

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

en Costa Rica desde la evidencia estadística:

**Retos para la gerencia de la salud y la
tutela de los derechos reproductivos.**

Eugenio Fuentes Rodríguez
Sociólogo y salubrista

Publicación apoyada por el
Fondo de Población de Naciones Unidas
(UNFPA), 2021.

Eugenio Fuentes Rodríguez
Sociólogo y salubrista
eugenio.fuentesrodriguez@ucr.ac.cr

Diseño y diagramación:
Patricia Villa-Roel Guevara
Diseñadora Infógrafa

Las opiniones expresadas en este documento
son de exclusiva responsabilidad del autor y
no necesariamente representan la opinión del
UNFPA.

Prólogo

Los cuidados maternos respetuosos son parte esencial de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) promueve a nivel global, y en la región de América Latina y el Caribe, un enfoque de la salud materna centrado en la persona, siendo lo primordial la atención de calidad en los cuidados de la salud de la madre, así como de los niños y niñas, basado en principios éticos y de derechos humanos.

La violencia obstétrica significa para las mujeres la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, dejando de lado los procesos naturales e impactando negativamente en la calidad de vida de las gestantes. La violencia obstétrica lesiona los derechos a la igualdad, la no discriminación, la integridad y la dignidad, la salud y la autonomía reproductiva.

Con el ánimo de generar análisis sobre este tema y proponer políticas públicas y acciones, el UNFPA presenta el documento *“Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos”*, el cual se basa en el trabajo final de investigación, *“Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)”*, que sirvió para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud de la Universidad de Costa Rica, en el 2020.

El autor es el sociólogo y salubrista Eugenio Fuentes Rodríguez, quien fundamenta su análisis en la revisión de los datos sobre violencia obstétrica, arrojados por la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés), impulsada por UNICEF y que en Costa Rica recibió el nombre de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) (INEC, UNICEF, 2018).

La EMNA brinda importante evidencia estadística sobre el tema y el documento que ahora presentamos, bajo el formato de “policy brief”, permite conocer esa evidencia y su análisis, para promover el diálogo y, sobre todo, prevenir y erradicar la violencia obstétrica en el país.

UNFPA Costa Rica
Abril 2021.

Resumen

En 2018 se desarrolló en Costa Rica la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA), del programa mundial de Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), elaborada en conjunto con el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). A partir de los resultados de la EMNA, se presentan los resultados producto de regresiones logísticas de la violencia obstétrica con los quintiles de riqueza, su manifestación por provincia, y qué sucede respecto del trato a la mujer antes del egreso del centro de salud y luego del parto, con el objetivo de analizar la magnitud y características de la violencia obstétrica que reportan las mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2016 y 2018 en Costa Rica, para que las personas tomadoras de decisiones puedan contar con un panorama claro en cómo y dónde prevenir y erradicar este tipo de violencia.

En Costa Rica, a pesar de su sistema de salud robusto, según los datos aquí analizados el **57,7%** de mujeres en edad reproductiva, que tuvieron un parto entre 2016 y 2018, manifestaron haber experimentado al menos un tipo de violencia obstétrica. Incluso, luego del parto y antes del egreso hospitalario, se evidencian otras formas de violencia obstétrica. Se concluye que los niveles de riqueza de las mujeres tienen asociación estadística significativa con la violencia obstétrica en Costa Rica. Se encontró que, a mayor nivel de riqueza, mayor es la declaración de violencia obstétrica. Además, si se amplía su medición, todas las mujeres durante el parto y antes del egreso del centro de salud enfrentaron al menos un tipo de violencia obstétrica.

Es importante destacar que otros determinantes sociales de la salud, como la edad de las madres, nivel de instrucción, zona de residencia (urbana-rural), tenencia o no de seguro social, tipo de centro de salud (hospital, clínica u otro), personal que atiende el parto no presentan niveles de significancia estadística con la violencia obstétrica, lo cual da cuenta de su general magnitud, indistintamente de estos determinantes, en el ámbito nacional y por provincia.

