contemplando el criterio médico, pero solo para decidir si se somete o no a la paciente al partido natural y que ese principio debería estar en todos los apartados.

**Artículo 5- incluye una disposición que señala que, en general, todo el personal del centro hospitalario deberá de tener un trato cordial, digno y respetuoso hacia sus pacientes y deberá contar con algún tipo de identificación que les permita a los pacientes determinar por quién están siendo atendidos, identificando las responsabilidades individuales de cada médico.**

El artículo 31 de ley Reguladora del Sistema Nacional de Contraloría de Servicios, Ley N° 9158 de 8 de agosto de 2013, dicha ley dispone que los derechos de las personas usuarias, dentro de los cuales encontramos el derecho a recibir de las organizaciones servicios de óptima calidad, de forma efectiva, continua e innovadora, así como el derecho a plantear gestiones respecto de los servicios que reciben de las organizaciones que los brindan y sobre las actuaciones de las personas funcionarias, empleadas o representantes en el ejercicio de sus labores, cuando se estime que afectan, directa o indirectamente, los servicios prestados o la imagen organizacional

**El artículo 6 del proyecto implica la creación obligatoria de un servicio auditor dentro de cada centro hospitalario, dotado de personal que se desplace dentro del recinto hospitalario a los pacientes que deseen formular quejas sobre el trato recibido y determinar la forma de denuncia.**

El proyecto pretende obligar a establecer dentro de cada centro hospitalario una contraloría de servicios, con personal disponible para trasladarse dentro del recinto hospitalario hasta donde se encuentre ubicada la paciente que desee formular una queja respecto al trato recibido, determinando la forma en que debe procederse con las quejas que se reciban

Al respecto debemos indicar que ya existe la Ley Reguladora del Sistema Nacional de Contraloría de Servicios, Ley N° 9158 de 8 de agosto de 2013. Las Contralorías de Servicios son órganos, de naturaleza asesora, adscritos al jerarca del órgano (art. 11). El artículo expone detalladamente las funciones de las Contralorías de servicios. Esta legislación vigente, es mucho más amplia y mejor estructurada que lo planteado en el proyecto que duplicaría las regulaciones.

**Instaura, en favor de la paciente en el artículo 7 el acceso al expediente médico y su copia completa foliada en un plazo de 24 horas, cuando se presuma violencia obstétrica; y señala que el incumplimiento de esa disposición acarreará responsabilidad disciplinaria para el funcionario.**

Se regula a lo interno de la Institución mediante el Reglamento del expediente de salud.

**Artículo 8 En caso de muerte del niño o niña, incluye el compromiso de que el médico tratante está obligado a explicar al paciente, en presencia de sus acompañantes, las razones por las que cree que se ha producido la muerte del hijo y dejar constancia de ello en el expediente las causas, las complicaciones y el abordajes técnicos y profesionales que se le brindo y en el apoyo emocional.**

**Establece en el artículo 9 la obligación a la Caja Costarricense del Seguro Social de realizar periódicamente campañas de sensibilización de sus funcionarios, así como cursos de relaciones humanas, buenas prácticas clínicas y cualquier otro que fomente mejor atención hacia los pacientes.**

Los aspectos señalados en este artículo, ya han sido abordados en diferentes formas como por ejemplo: Manual de Educación Perinatal para Mujeres Gestantes y sus Familias, actualización de la Historia Clínica Perinatal, desarrollo de talleres de sensibilización, capacitaciones en educación perinatal y dignificación y trato humanizado a la mujer gestante, entre otros.

En el informe técnico integrado Jurídico- Socioambiental **AL-DEST-IIN-220-2015 del DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS, REFERENCIAS Y SERVICIOS TÉCNICOS, AASAMBLEA LEGISLATIVA**, en la parte de las Consideraciones de Fondo inicia hablando de que se debe indicar que la administración de las clínicas y hospitales de la Caja

Costarricense del Seguro Social constituyen una competencia constitucionalmente exclusiva de esa Institución dentro de su ámbito de autonomía constitucional que le es propia. En ese ámbito constitucional, la iniciativa en análisis podría resultar violatoria al artículo 73 constitucional. Ese quebranto deriva de la pretensión de implantar por ley, aspectos propios de la autonomía organizativa, como lo son el establecimiento de protocolos de atención de la salud para un segmento de la población (embarazadas), la realización de capacitaciones específicas y campañas de sensibilización diversas, ya que *esa capacidad de autoorganizarse* se da con exclusión de toda potestad legislativa. Dicha potestad incluye las potestades de formular planes o fijar los fines y metas del ente, la de darse los mecanismos internos de planificación funcional y financiera a través de los presupuestos y, el ejercicio de la potestad de reglamentación autónoma en sus servicios

Recordemos que a la Caja Costarricense del Seguro Social se le ha garantizado autonomía administrativa y de gobierno – Autonomía en Segundo Grado-, por resultar esclarecedor, debemos citar lo indicado al respecto en el voto de la Sala Constitucional N.º 15655-2011 de las 12:48 horas del 11 de noviembre de 2011:

*“Así entonces, el grado de autonomía que constitucionalmente le dio a la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 73, es el que se ha denominado como grado dos, que incluye autonomía administrativa y autonomía de gobierno. Siendo que, la reforma que sufrió el artículo 188 Constitucional en 1968, reforma que por cierto no modificó el mencionado artículo 73 supra mencionado, instituyó la dirección administrativa del resto de instituciones autónomas, pero no modificó el grado de autonomía de la Caja Costarricense de Seguro*

*Social, que sigue siendo desde 1943 una autonomía administrativa y de gobierno. En virtud de ello, queda claro entonces que, la ley o el legislador, no puede interferir en materia de gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social en virtud de la autonomía de gobierno de que goza esta institución. Recuérdese las definiciones que esta Sala ha recogido en su jurisprudencia sobre el significado de cada uno de los grados de autonomía: a) administrativa, que es la posibilidad jurídica de que un ente realice su cometido legal por sí mismo sin sujeción a otro ente, conocida en doctrina como la capacidad de autoadministración; b) política o de gobierno, que es la capacidad de autodirigirse políticamente, de autogobernarse, de dictarse el ente a sí mismo sus propios objetivos en la forma en que lo estime conveniente para el cumplimiento de la finalidad para la cual fue creada; y, c y por ello ajena a los fines de esta consulta). Los dos primeros grados de autonomía se derivan de la Autonomía Política, cuyo contenido será propio de la norma (constitucional o legal) que crea al ente. En este caso, estamos frente a un ente descentralizado creado por Constitución, y cuyo grado de autonomía, definido también por la misma Carta Magna, es de grado dos, la cual debe entenderse que incluye las potestades de formular planes o fijar los fines y metas del ente, la de darse los mecanismos internos de planificación funcional y financiera a través de los presupuestos y, el ejercicio de la potestad reglamentaria autónoma...”*

**Por último, en su artículo 10, la iniciativa propone una reforma a la ley N.º 4573 de 15 de noviembre de 1970, en introducir un nuevo artículo 380 bis denominado Violencia Obstétrica en el Código Penal.**

**“Violencia obstétrica**

**Artículo 380 bis. - Será sancionado con prisión de seis meses a un año o multa de hasta doscientos días multa, el personal de salud que realice alguna de las siguientes conductas u omisiones:**

**I.- No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.**

**II.- Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.**

**III.- Practique el parto por vía de cesárea, a pesar de existir condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.**

**IV.- Se niegue a practicar el parto por la vía de cesárea y obligue a la mujer a parir, no existiendo condiciones para el parto natural, sin causa médica justificada.**

**V.- Obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, sin causa médica justificada, mediante la negación a esta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.**

**Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá inhabilitación, hasta por dos años, para el ejercicio de la profesión en la que produjo el hecho.”**

De acuerdo a nuestra investigación y conociendo ya estos supuestos citados por el legislador, vemos que lo obtuvo la referencia en el artículo 51 la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta sustituyó a la Ley sobre la Violencia contra la mujer y la familia de 1998 y fue publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 de fecha 19 de marzo de 2007 en Venezuela. Esta ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa la violencia obstétrica.

En cuanto a los delitos introducidos en este proyecto, se trata solo delitos de mera actividad, o sea no exigen un daño en la usuaria, sino tan solo la conducta establecida en el proyecto de ley, que, bajo la normativa penal actual, se encuentran ya tipificados los delitos el que se incurra un homicidio culposo Artículo 117 o lesiones culposas lo cual se requiere un daño a la embarazada o al gestante artículo 128.

### **Lesiones culposas**

#### Artículo 128.- Lesiones culposas

Se impondrá prisión hasta de un año, o hasta cien días multa, a quien por culpa cause a otras lesiones de las definidas en los artículos 123, 124 y 125. Para la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tener en cuenta el grado de culpa, el número de víctimas y la magnitud de los daños causados.