Se plantean desafíos y recomendaciones para la gerencia de la salud en esta materia y para la tutela de los derechos reproductivos en Costa Rica, desde la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) el mayor prestador de servicios de salud del país, así como para otros sectores. Es importante que se valore incluir preguntas, en las otras encuestas MICS y estudios que aborden temas de violencia contra mujeres o derechos reproductivos.

Introducción

Los derechos humanos de la salud, los reproductivos y el derecho a la no discriminación de las mujeres^{1,2}, son afectados cuando se experimenta violencia obstétrica, la cual se define en detalle más adelante. Esta ha estado invisibilizada tanto en las discusiones epistemológicas, como en las estadísticas oficiales. En Costa Rica, la primera reglamentación sobre el tema tiene poco más de una década³ y la segunda no ha cumplido cinco años⁴. Sin embargo, no se encontraron referencias de que ambos instrumentos hayan sido promulgados con evidencia estadística. La Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica ha resaltado la necesidad de contar con este tipo de información para su respectivo monitoreo⁵, por lo que los resultados que aquí se presentan son relevantes para tales efectos.

Con la EMNA se generó información estadística sólida para plantear la magnitud de la violencia obstétrica en el país, por primera vez en la historia⁶. Se demuestra cómo esta violencia se asocia con el nivel de riqueza (en adelante se le denomina quintiles de riqueza)⁷, y qué sucede antes del egreso hospitalario con las mujeres que concluyeron el parto. Asimismo, se muestra su comportamiento por provincia pues existen diferencias en el ámbito geográfico.

Los quintiles de riqueza no se seleccionaron previamente a criterio experto, sino que, en el caso de la EMNA este fue el único determinante social de la salud⁸ con evidencia estadística de su asociación con la violencia obstétrica (una relación de un p value menor al 5%, es decir, no corresponden al azar). Se analizaron otras variables, pero no tienen relación con

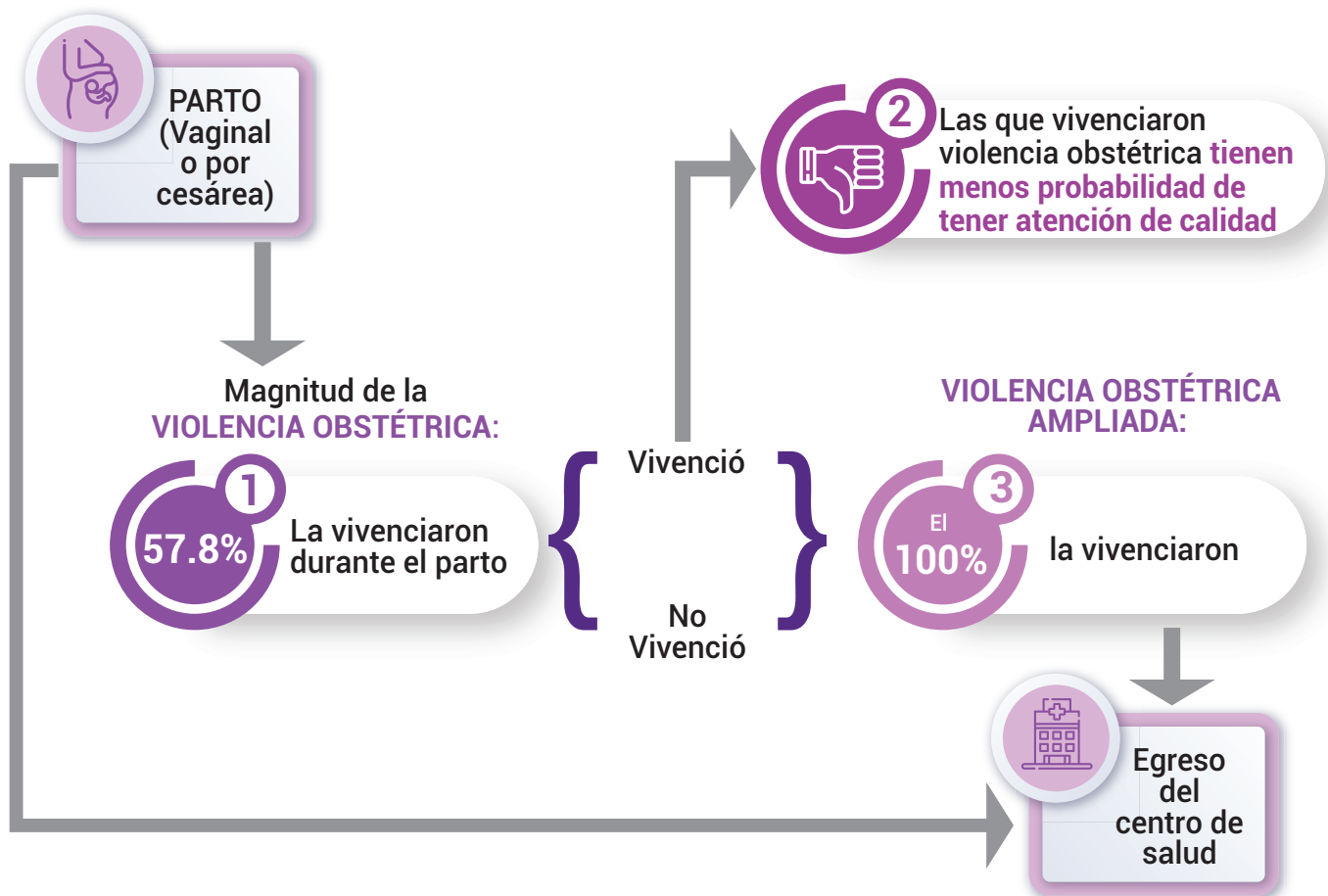
este tipo de violencia, a saber, la edad, zona de residencia (urbano o rural), migración (interna o internacional), tenencia de seguro social, tipo de centro de salud, sector (público o privado), personal que atendió el parto y nivel de instrucción de las madres⁹.

La investigación aborda y profundiza en los siguientes temas:

- La magnitud de la violencia obstétrica en Costa Rica.
 - Incluye cómo se relaciona esta con los quintiles de riqueza de las mujeres.
- Las mujeres que experimentaron violencia obstétrica durante el parto tienen menos probabilidades de recibir calidad de la atención antes del egreso.
- El 100% de las mujeres con al menos una hija o hijo nacido vivo entre 2016 y 2018 vivenció algún tipo de violencia obstétrica.

En la imagen 1 se muestra los aspectos claves que se analizan en esta investigación entre el parto y antes del egreso del centro de salud. En primer lugar, durante el parto se evidencia la magnitud de la violencia obstétrica. Posteriormente, se estudia qué sucede inmediatamente después del parto y antes del egreso en aquellas mujeres que vivenciaron violencia obstétrica durante el parto. En tercer aspecto se dimensiona la “violencia obstétrica ampliada”, la cual abarca a todas las mujeres que tuvieron al menos una hija o hijo nacido vivo entre 2016 y 2018.

Imagen 1. Aspectos claves analizados en el estudio.



Fuente: Elaboración propia¹⁰.

Todo esto es relevante para la toma de decisiones del principal prestador de servicios de salud costarricense, con el propósito de disminuir este tipo de violencia^{11,12,13,14}, en amparo a los derechos humanos de las mujeres y de su salud reproductiva. Por ello al final se presentan las diferentes recomendaciones para prevenirla y erradicarla.

Los resultados de la encuesta indican que la violencia obstétrica se encuentra asociada con la actitud del personal prestador de servicios hacia las mujeres gestantes, cuando desde hace algunos años la CCSS había encaminado sus esfuerzos en la ampliación de infraestructura y la adquisición de equipos obstétricos^{15,16}, así como la necesidad de fortalecer las acciones que se han tomado para dar respuesta a la violencia obstétrica¹⁷.

Violencia obstétrica: definición conceptual

El sociólogo francés Michel Foucault plantea que algunas instituciones de salud funcionan estructuralmente como un *panóptico*¹⁸, en los cuales se ejerce poder y control desde el personal médico sobre la persona paciente, en las que operan vigilancias jerarquizadas, donde más que un lugar de cobijo son materialmente un operador terapéutico¹⁹.