En todo caso, al autor de las lesiones culposas también se le impondrá inhabilitación de seis meses a dos años para el ejercicio de la profesión, el oficio, el arte o la actividad en la que se produjo el hecho.

### **Homicidio culposo**

#### Artículo 117.- Homicidio culposo

Se impondrá prisión de seis meses a ocho años a quien por culpa mate a otro. En la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tomar en cuenta el grado de culpa y el número de víctimas, así como la magnitud de los daños causados. En todo caso, al autor del homicidio culposo también se le impondrá inhabilitación de uno a cinco años para el ejercicio de la profesión, el oficio, el arte o la actividad en la que se produjo el hecho.

Revisando el artículo 380 del Código Penal, está ubicado en el Título XVII delitos contra los derechos humanos, sección única, el legislador pretende introducir un artículo 380 bis, por lo que desde nuestro punto de vista lo ubicada correctamente porque dichas acciones tipifican delitos que van en contra de los derechos humanos de la mujer embarazada y del gestante.

El delito no es un concepto que se compone sumando elementos, sino un doble juego de valoraciones acerca de una acción humana, que en cada caso la pretensión de ejercicio del



poder punitivo debe superar, para que los jueces puedan habilitar su paso en determinada cantidad y forma. (Derecho, 2020)

La interpretación debe ser valorativa y tener como fin la de reducir el ámbito de lo prohibido. Esto permite cumplir con el principio de legalidad estricta.

Los tipos penales deben estar estructurados básicamente como una proposición condicional, que consta de un presupuesto (descripción de la conducta) y una consecuencia (pena), en la primera debe necesariamente indicarse, al menos, quién es el sujeto activo, pues en los delitos propios reúne determinadas condiciones por ejemplo si es empleado público y cuál es la acción constitutiva de la infracción (verbo activo), sin estos dos elementos básicos puede asegurarse que no existe tipo penal.

En el caso que nos ocupa, el sujeto activo se fija como “el personal de salud” lo cual es totalmente indeterminado, es decir como no se determina a cuál personal se refiere, el tipo penal sería inaplicable. Por otra parte, los términos empleados para la definición del tipo son demasiado, amplios y ambiguos, a saber, ¿qué se debe entender por “no brindar atención eficaz” o “altere el proceso natural del parto bajo riesgo”?

El dictamen final al que llego esta Comisión fue negativo el 01 de noviembre de 2017. Y se reza lo siguiente “Las mociones presentadas a este proyecto fueron rechazadas. Por las observaciones anterior y objeciones de las organizaciones e instituciones consultadas con la

presente iniciativa de ley, esta comisión rinde DICTAMEN NEGATIVO UNANIME al expediente N° 19.537 y consecuente archivo de esta iniciativa de esta ley”.

## **3.2 CASOS PENALES**

### **Presentación caso # 1**

Causa Penal 10-16264-042-PE

Delito: Homicidio culposo y lesiones culposas

TRIBUNAL PENAL DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE SAN JOSÉ.

SENTENCIA N.º 493 -2017

#### **RESUMEN DE LOS HECHOS:**

El día 29 de agosto del año 2010 a las 00:47 horas aproximadamente la ofendida S V ingresó al área de atención de Urgencias del Hospital de las mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, ubicado en San José, por encontrarse en estado de embarazo y en fase latente de labor de parto, por lo cual se indicó el internamiento para darle continuidad a dicho proceso. En dicho centro médico ese día y hora, se encontraban laborando en jornada laboral no tradicional la imputada A A G ( Médico residente) entre otros funcionarios.- Que a partir de las 2:30 horas de ese día 29 de agosto del año 2010, la ofendida S V debido a su estado de gestación con embarazo a término, fue ingresada a sala de parto ya que se

encontraba en período expulsivo, ocurriendo que las condiciones de salud del producto de gestación ( G S V ) habían desmejorado por presentar descenso severo de la frecuencia cardiaca (bradicardia fetal severa) generándose una emergencia, ante lo cual las enfermeras obstetras que atendían el parto llamaron de manera inmediata a la Dra. A A G a la cual le correspondía atender dicha emergencia ante la imposibilidad del otro médico residente en salón y le informaron de la emergencia médica que se presentaba con la señora S S V, la que presentaba un producto con bradicardia fetal severa; sin embargo, enterada de la situación de emergencia en que se encontraba la paciente S V, la encargada A G comunicó que el Dr. E S M ( médico especialista de guardia) iba a bajar a la sala de labor a valorar otra paciente y que le comunicaran, lo cual no ocurrió; aconteciendo que la encargada a pesar de los antecedentes descritos omitió el deber de cuidado de las reglas del arte médico de no prestarle asistencia al producto de la gestación ( G S V).- La omisión de parte de la Dra. A A G de atender el parto durante el período expulsivo, provocó que la emergencia médica fuera atendida únicamente por enfermeras obstetras, el parto prolongó por espacio de treinta minutos, naciendo el niño G S V en malas condiciones, por lo que fue necesario darle reanimación, luego intubarlo y de inmediato fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos, siendo diagnosticado como macrosómico por medir 52 centímetros de altura y pesar 4200 gramos. A pesar de que la labor de parto ya había finalizado y el menor ofendido G S V había sido trasladado a una unidad especializada para su atención con el fin de estabilizarlo, todavía continuaba el factor de riesgo en la salud de la ofendida S S V, esto por los antecedentes que presentó antes, durante y postparto, la encargada A A G omitiendo el deber objetivo de las reglas

del arte médico, no se presentó por más de una hora a atender el estado de salud de la agraviada S S V, retraso que provocó la no atención de la fuerte hemorragia provocada por la atonía uterina que se presentó la señora S V y que a su vez provocó un shock hipovolémico.- Que al ser las 4:05 horas, la enfermera E B alerta al doctor J A B sobre de la condición de salud de la ofendida, que para ese momento reportaba presión arterial 80/20, con abundante salida de coágulos de sangre en la región genital, es decir su salud desmejoraba y su condición era de alto riesgo, se le realizó un diagnóstico y se le indicó tratamientos para intentar detener el sangrado uterino, pero aún con las medidas anteriores persistió su condición hemodinámicamente inestable, por lo que finalmente fue necesario trasladar a la agraviada S V a sala de operaciones en donde se le realizó histerectomía total abdominal, salpingooforectomía y laparotomía, sin embargo falleció en el pos operatorio inmediato por el retraso evidente de darle atención por parte de la encartada A G. A consecuencia de la omisión negligente del arte médico por parte de la A G, le produjeron lesiones al ofendido G S V consistentes en asfixia perinatal que le produjo una incapacidad permanente de un ochenta por ciento (80%) de la capacidad general orgánica. Asimismo, consecuencia de dicha omisión de parte de A G le provocó la muerte a la ofendida S S V, estableciéndose como causa de muerte: Embarazo de 39 semanas de gestación con atonía uterina post parto distócico (antecedente clínico) y hemorragia uterina siendo la manera de muerte: accidental desde el punto de vista médico legal.

**PRUEBAS PERICIALES:**

- 1) Dictamen médico legal DI-2010-0117-PF, se refiere al análisis del ÚTERO, LÁMINAS DE HISTOLOGÍA y BLOQUES DE PARAFINA DE S S V, AUTOPSIA 10-2078, en donde se concluye que " Útero gestante con hemorragia reciente".-
- 2) Dictamen Médico Legal N° DA-2010-2068-P.F de fecha 13 de abril del año 2011 se trata de la AUTOPSIA realizada a S S V, en donde se determina "Causa de muerte: Embarazo de 29 semanas de gestación con atonía uterina post parto distócico ( antecedente clínico) y hemorragia uterina. Manera de Muerte: Accidental, desde el punto de vista médico legal. Se establece en "Comentario: Se trató de una paciente femenina con el quinto embarazo de 39 semanas de gestación quien ingresó al Hospital Adolfo Carit el 29 de agosto de 2010 a eso de la 1:20 horas por tener contracciones. Luego del examen inicial se determinó que presentaba una dilatación de 3-4 cms por lo que al encontrarse en fase latente de labor de parto se indicó el internamiento a sala de labor en la cual durante la observación se documentó bradicardia fetal y período expulsivo aproximadamente una hora después del ingreso obteniéndose un producto masculino vivo, macrosómico con una circular flora al cuello y en malas condiciones que requirieron la asistencia del neonatólogo. Luego del parto la paciente inició sangrado uterino importante que ameritó en primera instancia una revisión de cavidad y masaje bimanual, así como la utilización de medicamentos útero constrictores, sin embargo al persistir el sangrado se dio un estado de shock que ameritó una histerectomía total para detener el mismo, sin

embargo falleció en el post operatorio inmediato a pesar de las medidas tomadas. De conformidad con la interconsulta con el Especialista en Gineco Obstetricia, opinión compartida por la suscrita es evidente que no hubo un adecuado manejo de la paciente tanto en la fase activa de labor como durante el parto pues a pesar de tener los antecedentes descritos, el parto no fue atendido por el médico especialista y/o médico residente tanto por las condiciones del producto como por los factores de riesgo existentes para la situación que posteriormente se presentó cual fue la atonía uterina que llevó al sangrado severo y al shock hipovolémico que finalmente le causó la muerte. Además posterior a la presentación de la emergencia (sangrado) la misma fue atendida 1 hora y 40 minutos posteriores, retraso que evidentemente condicionó el resultado final. Por lo anterior es que considero que existió una omisión del deber de cuidado de las reglas del arte médico por parte de los médicos responsables de atender a la paciente que generó la muerte de la señora S V. Es necesario investigar de acuerdo a los roles de guardia quiénes eran los médicos responsables durante el turno en que la señora S V falleció."