Se presenta una relación personal-paciente, en la que se ejerce el "poder disciplinario", pues se forman y confrontan conocimientos y se determina simbólicamente quién sabe y quién no, y es donde predomina la "disciplina médica"²⁰. Debe tenerse presente que, en estas relaciones de poder, el parto pasa a ser una relación biopolítica²¹.

A partir de la interacción social, se establece una relación de poder implícita, a partir del conocimiento que supone la profesión ante el rol pasivo que establece lo contrario. Lo anterior es reforzado por los atavíos sociales que porta e identifica a quien "posee las destrezas", con una suerte de objetos o tótems, tales como instrumentos, vestimenta, lugar de trabajo, entre otros²². Esto es meramente simbólico, sin verbalizar palabra alguna, pues precede al encuentro de las personas "cara a cara", en tiempo y espacio. Se instaura simbólicamente un rol activo a quien tiene el conocimiento y, por dicotomía, uno pasivo a quien no, punto de origen del *poder obstétrico*^{23,24}. Si a esto se le suma que la labor de parto se asocia simbólicamente como consecuencia de un acto coital, sin importar si es deseado o no, se tiende a sexualizarlo²⁵, incluso en comentarios despectivos por parte del personal de los centros de salud^{26,27}.

Entonces, en esa "relación de poder disciplinario" se encuentra una mujer usuaria con su derecho a la salud y con una construcción identitaria, en la cual la maternidad podría poseer cierta centralidad. Es ahí donde se ejerce la "violencia obstétrica", que puede ser física o psicológica, y que afecta su dignidad, sus derechos reproductivos y a la no discriminación, y que altera de forma negativa la calidad de la atención, en contraposición a lo indicado en la normativa vigente.

La violencia obstétrica es un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio del poder. El cuerpo sexuado y dócil obedece a los mandatos patriarcales²⁸. De esto último, por ejemplo, Marcela Lagarde da una explicación histórica e ideológica sobre cómo las sociedades patriarcales se encuentran conformadas²⁹.

En varios estudios se detalla lo referente al control, la disciplina, al ambiente hospitalario, el trato, el descrédito por externar opiniones no técnico-médicas, entre otros^{30,31,32}. En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la "*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*"³³, donde destaca que el trato irrespetuoso en el trabajo de parto violenta el derecho a la salud, daña la integridad y evidencia la discriminación^{34,35}.

En la región latinoamericana tanto Argentina^{36,37} como la República Bolivariana de Venezuela han legislado al respecto. Según la legislación venezolana³⁸:

(...) se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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.

Con este trabajo es posible darle seguimiento a lo estipulado en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)³⁹, la Plataforma de Acción Beijing⁴⁰ y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁴¹, en especial a lo que se estipula en cuanto a la erradicación de

cualquier forma de violencia contra las mujeres, en este caso, de tipo obstétrico.

Independientemente del abordaje conceptual o enfoque con el que se analice el fenómeno, uno de los aspectos que interesa, entre otras cosas, es que se logre medir lo que las mujeres declaren de lo sucedido en los centros de salud⁴². Por ello, a partir de la operacionalización de la reglamentación de la CCSS⁴³ sobre la violencia en la atención del parto, se plantearon las preguntas en la EMNA (tabla 1)⁴⁴. Esa propuesta se diseñó desde el INEC, y fue avalada por el Ministerio de Salud, por el UNICEF Costa Rica y por el equipo MICS, dada la justificación del caso.

En la tabla 1 se aprecia que, para el presente estudio, se destacan características del ámbito psicológico desde lo “leve” o “sutil”, a lo más fuerte. Además, se consideran dos aspectos vinculados con el acceso a la información y con violencia física.

Tabla 1. EMNA: variables sobre violencia obstétrica, según el tipo de parto (2018).

Tipo de Parto	Violencia obstétrica
Vaginal	No permitirle estar acompañada
	No tener una privacidad
	No tener una posición del parto
Vaginal o por cesárea⁴⁵	No consultarle sobre aplicarle medicamentos o procedimientos
	No recibir información comprensible
	No apoyársele de forma adecuada
	Recibir sobrenombres, críticas o comentarios peyorativos
	Obligación para pujar sin ser necesario
	Agresión física

Fuente: Elaboración propia⁴⁶.

También se obtuvo información acerca de lo que se denominó para los efectos, una “violencia obstétrica ampliada”, es decir, que además a la tabla 1 se consideran al menos una de las siguientes condiciones del maltrato o negación en la atención:

- No dio amamantamiento inmediato.
- No se dio contacto piel a piel inmediato o con la persona neonata envuelta.
- No revisar la salud de la madre antes del egreso del centro de salud (en esos términos se preguntó en la EMNA).
- No revisar la salud de la persona recién nacida antes de su egreso hospitalario.
- No habersele asesorado en la observación de la lactancia. Se refiere a si alguna persona calificada observó, supervisó o asesoró la lactancia de la informante durante los dos primeros días después del nacimiento, ya sea en la vivienda o en una instalación, con la finalidad de orientar el proceso.
- Primer baño de la persona recién nacida antes de las 24 horas del nacimiento.

Sobre este último punto, es importante destacar que el primer baño no se recomienda dentro de las primeras 24 horas, por el fuerte cambio en la temperatura de la persona recién nacida, por el impacto en la termorregulación^{47,48,49}. De hecho, en las encuestas MICS, utiliza como indicador denominado como “baño retrasado”⁵⁰.

Se incorporó dentro de las condiciones sobre violencia, la atención o no de la persona recién nacida, dada la importancia que esto representa para la madre, máxime si se tiene en cuenta el mandato social sobre la maternidad que se ha impuesto a las mujeres^{51,52,53,54,55,56}. En 2019 la CCSS atendió el 94,1% de los partos del país, en sus distintos centros de salud; el 3,9% ocurrieron en centros privados y 1,0% fuera de un centro⁵⁷. De ahí la relevancia de trabajar con la CCSS la prevención y erradicación de este tipo de violencia.

Es importante destacar que lo captado como violencia no responde a elementos relacionados con infraestructura, equipamiento o que supongan fuertes inversiones de dinero, sino que están relacionados con la capacitación, sensibilización y empatía del personal de salud, con las mujeres usuarias de los servicios de salud.



Metodología

Este es un estudio de tipo correlacional y no experimental⁵⁸, pues asocia variables de tipo estadístico y no interviene directamente con la población de estudio. La EMNA aplicó la entrevista directa a mujeres entre 15 y 49 años, y aquí se muestra la información de aquellas que tuvieron al menos un nacido vivo en los 2 años previos a la entrevista (entre mayo de 2016 y mayo de 2018). Se recopiló información para el parto vaginal y preguntas comunes para el parto vaginal o por cesárea. Es importante destacar que la encuesta es representativa por cada provincia del país.

La atención al parto puede ser comprendida hasta que las personas (madre, hija o hijo) egresan del centro de salud, por lo que fue de interés conocer qué sucede con estas personas antes de su salida. Para ello, se asoció estadísticamente la violencia obstétrica con variables relacionadas

con la atención y que vulneran aún más sus condiciones, en una revictimización o una réplica de la violencia.

Técnicamente, se aplicaron regresiones logísticas entre la violencia obstétrica, los quintiles de riqueza y lo que sucede previo al egreso del centro de salud. Esa técnica estadística consiste en analizar variables categóricas, no continuas. Con ella se obtiene el *odds ratio* (OR), el cual muestra la probabilidad de que un evento se presente, con una asociación estadísticamente significativa, donde el valor “p” sea menor a 5% ($p < 0,05$). Es decir, no son hechos que se deban al azar y que son altamente probables que sucedan. Se advierte que, al analizar las provincias, el modelo toma de referencia la que posee el código más alto, la cual corresponde a Limón, que es la provincia siete.