- 3) Dictamen médico legal N° DML- 2013-11414 de fecha 16 de setiembre del 2013, relacionado con el menor G S V, en donde se realiza un resumen de la información médica aportada al menor en diferentes centros médicos que requirió el Médico Forense en anteriores dictámenes, el cual establece en el apartado "..  
COMENTARIO: Desde el punto de vista fisiológico la hipoxia neonatal se define como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato asociada a grados variables de hipercapnia y acidosis metabólica, siendo secundaria

a patología materna, fetal o neonatal. La gran mayoría de las causas de la hipoxia perinatal se originan en la vía intrauterina, el 20% antes del inicio del trabajo de parto, el 70% durante el parto y 10 % durante el período neonatal. Todo recién nacido sano o enfermo, maduro o inmaduro, tiene que pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse bien a la vida extrauterina. Cuentan con diversas estrategias de adaptación para reducir el consumo total de oxígeno y proteger órganos vitales, como corazón y cerebro durante la asfixia. La lesión aguda ocurre cuando la gravedad de la asfixia excede a la capacidad del sistema para conservar el metabolismo celular dentro de las regiones vulnerables. Sólo una vez que los cambios funcionales y de reorganización evolucionan en forma satisfactoria, el recién nacido está en condiciones y de seguir adelante con su cometido principal de crecer y desarrollarse. La severidad del daño dependerá de la intensidad y duración de la hipoxia y de la capacidad adaptativa fetal. CONCLUSIONES: 1. De acuerdo al examen físico del evaluado, la historia clínica, el estudio de los expedientes médicos y la revisión bibliográfica se evidenció un manejo anómalo, inoportuno y despegado de la normativa médica por parte de los médicos tratantes. 2. Incapacidad Permanente: OCHENTA POR CIENTO (80%) de la capacidad general".-

## **ANALISIS JURIDICO DEL CASO**

Los delitos de homicidio culposo y lesiones culposas cuyos bienes jurídicos son tutelados son la vida y la integridad física. Se encuentran descritos en los artículos 117 y 128 del Código Penal, el primero de ellos establece que " Se impondrá prisión de seis meses a ocho años a quien por culpa mate a otro. En la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tomar en cuenta el grado de culpa y el número de víctimas, así como la magnitud de los daños causados. En todo caso, al autor del homicidio culposo también se le impondrá inhabilitación de uno a cinco años para el ejercicio de la profesión, el oficio, el arte o la actividad en la que se produjo el hecho...".- En el caso del segundo ( artículo 128 del CP), establece que " Se impondrá prisión hasta de un año o hasta cien días multa, a quien por culpa cause a otro lesiones de las definidas en los artículos 123, 124 y 125. Para la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tener en cuenta el grado de culpa, el número de víctimas y la magnitud de los daños causados. En todo caso, al autor de las lesiones culposas también se le impondrá inhabilitación de seis meses a dos años para el ejercicio de la profesión, el oficio, el arte o la actividad en la que se produjo el hecho...".-

En ambos casos, como se logra apreciar, establecen las normas sustantivas en el supuesto de hecho, solamente al que por culpa mate o lesionare a otro tratándose de tipos penales abiertos, en estos casos es el juzgador quien debe llenar o delimitar sus alcances siempre tratando de no desbordar el principio de legalidad ya es la base de esta necesidad de que las



acciones u omisiones deban estar recogidas en las leyes penales (La Tipicidad Penal como Elemento del Delito - La Conducta y el Tipo, s. f.)

Para este caso en particular en efecto, en primer lugar, según se indicó, en el caso del delito de lesiones culposas ( 128 del CP), adicionalmente se requiere que las lesiones producidas por culpa por el sujeto activo sean las tipificadas en los artículos 123, 124 y 125 del Código Penal, en este caso según el dictamen médico legal, el menor G S V sufrió una incapacidad permanente del 80 % de pérdida de su capacidad general orgánica, que de acuerdo a dicha lesión que constituye un debilitamiento persistente de la salud de un sentido o de un órgano ( ver Res. 2004-1189 de la Sala Tercera Corte Suprema de Justicia), constituye un delito de lesiones graves previsto y sancionado en el artículo 124 del Código Penal con lo que se cumple este primer requisito de configuración culposa según el artículo 128 del Código sustantivo. En segundo lugar debe analizarse conforme a los límites apuntados supra, si la omisión acusada y que ha sido atribuida a la imputada A A G, se trata de una falta al deber de cuidado. En tal sentido los jueces deben determinar en cada caso en concreto, en qué consiste dicha falta al deber de cuidado, reflejada - generalmente- como imprudencia, negligencia o impericia, que en el ámbito de la lexis artis, es conocida como mala práctica médica, entendida ésta como " un error involuntario vencible, un defecto o falta de aplicación de métodos, técnicas o procedimientos del actuar del profesional ( examen físico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), que como resultado afecta la salud o la vida del paciente" -( ver VARGAS ALVARADO, Eduardo. Medicina Legal. México, 2000.p.422." ( Sala Tercera Corte

Suprema de Justicia Voto 2011-0913- de las 10:56 horas del 29 de julio del año dos mil once).-

Esa emergencia médica le correspondía atenderla a la sentenciada A G, catalogada como una verdadera emergencia médica que requería de indicaciones suficientes de parte del médico encargado para evitar males mayores como la hipoxémia perinatal y el tratamiento que requería S S V ante el nacimiento de un producto macrosómico o de gran talla para evitar el factor de riesgo que ello conllevaba la producción de los resultados que se presentaron a saber lesiones a nivel cerebral de G y muerte de S S V, eran previsibles y evitables.

Esto podía preverse por un médico en las condiciones y conocimientos que tenía la imputada, a partir de su experiencia y conocimiento podía representarse que ante una bradicardia severa de 80 pulsaciones por minutos del feto, un pujo no efectivo, se podían presentar en primer lugar lesiones a nivel cerebral del producto como en efecto ocurrió precisamente por la falta de oxigenación del producto

Se debe de recordar que los peritos informan que el pujo no efectivo era a causa de la macrosomía del producto, lo cual llevaría un factor de riesgo a la atonía uterina, sobre todo que ya se presentaban complicaciones antes del parto, de allí el llamado al médico por la emergencia que se presentaba, entonces lleva estos resultados, daño cerebral y la atonía uterina, la consecuente hemorragia, shock hipovolémico y la muerte de la madre eran previsibles pero

también eran evitables ya que se podían tomar una serie de medidas correctivas para evitarlos y en caso severo de tomar otras medidas tales como el masaje uterino, la colocación de vías, la transfusión sanguínea, oxigenación de la madre.

Véase que luego del parto, transcurrió una hora y cinco minutos para que la enfermera B B determinara la presencia de sangrado y coágulos en el fondo uterino, tiempo sumamente amplio en el que se pudieron tomar esas medidas correctivas por cualquier médico con las condiciones de conocimiento y pericia que tenía la imputada y que no se hicieron con una total falta a la lex artis por omisión del médico, en este caso la Dra. A G.

La ofendida S S V murió según el dictamen pericial aludido la causa de muerte fue por " Embarazo de 29 semanas de gestación con atonía uterina post parto distócico y hemorragia uterina", la prueba ha llevado a establecer que la causa de muerte ha sido accidental pero adicionalmente que lo fue una omisión de parte de la imputada A G.

El menor ofendido G S V sufrió una incapacidad permanente del 80% de pérdida de su capacidad general orgánica, misma que como se ha establecido ha sido de manera culposa y atribuible a la sentencia A G. Verificado el resultado, corresponde verificar la existencia de un nexo causal, es decir si el resultado producido le debe ser atribuido a la imputada A G, lo que resulta positivo a partir de las anteriores consideraciones, es claro que a ella le correspondía la atención médica, es claro que en esa condición de médico y por tanto condición de

garante como luego se verá, le correspondía establecer el plan de atención a seguir según la *lex artis*, a ella le correspondía en caso de no abordar el caso por una limitante de conocimiento o de habilidades, llamar al médico asistente para la adecuada atención, aspectos todos que ella no cumplió al no presentarse al llamado que hicieron las enfermeras obstetras.

Si bien ella le informa a las enfermeras que el Doctor S bajaría a revisar una paciente de labor de parto y que le informarían, no consta que ella haya transmitido esa información a su superior el Dr. S, tampoco consideró la posibilidad, como resulta ser parte su omisión negligente, de considerar que el mencionado galeno no bajaría de inmediato, sino que se contentó con esa indicación a las enfermeras y omitió bajar, omitió poner el cuidado que la situación de emergencia se le estaba comunicando, sobre todo no previó que el Doctor S no bajaría.

La omisión atribuida a A A G, no está dirigida dolosamente a la obtención de un resultado, sino que la misma obedece a un comportamiento omisivo culposo, negligente y descuidado, que aun conociendo de la emergencia que le fue comunicada y que ponía en riesgo la integridad física del producto y la vida de S S V, no acudió a atenderla, bajo la esperanza de que su superior compareciera al salón y las enfermeras le informarían de la emergencia

Por cuanto la justiciable al no comparecer al primer llamado ante la emergencia informada con infracción a la *lex artis*, no comparecer y otorgar un plan de acción, un plan de atención médica, o bien no informar a su superior para que asumiera la emergencia como especialista, provocó por la falta de atención médica la hipoxemia perinatal en G S V y este a su vez la

parálisis cerebral profunda que lo aqueja en la actualidad con gravísimas consecuencias, no que tal como se indicó, la omisión conllevó la falta de establecimiento de un plan de acción o de atención que provocó desatención a la atonía uterina, la hemorragia que finalmente provoca un shock hipovolémico y la muerte. Es claro que la omisión de la imputada de no atender la emergencia o no informar como correspondía por la línea jerárquica que tenían bien arraigada, provocó los dos resultados que aquí se vienen investigando.

Es establecer que una sola omisión que es atribuida a la imputada A G, tuvo dos resultados, uno lesivo y otro mortal, es claro que se trata de un CONCURSO IDEAL

Partiendo de la existencia de ese riesgo permitido y siguiendo la teoría de la imputación objetiva, debe valorarse si ese riesgo fue aumentado indebidamente por la justiciable A G, concluyendo este Tribunal que en efecto, ya el factor riesgoso estaba presente al momento en que la paciente y ofendida S S V se presenta al Hospital de las Mujeres en estado avanzado de embarazo, estaba con un embarazo cuyo proceso en fase latente ya había iniciado y se requería de la atención profesional para culminar ese proceso, ello llevó inicialmente al internamiento para continuar con ese proceso; no obstante, se espera la atención debida en esos casos, sin embargo ante la emergencia suscitada, el factor de riesgo permitido fue aumentado indebidamente por la no presencia de la médico encargada de la atención de la paciente, su garante y que ante dicha ausencia y omisión de la prestación de la atención médica se produjo el resultado ya conocido

No es causa de justificación en sentido estricto. Sin embargo es importante, ya que un gran grupo de denuncias por mala praxis son infundadas y se trata de casos de iatrogenia. Por tal razón, es conveniente aclarar este punto. (Carlos Tiffer, 2008)

La "iatrogénica" para Carlos Tiffer, 2008) son situaciones que incluyen los efectos inevitables de la actuación profesional de un médico y de los medios utilizados, esto se debe a que, en el ejercicio profesional de la medicina, existe un límite a la muerte o al daño, como en toda acción humana.

Caso distinto de la iatrogenia es el caso fortuito ya que es aquel que o puede ser previsto o que, previéndolo, no puede ser evitado.

El origen de las lesiones iatrogénicas puede ser diverso, pero son tres las causas fundamentales:

- Debido al enfermo mismo, quien por su descuido, abandono o impaciencia, produce complicaciones que de otra forma no hubieran aparecido.
- Debido al medio hospitalario, en donde existe, por ejemplo, un alto grado de transmisión de enfermedades
- Debido al médico, cuya maniobras o medicamentos pues deben ser susceptibles de causar este tipo de daño, a pesar de cumplirse con el deber de cuidado.

Debe considerarse igualmente que la actividad médica per se, conlleva un riesgo ya que la actividad médica tal como quedó establecido es sumamente compleja en donde intervienen

gran cantidad de factores y de personas, que se resume en que el acto médico es un acto complejo, la actividad médica conlleva un riesgo permitido.

## **Presentación caso # 2**

CAUSA PENAL 01-200114-0414-PE

SALA TERCERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 14 DE NOVIEMBRE DE 2005

Los hechos del presente caso tuvieron lugar en el Hospital Anexión de Nicoya el 21 de febrero del 2001.

La Sra. RM, de 22 años, se encontraba en la última etapa de primer embarazo. La paciente entró en labores de parto el día 20 de febrero, motivo por el cual fue trasladada por su pareja sentimental a la Clínica del Seguro Social de Santa Cruz. Debido que su gestación se encontraba a término, la Sra. RM fue remitida de dicho nosocomio al Hospital La Anexión de Nicoya con el fin de que ahí se atendiera su alumbramiento.

RM ingresó a la sección de Emergencias del Hospital de Nicoya a las 0:22 h del día 21 de febrero. El médico que la valoró inicialmente la encontró con 2 cm de dilatación del cuello uterino, un borramiento del 60%, con producto cefálico, con una frecuencia cardíaca

fetal de 140 latidos por minuto y una ruptura de las membranas placentarias, por lo cual fue remitida de la sección de emergencias a la sala de partos.

Durante la madrugada del 21 de febrero, hasta las 6 h del mismo día, la paciente permaneció bajo observación del personal de salud de turno, a la espera del momento en que estuviera preparada para dar a luz. A las 6 h se dio el cambio de turno del personal, por lo que a las 8 h el Dr. PC fue remitido para valorar a la ofendida. El galeno valoró a la Sra. RM y anotó, en el expediente médico, que presentaba una ruptura prematura de las membranas de 8 h de evolución, sin datos de infección, contracciones positivas y movimientos fetales positivos. Además realizó una nota para indicar que no había sangrado; la nota indicó también un borramiento del 80%, pelvis útil (apta para la conducción de trabajo de parto), membranas palpables y líquido amniótico claro. Con base en los signos anteriores, el galeno acusado recomendó como plan una evolución espontánea de parto

Debido a que no aguantaba los fuertes dolores causados por las contracciones, la paciente le pidió, al Dr. PC que le realizara una cesárea; sin embargo, obtuvo una respuesta negativa del médico, quien le explicó que ella podía tener a su hijo de manera normal. Antes de retirarse, el Dr. PC solicitó que le suministraran oxígeno a la paciente con el fin de que el producto respirase mejor y la dejó en la sala de Partos, bajo observación de enfermería, para que aumentara su dilatación, mientras él continuaba con sus otras tareas.



A las 10:55 h, RM ingresó en labor de parto con una frecuencia cardiaca fetal de 64x', 116x', 110x' y 108x'. Las enfermeras que tomaron la frecuencia cardiaca del feto decidieron en ese momento llamar al Dr. PC, encargado de las emergencias que se presentaban en la sala de Partos. En el lapso en que las enfermeras comenzaron a localizar al médico, el feto presentaba 106x' de frecuencia cardiaca y la madre 6 cm de dilatación.

Dada esta situación (ya que el producto comenzaba a presentar bradicardia fetal, que es una frecuencia cardiaca menor de 110x e indicativo de sufrimiento fetal), las enfermeras procedieron a llamar al galeno acusado por los intercomunicadores del Hospital. Sin embargo, sus esfuerzos resultaron infructuosos, debido a que no contestaban en la central de altoparlantes (a las 11 h, el personal encargado de la intercomunicación en el nosocomio se retiraba para almorzar, quedando a cargo de la labor temporalmente el oficial de seguridad del centro médico, quien atendía la central telefónica y las llamadas para altoparlantes a la central). Por este motivo, las enfermeras intentaron comunicarse con el guarda a fin de que llamara al Dr. PC, pero encontraron la línea telefónica ocupada en ese momento. Esto obligó a una de las enfermeras a salir del nosocomio para pedirle personalmente al oficial que desocupara la línea y le avisara, al galeno, de la emergencia.

El médico recibió el mensaje en su "bipper" a las 11 :10h; se trasladó al hospital y valoró a la paciente a las 1120 h, después de lo cual decidió realizar una cesárea de emergencia. Se preparó a la paciente para la intervención; esta se realizó a las 11:35 h y se obtuvo un producto masculino sin vida las 12:02 h. Este pesó 4400 g, midió 58 cm y presentó su cuerpo

envuelto en el cordón umbilical; aunque se le practicaron maniobras de resucitación, el menor no respondió a estas.