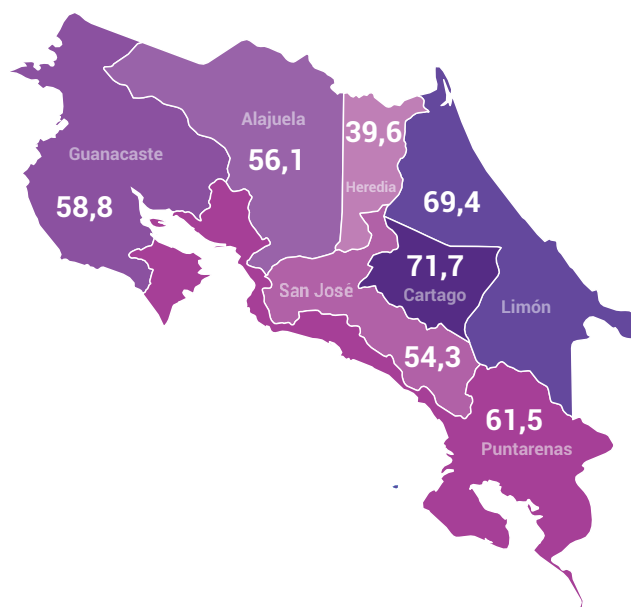
Resultados

Magnitud de la violencia obstétrica: el 57,7% de las mujeres la vivencia

En Costa Rica, el 57,7% de las mujeres que tuvieron un parto entre 2016 y 2018 afirman haber experimentado al menos una de las categorías de violencia obstétrica, tanto en partos vaginales como por cesárea. En los partos vaginales es de 28,1%. Si se parte de que en el país hubo 207 264 nacimientos entre 2016 y 2018⁵⁹, esto significa que, en 119 591 partos durante esos tres años, las mujeres experimentaron al menos un tipo de violencia obstétrica, lo cual es en promedio 39 864 partos al año, es decir, no es un tema de pocos casos.

Mientras en la provincia de Heredia el 39,6% de las mujeres dicen haber experimentado al menos un tipo de violencia obstétrica, en Cartago fue de 71,7%, es decir, 1,6 veces mayor. Junto con la provincia de Cartago, las costeras o “periféricas” tienen los porcentajes más elevados. En términos de gestión, de un sistema de salud sin fragmentación ni segmentación como el costarricense^{60,61}, es llamativa tal diferencia, pues Cartago y Limón superan en 14,0 y 12,0 puntos porcentuales (pp) respectivamente, el promedio nacional.

Mapa 1. Costa Rica: porcentaje de mujeres^{1/} que vivenciaron violencia obstétrica durante el parto por provincia (2018)



Nota: ^{1/} Mujeres que tuvieron al menos un nacido vivo entre 2016 y 2018.

Fuente: Elaboración propia⁶².

En Costa Rica, de las mujeres que experimentaron violencia obstétrica en el parto vaginal, las del quintil I (menos rico) presentaron 58,9% menos probabilidad de esto que las del quintil V (más rico), lo cual es similar en el caso de las que pertenecen al II, (57,9%). Es decir, las mujeres de menores niveles de riqueza (quintiles I y II) tienen la mitad de probabilidad de declarar en la entrevista de la EMNA, haber experimentado este tipo de violencia respecto a las mujeres del V, o al menos expresarlo.

Cuando se analizan las diferentes formas en que se manifiesta este tipo de violencia en el país y en las provincias, surgen elementos relevantes. En Costa Rica al 35,2% de las mujeres con un

parto entre 2016 y 2018 no se les consultó sobre aplicarles algún medicamento o realizarles algún procedimiento; en la provincia de Limón, esto fue afirmado por cerca de la mitad de las mujeres. No darles explicaciones que fueran entendibles fue reportado por el 18,4% de las mujeres a nivel nacional y representa la cuarta parte de las mujeres en las provincias de Guanacaste y Cartago. Por su parte, más de la quinta parte de las mujeres de Cartago mencionaron haber recibido gritos o regaños por parte del personal de salud. Debe notarse que estas formas de violencia se relacionan con la prestación de servicios de salud del personal médico, y con la gerencia y la toma de decisiones.