El presente caso se tramitó en el expediente 01-200114-0414-PE y concluyó en la fase de juicio, después de un largo proceso. La resolución fue impugnada y conocida por la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia mediante un recurso de casación penal. Además se interpuso una querrela y una acción civil resarcitoria; esta última fue declarada con lugar en la sentencia de juicio y confirmada por la Sala de Casación Penal.

#### **DENUNCIA:**

En la Fiscalía de Nicoya, a las 8:35 h del 23 de febrero del 2001, el Sr. OD, padre del menor ofendido, se presentó a plantear denuncia formal, de la que se resume la siguiente información de relevancia:

"Me presento a denunciar a ignorado, por los siguientes hechos: El día martes 20 de febrero del año 2001, en horas de la noche pasé a la Clínica de Santa Cruz. con mi señora RM con dolores de parto, de dicho lugar la trasladaron hacia el Hospital La Anexión de esta ciudad, esa misma noche como a eso de las 11:30 de la noche aproximadamente, Estando en el Hospital [...] **fue atendida por dos doctores de los cuales ignoro sus nombres, quienes le mandaron sacar radiografías con el fin de ver cómo bebé, todo salió normal y trasladaron a mi compañera a sala de espera pero a mí no me dejaron pasar, a pesar**

que traía una orden del Dr M que podía estar en pero me indicaron que podía entrar hasta el momento que mi compañera estuviera dando a luz, estuve afuera aproximadamente dos horas y luego salió una muchacha enfermera y me indicó que podía pasar a la sala, pero mi esposa se encontraba con dolores solamente, todavía no dado a luz. A eso de las 4.15 de la mañana aproximadamente me regresé para Santa Cruz porque tenía que hacerme presente en mi trabajo, mi cuñada Gc se quedó acompañándola. Luego, a eso de la 1:30 de la tarde aproximadamente me avisaron que tenía que hacerme presente al Hospital, al llegar a eso de las 2:10 de la tarde aproximadamente, me encontré con la mala noticia de que mi hijo había fallecido, me indicaron que el Dr. PC quería conversar conmigo, ya que él había sido la persona que había atendido el parto y este me dijo que le había realizado una cesárea a mi compañera a eso de las 11:30 de la mañana aproximadamente, porque le habían puesto un mensaje en su beeper que el ritmo cardíaco del bebé estaba bajo, y cuando el bebé nació le preocupó que traía el cordón umbilical enredado en su cuerpo y en el cuello, y que echaba sangre en la nariz y de la boca y que tenía que mandarle a hacer el examen de autopsia, para determinar la causa de la muerte y la consecuencia del sangrado. Hasta ese momento yo no había conversado con mi compañera. El Dr PC me dijo que teníamos que conversar con el DE LK, para hacer los trámites del traslado del niño al Hospital México [...] para patología. Luego de todo esto conversé con mi señora y me indicó que [...] ella no había observado al bebé, me dijo que después de las 7 de la mañana del día que nació el bebé había dejado de dilatar y que había llegado hasta los 7 cm y que a eso de las 8 de la mañana había llegado el doctor y le había puesto el monitor para ver el ritmo cardíaco del bebé y que el mismo empezaba a bajar, **pero ella le sugirió al doctor que por qué no la**

**operaba que ya no aguantaba**, pero el doctor le dijo que iba a estar bien, y le suministraron oxígeno, además mi compañera me indicó que el **Dr. PC le había dicho que le iban a reventar las membranas para que siguiera dilatando**, pero luego le dijeron que no podían hacerlo, por cuanto no encontraron el aparato que se utiliza para esas cosas y la dejaron solamente con el oxígeno. Por lo que solicito que se realice una investigación a fin de determinar si hubo o no una mala atención médica hacia mi compañera desde el momento que ingresó al Hospital de esta ciudad hasta que dio a luz. Solicito que se ordene el secuestro del expediente clínico de mi compañera y del bebé. Debo indicar que el bebé era bastante grande ya que midió 58 cm y el peso era de 4700 g, por esta razón es que creo el parto no fue normal y por eso fue que seguramente le tuvieron que realizar cesárea. Es importante anotar que el niño cuando ingresó al Hospital México no portaba ningún documento de nacimiento [...] solamente la cinta que le ponen en el Hospital de esta ciudad, **por lo que nos hace pensar que hubo una mala atención a la hora de dar a luz mi compañera**, además para retirar el bebé en el Hospital México necesitamos llenar la hoja de defunción, pero en el hospital de esta ciudad nos indican que nos extienden la hoja hasta tanto no se tenga el resultado de la autopsia, por lo que pareciera que me están ocultando alguna cosa.

### **Presentación caso # 3**

NUMERO DE EXPEDIENTE: 97-00194-0395-PE

SALA TERCERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 20 DE AGOSTO DE 2001

Los hechos del presente caso ocurrieron en el Hospital de La Anexión en Nicoya, Guanacaste en diciembre de 1996. La señora KB, quien se encontraba en el período final de su embarazo y padecía las contracciones propias de tal etapa, acudió a este centro médico para ser atendida. La paciente fue internada en el hospital, donde, luego de una valoración clínica, el médico acusado decidió atender el parto por vía vaginal. Sin embargo, horas más tarde se detectó que la señora KB presentaba un parto estacionado, es decir, que a pesar de sufrir contracciones, el cuello uterino de la paciente no lograba dilatarse lo suficiente para que el feto pudiera salir. Por esta razón, el encartado le aplicó, en la zona de la vagina, una dosis de un medicamento con el fin de inducir la labor de parto. Sin embargo, los efectos esperados no se consiguieron y, en su lugar, por causas médicas que se expondrán durante el análisis del caso, provocaron la muerte del feto durante la labor de parto.

La discusión del caso descansa en si el trato clínico que le brindó el médico imputado a la ofendida en estado de embarazo fue el adecuado o si, por el contrario, este faltó a su deber de cuidado como médico ginecoobstetra, circunstancia que pudo haber provocado las consecuencias en las que desembocaron los hechos.

Entre otros aspectos, se discute la pertinencia de la aplicación del fármaco denominado Mysoprostol (su nombre comercial es Cytotec), concretamente el no haber considerado los posibles efectos negativos que este medicamento tendría en una paciente con el historial clínico de la señora KB, que presentaba una cesárea previa en razón de su anterior embarazo. Importante es estimar también que dicho fármaco no estaba incluido en la lista de medicamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social para uso específicamente ginecológico.

Durante el proceso de investigación, se buscó establecer si el empleo de dicho fármaco fue el responsable directo de la muerte del niño, lo cual generaría responsabilidad directa para el imputado, así como determinar algunos otros elementos como si fue correcto y preciso el seguimiento médico dado por el galeno al caso de la paciente en cuestión, luego de la aplicación de Cytotec.

El proceso de este caso, documentado en el expediente 97000194-395-PE, comprendió varios años, pues generó un amplio debate que incluso fue conocido por la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia en agosto del 2001 por medio de un recurso de casación interpuesto por la defensa, a partir de su inconformidad con el fallo emitido por el Tribunal de Liberia.

## DENUNCIA

Los hechos denunciados en la Fiscalía de Nicoya el 30 de diciembre de 1996 por los ofendidos, tanto la paciente como su esposo, fueron los siguientes:

El 26 de diciembre de 1996 entre las cinco y seis de la tarde, la señora KB ingresó al Hospital de La Anexión en Nicoya, en compañía de su madre. La mujer, de 25 años de edad, presentaba dolores de parto desde hacía dos días por encontrarse al término de su período de gestación. La señora KB fue atendida por la Dra. A, médico de urgencias, que la internó y recomendó practicar una cesárea, basada en el historial clínico de la paciente, que incluía una cesárea anterior y una herma a causa del peso del feto. Sin embargo, al llegar a la sala de operaciones la atendió el Dr PS, especialista en Ginecoobstetricia. Este médico valoró la paciente y ordenó le practicasen unos exámenes radiológicos; según señaló la señora KB, a pesar de que en estos se observaba la imposibilidad de un alumbramiento natural, **el médico se rehusó a practicar una cesárea y optó por atenderlo vía vaginal.**

Posteriormente, en horas de la madrugada del 27 de diciembre, el Dr PS le aplicó en la zona de la vagina y con el fin de inducir el parto, una dosis de un medicamento desconocido por la denunciante. No obstante, esto no se logró a pesar de los esfuerzos de la señora KB por dar a luz al niño.

Horas más tarde, la señora KB fue trasladada a una sala de espera donde, según alegó, solicitó en vanas ocasiones ayuda a las enfermeras e Incluso a un médico. Sin obtener respuesta, **“...cuando se arrimaban [las enfermeras] me trataban de 'haragana' y cobarde**

**porque ya había tenido mi primer hijo, y no me hacían caso, porque comencé a pujar para ver si era posible tener el bebé, pero tampoco me hacían caso".**

Al constatar el mal estado de la mujer, el médico PS optó por practicarle una cesárea, luego de la cual el feto, al nacer débil por haber ya pasado la fecha linte para el alumbramiento, falleció. Según lo expuso la Sra. KB,

“...en un momento de tanto pujar sentí un gran bajonazo en el estómago y un gran alivio la vez, fue cuando la 'Obstétrica' al ver que estaba muy débil, me puso atención. llamando al Dr. PS y a otros dos más a emergencia, llegando primero la Dra. A, quien detectó que el niño estaba muy débil, siendo llevada de emergencia a sala de parto para sacarme al niño lo más rápido posible, sintiendo que me desgarraron hasta el recto, de tanto sufrimiento perdí el conocimiento. Cuando desperté estaba en una camilla quejándome. fue cuando el Dr PS detectó que tenía hemorragia interna [...] siendo operada de emergencia [...] por presentar ruptura en el útero, después fui llevada a sala de recuperación, quedando Internada tres días, siendo dada de alta el treinta y uno de diciembre de mil novecientos noventa y seis...”.

El primero de enero la paciente reingresó al hospital, pues presentaba una hemorragia Interna. Permaneció cuatro días en el centro médico y se le dio de alta.



Sin embargo, el 10 de enero de 1997, la señora KB acudid nuevamente al Hospital de La Anexión: "regresé nuevamente el día diez, porque defecaba por el piquete, detectando hasta entonces una 'efístola o fístula' siendo tratada con antibióticos y cinco días más tarde operada del Intestino por el Dr. D, dándome de alta el veinticuatro de enero del presente año si mal no recuerdo, quedando en control por espacio de dos meses"

La señora KB aseguró que la intervención quirúrgica fue consecuencia del piquete que le realizó el Dr PS y presentó la denuncia ante la Fiscalía de Nicoya alegando que se cometió mala praxis en perjuicio propio y de su hijo; solicitó que se Indagara la causa del fallecimiento del bebé, basándose en la actitud negligente que percibió por parte del médico PS en los tratamientos que este le aplicó.

Por otra parte, como se constatará más adelante, la ofendida presentó una acción civil resarcitoria con el fin de que se la indemnizara por los daños causados producto, según ella, del actuar inadecuado del Dr PS. Además, solicitó que se la constituyera como parte querellante en el proceso por los delitos que se le imputaban al médico.

## **CAPITULO IV: Conclusiones**

Este capítulo corresponde a la presentación de las conclusiones principales encontradas en la investigación de este estudio.

Se analizó cómo las raíces de la violencia obstétrica están profundamente hundidas en relaciones de poder, donde el género y la jerarquía médica resultan conceptos clave. Frases como “aguante cobarde o si sigue gritando fuerte no vamos a poder atenderla bien” son vistas con total normalidad, pero laceran la moral de la embarazada.

Somos conscientes de la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, los bajos presupuestos, de la insuficiencia de personal y de apoyo tecnológico, pero tales circunstancias no justifican los malos tratos en un régimen médico y jurídico basado en el respeto de los derechos humanos.

Cuando se empezó este estudio, éramos conscientes de la gran cantidad de mujeres que sufren violencia obstétrica. Es más, estamos convencidos, al día de hoy, de que la mayoría de las mujeres en nuestro país, en mayor o menor medida la han sufrido, a pesar de que creemos que generalmente los profesionales en la salud no lo hacen intencionadamente.

La interacción entre la atención en el embarazo y parto (protocolos de cada hospital) y el trato a la madre como tal, es muy delicado: la atención y el trato se acaban entremezclando, porque quienes atienden llevan en la espalda la garantía de la salud y vida de la mujer

embarazada y del recién nacido, sin embargo, muchas mujeres se quejan de la forma en que reciben malos tratos verbales u omisiones por parte del personal de salud.

Planteamos tres puntos clave para erradicar la violencia obstétrica:

**PREVENCIÓN:** Fomentar el respeto, sobre todo, a través de campañas de educación, información, sensibilización y conciencia, especialmente para que se erradice la violencia de género y la violencia obstétrica.

**FORMACIÓN:** El personal de salud debe estar actualizado con la relación a nueva evidencia científica.

**PENALIZACIÓN:** A nivel legal se debe penalizar la violencia obstétrica, puesto que hoy en día es normalizada e invisibilizada. Exigir leyes o reformas a las existentes que penalicen la violencia obstétrica es una manera de visibilizarla y claramente legitimarla.

En este punto queremos ser claros que creemos firmemente en el principio de *ultima ratio* del sistema penal, es decir, deben existir sanciones administrativas acordes con la gravedad de la violencia obstétrica las que deberán ser aplicadas al personal de la salud, esto en los hospitales del sistema público y, en el caso de los hospitales privados, tales sanciones podrían ser desde la competencia del derecho laboral e involucrar también a los colegios profesionales.

Se deben evitar protocolos médicos obsoletos que patologicen el parto, y en los que se apropian indebidamente de los cuerpos de las mujeres. El nacimiento no debe ser contemplado como un acto en el cual las mujeres son meros contenedores. Para lograr esto, se requiere pedagogía, es decir, educar a los profesionales de la salud para que los nacimientos sean respetados. Según la evidencia científica, mientras menos medicalizados, controlados y manipulados estén los partos, mejores serán las experiencias psicológicas, físicas, económicas, etc., tanto para la madre como para el menor.

El nacimiento de un hijo constituye un momento de extrema vulnerabilidad, ya que en ese instante las mujeres experimentan una sensación de debilidad, desorientación y fatiga. En una vivencia tan intensa como el proceso de dar a luz, resulta sumamente difícil abogar por el respeto a los derechos humanos. En estos momentos de intensa carga emocional, unas cuantas palabras humillantes o despectivas son suficientes para despojar por completo de su empoderamiento a la mujer.

No obstante, al examinar y reconocer las estructuras de poder en las que se sustenta el sistema patriarcal, se hace evidente cómo la dinámica entre las mujeres y los profesionales de la salud se cimienta en una desigualdad absoluta. Esta disparidad puede incluso ser cuantificada en términos de poder y dominio.

El tema no es fácil de sacar a la luz, ya que muchos profesionales niegan la existencia de la VO, e inclusive llega a legitimarse la misma con las consabidas expresiones de “lo que

importa es que el niño (a) esté bien”, volviendo una y otra vez al arquetipo de madre abnegada del que ya hemos hablado anteriormente.

Acorde al objetivo general, se concluyó que es necesario que en nuestro país se regule la VO siguiendo los lineamientos de los diferentes Tratados Internacionales mencionados a lo largo de este trabajo, los que tienen por finalidad eliminar la violencia en las mujeres en los centros de salud públicos y privados. De tal forma, se deben adoptar las políticas necesarias con el fin de brindar protección a las mujeres, ya que de lo contrario se continuará en la misma línea de afectación por parte de los profesionales de la salud en las funciones de parto o vinculados con la atención de mujeres embarazadas, quienes aprovechándose del estado de vulnerabilidad de la víctima despliegan actos que afectan estos derechos, estableciendo así una relación de jerarquía, generando temor y silencio en las mujeres, afectándolas psicológicamente, emocional y físicamente.

Respecto al objetivo específico 1, se analizó cuales conductas se encuentran tipificadas en nuestro código penal que velan por la protección de los derechos fundamentales de la vida y la salud de la madre y el recién nacido por un mal manejo obstétrico (mal praxis médica) por parte de los profesionales en la salud y pueden ser sancionados penalmente de acuerdo a los siguientes artículos:

### **Homicidio culposo**

Artículo 117.- Se impondrá prisión de seis (6) meses a ocho (8) años, a quien por culpa mate a otro. En la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tomar en cuenta el grado de culpa y el número de víctimas, así como la magnitud de los daños causados.

En todo caso, al autor del homicidio culposo también se le impondrá inhabilitación de uno (1) a cinco (5) años para el ejercicio de la profesión, el oficio, arte o la actividad en la que se produjo el hecho. Al conductor reincidente se le impondrá, además, la inhabilitación para conducir todo tipo de vehículos, por un período de cinco (5) a diez (10) años .

### **Aborto Culposo**

ARTÍCULO 122.- Será penado con sesenta a ciento veinte días multa, cualquiera que por culpa causare un aborto.

### **Lesiones Culposas**

Artículo 128.- Se impondrá prisión hasta de un (1) año, o hasta cien (100) días multa, a quien por culpa cause a otras lesiones de las definidas en los artículos 123, 124 y 125. Para la adecuación de la pena al responsable, el tribunal deberá tener en cuenta el grado de culpa, el número de víctimas y la magnitud de los daños causados.

En todo caso, al autor de las lesiones culposas también se le impondrá inhabilitación de seis (6) meses a dos (2) años para el ejercicio de la profesión, el oficio, el arte o la actividad en la que se produjo el hecho. Al conductor reincidente se le impondrá, además, la cancelación de la licencia para conducir vehículos, por un período de uno (1) a dos (2) años.

Con relación al objetivo específico 2, se concluyó que no es suficiente con las normas institucionales y leyes que protegen las mujeres en nuestro país y que al no estar tipificado la violencia obstétrica dentro de nuestro código penal, no se vela por el estado emocional y su deseo de un parto humanizado, y que a raíz de esto se deja a un lado la parte ética y moral en el proceso del parto y post parto y no se han tomado las medidas necesarias para poner un alto a las agresiones psicológicas.

Finalmente, tal y como se expone líneas atrás y siendo que el tipo penal de VO fue rechazado de manera unánime en el proyecto de ley presentado por el exdiputado Redondo y que se analizó en esta investigación, se propone trabajar en conjunto vía penal y vía administrativa, y que las figuras penales de lesiones culposas u homicidio culposo que resultaren producto del ejercicio o despliegue de VO en los centros médicos del país se ventile de acuerdo a la legislación administrativa como un agravante de la pena, véase como referencia la figura de la conducción temeraria que como es de nuestro conocimiento, en caso de que dicho acto sea consecuencia por la ingesta de bebidas alcohólicas o estupefacientes, la pena contará con una agravación, por lo cual, se podría inclusive concluir que de esta forma y vía, se tutelaría y visibilizaría de manera más eficiente y significativa la VO, que como un tipo penal único.

## RECOMENDACIONES

- Al Poder Legislativo a fin de establecer una ley que tipifique y otorgue la especialidad a la violencia obstétrica que merece, ya que la misma resulta ser una afectación emocional, psicológica y física a la mujer en estado de gravidez. Las féminas merecen partos humanizado y respetado, con el fin de brindar la seguridad jurídica que tienen derecho tanto al momento del parto como posterior a ello.
- El Poder Judicial debe adoptar sus sentencias conforme a los tratados internacionales adscritos por nuestro país y dictar medidas de protección óptimas para hacer valer y respetar los derechos humanos de las mujeres, distinguiendo cualquier conflicto que puede suceder en el parto a un hecho de violencia obstétrica. De igual forma, dicho poder debería y puede contribuir con la difusión de información, sensibilización y concientización en campañas masivas de divulgación con relación a los derechos humanos que tienen las mujeres en virtud a las normas internacionales y jurisprudencia y en calidad de persona que son.
- A los colegios profesionales especializados en el ejercicio profesional de la salud (enfermería y medicina), así como el del Colegio profesional de Abogados, brindar



cursos y/o talleres gratuitos para sus agremiados y para el público en general, con el fin de informar y concientizar a la población para la erradicación de dicha violencia.

- La violencia, especialmente la ejercida contra las mujeres es asunto de todas y todos. Por ende, como personas y seres humanos pensantes y racionales, debemos primeramente escuchar y creer a las sobrevivientes de cualquier agresión, secundariamente debemos enseñar a las generaciones futuras acerca del respeto sobre los derechos humanos y a la vez fomentar una cultura de aceptación y tolerancia. Por último, y no menos importante debemos exigir respuestas y servicios institucionales adecuados, así como demostrar nuestra oposición a la cultura de violación normalizada en el entorno social y que alimentan las desigualdades de género.
- Recordemos que la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, la Violencia Obstétrica es solamente una de ellas y que la misma ha sido perpetuada por años o décadas inclusive. Lo que la vuelve invisible, normalizada y omnipresente, pero NO inevitable, a menos que permanezcamos en silencio. Como personas sea el género que sea, debemos generar empatía, alzar la voz y asegurar justicia.
- Como *ultima ratio* en el derecho penal se puede optar por vías alternativas, como por ejemplo la administrativa y laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., Santos Redondo, P., Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
- Aguilar, A. R. (2 de enero de 2022). el Diario.es. Obtenido de el Diario.es: [https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-sexual-obstetrica-espana-avanzo-reconocer-derechos-victimas-2021\\_1\\_8621861.html](https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-sexual-obstetrica-espana-avanzo-reconocer-derechos-victimas-2021_1_8621861.html)
- Alejandro Aponte Cardona. (2006). *Guerra Y Derecho Penal de Enemigo*. Bogotá: Ibáñez.
- Alvirde O y Rodríguez, G. (2009) Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. *Arch Inv Mat Inf.* 1(2): 58-63.
- American Society of Anesthesiologists. (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 124(2), 1-31.

- Amezcua, M (2010). Seguridad compartida en el entorno asistencial. Negociando los significados del riesgo. *Revista ROL Enfermería* 33(7-8): 496
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos *Obstetric violence: Another form of Human Rights violation.*
- Belmartino, S. (2007) “Los servicios de atención médica: un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad”, Torrado, S. (comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primer centenario. Una historia social del siglo XX, Tomo II* , Buenos Aires: Edhasa
- BERGMAN, Nils (2002). *Restoring the Original Paradigm*. Documental disponible en: <https://vimeo.com/27885109> (acceso 03-02-2018).
- Berkowitz , L., & Foust-Wright, C. (2016). Approach to episiotomy. Uptodate. Recuperado el 30 de octubre de 2016, de [https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/approach-to-episiotomy?source=search\\_result&search=episiotomia&selectedTitle=1~50](https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/approach-to-episiotomy?source=search_result&search=episiotomia&selectedTitle=1~50)
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12.
- Borges, L., Sánchez, R., Peñalver, A., & González, A. (2021). Manifestaciones de violencia durante el parto según la percepción de mujeres y profesionales de la salud.

Revista Cubana de Enfermería, 37 (1),

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-)

[03192021000100013&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-03192021000100013&lng=es&tlng=en)

- Bustillo Marín, R. (2011). El control de convencionalidad: La idea del bloque de constitucionalidad y su relación con el control de constitucionalidad en materia electoral. Obtenido de [http://www.te.gob.mx/ccje/Archivos/Control\\_de\\_Convencionalidad.pdf](http://www.te.gob.mx/ccje/Archivos/Control_de_Convencionalidad.pdf)
- CANO, Ángeles (2011). «Malditos puntos o “cuando se le escapa el pipí”», disponible en EPEN: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/07/15/malditos-puntos-o-%E2%80%9Ccuando-se-le-escapa-el-pipi%E2%80%9D> (acceso 03-02-2018).
- C.C.S.S. (s. f.). Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto.
- Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, 27(4), 489-509. 10.1177/0959353517692607
- Cunningham F, Leveno K.J., Bloom S.L., Spong C.Y., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Sheffield J.S. (2013). Delivery. In Cunningham F, Leveno K.J., Bloom S.L., Spong C.Y., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Sheffield J.S. (Eds), *Williams Obstetrics*, 24 Ed. Recuperado el 30 de octubre 2016 de: <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/content.aspx?bookid=1057&Sectionid=59789194>
- Consejo General de Salubridad de México. (2014). Guía de Práctica Clínica.

Gobierno de la República de México. Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodel-Parto/IMSS\\_052\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodel-Parto/IMSS_052_08_GRR.pdf).

- Díaz, C. R. (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof.* [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/kristeller\\_revision-evidencias.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/kristeller_revision-evidencias.pdf)
- Delitos Culposos Costa Rica—FUNPREDE. (2022, abril 24). FUNPREDE - Fundación Para La Prevención Del Delito y Justicia Social. <https://www.funpredecr.com/2022/04/24/delitos-culposos-costa-rica/>
- España, G. d. (01 de 03 de 2023). Agencia Estatal Boletín Oficial de Estado. Obtenido de Agencia Estatal Boletín Oficial de Estado: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>
- Fernandez, Isabel (2008). La revolución del nacimiento. Verticales.
- Fernández, J. (2021). Violencia obstétrica. “Hay que reconocer el problema, no taparlo” <https://www.pikaramagazine.com/2021/02/violencia-obstetricahay-que-reconocer-el-problema-no-taparlo>
- Fernando, V. (2020). *Fundamentos de Derecho Penal*. Bogotá: Tirant Lo Blasnc.
- Ferrajoli, L. (1995). *Derecho y Razón. Teoría del garantismo penal*. Madrid: Trotta S.A.
- GALTUNG, Johan (2003). Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Ger-nika: Bakeaz.
- Garcia, E. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género [Tesis de

doctorado]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_e\\_va\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_e_va_margarita.pdf)

- García, H., Rubio-Espíritu, J., & Islas-Rodríguez, M. (2006). Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. *Revista de investigación clínica*, 58(5), 416-423.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, María Asunción (comp.) (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- González, A. (1990) “La profesión de obstétrica: género y subordinación”, La producción oculta. Mujer y antropología. III Congreso Argentino de Antropología Social. Buenos Aires: Contrapunto.
- Granados García, M. M. (s. f.). Dificultades Probatorias en la Investigación del ilícito de Lesiones Culposas en los casos de Mala Praxis Médica. La Paradoja de su Prescripción—Buscar con Google. Recuperado 20 de febrero de 2023, de [https://www.google.com/search?q=Dificultades+Probatorias+en+la+Investigaci%C3%B3n+del+il%C3%ADcito+de+Lesiones+Culposas+en+los+casos+de+Mala+Praxis+M%C3%A9dica.+La+Paradoja+de+su+Prescripci%C3%B3n&rlz=1C5CHFA\\_enCR896CR901&sxsrf=AJO-qlzX6458NQEWDTx\\_GTjYtHrlgPm1y-w%3A1676912987024&ei=W6nzY\\_-](https://www.google.com/search?q=Dificultades+Probatorias+en+la+Investigaci%C3%B3n+del+il%C3%ADcito+de+Lesiones+Culposas+en+los+casos+de+Mala+Praxis+M%C3%A9dica.+La+Paradoja+de+su+Prescripci%C3%B3n&rlz=1C5CHFA_enCR896CR901&sxsrf=AJO-qlzX6458NQEWDTx_GTjYtHrlgPm1y-w%3A1676912987024&ei=W6nzY_-)

CAZTqXgGmxJTIBA&ved=0ahUKEwi\_nKTXy6T9AhUUtTEKHSYiBUkQ4dU-  
 DCA8&uact=5&oq=Dificultades+Probatorias+en+la+Investi-  
 gaci%C3%B3n+del+il%C3%ADcito+de+Lesiones+Culposas+en+los+ca-  
 sos+de+Mala+Praxis+M%C3%A9dica.+La+Paradoja+de+su+Pres-  
 cripci%C3%B3n&gs\_lcp=Cgxnd3Mtd2l6LXNlcnAQAzIHCCMQ6gI-  
 QJzIHCCMQ6gIQJzIHCC4Q6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gI-  
 QJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gI-  
 QJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gI-  
 QJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gIQJzIHCCMQ6gI-  
 gAEAiAEAkEAmAEAoAEBoAECsAEKwAEB&sclient=gws-wiz-serp

- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD002006
- Hans Kudlich & Juan Pablo Montiel. (2017). Cuestiones actuales del Derecho Penal médico. EDICIONES JURIDICAS Y SOCIALES,S.A.  
 Hawkins, Joy L. "Epidural analgesia for labor and delivery." *New England Journal of Medicine* 362.16 (2010): 1503-1510.
- Hernández, Fernández y Baptista (2014). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill
- INEC\_2021A\_mortalidad materna y su evolución reciente.pdf. (s. f.). Recuperado 21 de febrero de 2023, de [https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-12/repoblacdefEV\\_2021A\\_mortalidad%20materna%20y%20su%20evoluci%C3%B3n%20reciente.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-12/repoblacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evoluci%C3%B3n%20reciente.pdf)

- Instituto Colombiano de bienestar Familiar. (2019, diciembre 26). Qué es la violencia obstétrica y qué hacer si eres víctima. Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/que-es-la-violencia-obstetrica-y-que-hacer-si-eres-victima>
- Inter-American Commission of Women, & Organization of American States (Eds.). (2012). Second hemispheric report on the implementation of the Belém do Pará Convention. Follow-up mechanism to the Belém do Pará Convention.
- Josefina Goberna-Tricas & Margarita Boladeras. (2018). El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. Lafaurie Villamila, M. M., Rubio León, D. C., Perdomo Rubio, A., & Cañon Crespo, A. F. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 18(36), 1–25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.volc>
- La Tipicidad Penal como Elemento del Delito—La Conducta y el Tipo. (s. f.). Recuperado 10 de marzo de 2023, de <https://www.palladinopellonabogados.com/la-tipicidad-penal/>
- LAVIÑA CASTAN, Ana Belén (2014). «Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna» en *Revista Duazary*, vol. 2, n° 2, págs. 115-125.
- LEMAY, Gloria (2010) «La naturaleza de parir y nacer», disponible en: 500 <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/parto-normal/2.->



%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer\_Gloria%20Lemay.pdf (acceso 03-02-2018).

- Mantilla, M., & Di Marco, H. (2020). Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (35), 260-282. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.13.a>
- MATA, María Teresa (2015). «La depresión postparto», disponible en *Revista Mensalus* del 21-1-2015: <http://mensalus.es/psicologos/la-depresion-postparto/> (acceso 03-02-2018).
- Ministerio de Salud. (2006). Parto Respetado. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/354-parto-respetado>
- Montesinos, R., & Taype, A. (2015) ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), 608-610. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000300032&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300032&lng=es&tlng=es)
- Moore, B. (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 326(8458), 436-437. doi:10.1016/S0140-6736(85)90673-7
- Mora, D. X. S. (s. f.). Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil.
- Nari, M. (2004). Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, Argentina: Biblos
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum Care Guide

for Healthy Women and babies. ISBN 9781473108622.

- ODELL, Michel (2005). *El nacimiento renacido*. Argentina: Creavida.
- Olano García, Hernán Alejandro. (2016). TEORÍA DEL CONTROL DE CONVENCIONALIDAD. *Estudios constitucionales*, 14(1), 61-94.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100003>
- OLZA, Ibone (2014). «Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica» en *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática*. Madrid: Editorial Médica nº 111, págs. 79-83.
- OMS (1985). «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza» en *The Lancet* nº 2, 1985; ii, págs. 436-437.
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sessionid=4460DD50C153FF518ABD955E6D1797FD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sessionid=4460DD50C153FF518ABD955E6D1797FD?sequence=1)
- OMS (2018). «WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience», disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> (acceso 13-03-2018).
- ONU (1948). «Declaración Universal de Derechos Humanos» (1948), disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (acceso 03-02-2018). 504
- ONU (1993). «Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos», disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml> (acceso 03-02-2018).

- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Recuperado 13 de noviembre de 2022, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf;jsessionid=C3C1322543A77639777D6CBD5406577D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=C3C1322543A77639777D6CBD5406577D?sequence=1)
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K. et al. (2018) ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, 30 Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 211. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Raúl Carnevali. (2014). DERECHO PENAL COMO ULTIMA RATIO. HACIA UNA POLÍTICA CRIMINAL. *Revista Ius et Praxis*, 13-48.
- Rimaitis, K., Klimenko, O., Rimaitis, M., Morkūnaitė, A., & Macas, A. (2015). Labor epidural analgesia and the incidence of instrumental assisted delivery. *Medicina*, 51(2), 76-80.
- Rivera, C. (2020). Estudio de la Violencia Obstétrica: Una noción invisible en el marco jurídico y jurisprudencial de la responsabilidad médica en Colombia [Tesis pregrado]. [https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11929/2020\\_Tesis\\_Danna\\_Carolina\\_Rivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11929/2020_Tesis_Danna_Carolina_Rivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodríguez B, Camacho M & Terceros, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57. Recuperado en 30 de octubre de 2016, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es&tlng=es)

- Rodríguez, J., & Martínez, A. (2021). Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211- .<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Ruiz C, Blanco P. *La Violencia contra las Mujeres: Prevención y Detección*. Ed. Diaz de Santos, 2004.
- Ruiz-Jarabo Quemada, C. (Ed.). (2021). *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (Segunda edición). Díaz de Santos.
- Sabot, S., & Korem, K. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401. doi:10.1111/hypa.12428
- Sachse M y Calvo O. (2013). Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. Revisión de la evidencia. *Rev CONAMED*. 18(1): 31-36.
- Sadler, M., Ibone, O., & Leiva, G. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual Reproductive Health*, 28(1):46– 48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32552522/>
- Silva, M., & Halpern, S. H. (2010). Epidural analgesia for labor: Current techniques. *Local and regional anesthesia*, 3, 143.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (s. f.). Recuperado 19 de febrero de 2023, de [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro\\_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=12419&strTipM=T](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=12419&strTipM=T)

- Tiffer, Carlos (2008). RESPONSABILIDAD PENAL POR MAL PRAXIS (Zeta Servicios Gráficos). Juridica Continental.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2004). Fórceps. Prog Obstet Ginecol ;47(7):355-8
- Vanegas—Dr. Enrique Luis Graue Wiechers.pdf. (s. f.). Recuperado 21 de febrero de 2023, de [http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/3288/DerechosHumanos\\_I\\_dra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/3288/DerechosHumanos_I_dra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vargas, M (2011). Episiotomía. Rev medica de Costa Rica y Centroamérica, 68 (899), 461-466.
- Villaverde M. (2006). Salud Sexual y Procreación. Responsable. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, pp: 31-32.
- Wegner, E. K., & Berstein, I. M. (2016, Setiembre 08). *Operative vaginal delivery*. Consultado el 10 de Octubre de 2016, de Uptodate: <https://www-uptodate-com.ez-proxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/operative-vaginal-delivery?source=machineLearning&search=Forceps&selectedTitle=1~150&sectionRank=1&anchor=H14#H19>