Cuadro 1. Costa Rica: porcentaje de violencia obstétrica reportada, por provincia (2018)

Característica	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredía	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Experimentó violencia obstétrica	57,7	54,4	56,2	72,0	39,5	58,9	61,2	69,4
No se le consultó sobre aplicarle algún medicamento o realizarle algún procedimiento	35,2	31,8	37,3	43,4	17,2	35,6	37,6	47,1
No le dieron explicaciones que entendiera	18,4	16,4	20,2	25,0	4,6	26,0	20,0	19,8
No hubo privacidad necesaria ^{1/}	12,9	12,8	12,5	18,4	13,8	6,9	11,9	14,1
Le gritaron o regañaron	11,5	13,8	7,1	21,1	5,7	13,7	8,2	14,0
Fue criticada, recibió comentarios despectivos o sobrenombres	9,9	12,2	6,0	16,0	9,2	9,7	4,8	12,8
La posición en el parto fue cómoda ^{1/}	9,5	9,7	6,0	13,2	11,6	11,1	8,2	10,5
No se le apoyó de forma adecuada	9,1	8,2	7,7	15,8	2,3	12,5	10,6	10,6
No le permitieron estar acompañada ^{1/}	6,4	0,5	5,3	10,5	6,9	12,3	5,9	12,8
Se le obligó a pujar sin ser necesario hacerlo	5,3	6,1	3,6	2,6	1,1	4,2	9,4	10,5
Le pegaron o agredieron físicamente	1,8	3,1	1,2	1,3	5,8	0,0	0,0	0,0

Nota: 1/ Se indagó solo en parto vaginal

Fuente: Elaboración propia⁶³.

En las mujeres que vivenciaron violencia obstétrica, se encontró que:

- En el parto vaginal, las del quintil menos rico (I) presentaron 58,9% menor probabilidad de experimentar violencia obstétrica que las del quintil más rico (V). Es decir, las mujeres del quintil menos rico (I) tienen la mitad de probabilidad de experimentar este tipo de violencia respecto a las mujeres del quintil más rico (V).
- Al considerar tanto el parto vaginal como cesárea, la brecha se amplía, pues las del primer quintil tenían 75,4% menos probabilidad de experimentar este tipo de violencia respecto a las del quinto quintil, lo cual fue el 73,7% para las madres del segundo.



¿Cómo se explica que en las mujeres de menor riqueza se declare menos violencia?

Para explicar por qué las mujeres que se encuentran en los quintiles de menor riqueza no reportan porcentajes tan altos de violencia obstétrica como en los otros, se puede retomar lo que Jon Elster denomina "preferencias adaptativas"⁶⁴. Donde:

- Las mujeres en condiciones económicas adversas ven como adecuada la calidad de la atención del parto, basando su criterio en los tratamientos efectivos y la supervivencia y no en los hechos propiamente violentos⁶⁵.
- El ejercicio del poder obstétrico no se visualiza como negativo, por parte de mujeres en condiciones socioeconómicas más adversas.
- Se cumple la hipótesis de que "existe menor normalización a mayor nivel socioeconómico", o, expresado de otro modo, hay mayor conciencia de género en los quintiles más favorecidos. Por ejemplo, según la Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género de Uruguay⁶⁶, las mujeres de mayor nivel socioeconómico presentan mayores niveles de denuncia o de manifestar haber vivenciado diferentes tipos de violencia basada en género. Tendencias similares se hallaron en una encuesta de este tipo en El Salvador⁶⁷.

Para comprobar esa hipótesis se analizó un módulo sobre las actitudes frente a la violencia doméstica de las mujeres en edad reproductiva de la EMNA 2018, en la que ante un caso hipotético se "justifica" que un esposo o compañero le pegue a su compañera en alguna de estas situaciones: si ella sale sin avisarle, si descuida a los niños, si discute con él, si ella se niega a tener relaciones sexuales con él, si ella quema la comida, si no tiene lista la comida o si no tiene la casa limpia. A pesar de que la violencia doméstica es de otro tipo que la obstétrica, ambas son violencia basada en género.

Al respecto, se tiene que el 5,1% de las mujeres de interés de este estudio, tienen al menos una actitud que justifica la violencia o es próxima a hacerlo (cuando se responde "no sabe"). En el caso del quintil de menor riqueza es del 8,5% y el 4,9% en el segundo quintil. Por su parte, en las mujeres del quintil de mayor riqueza es del 2,0%. Es decir, la justificación de la violencia es 4,3 veces mayor en el primer quintil respecto del quinto.

Se encontró que las mujeres de los quintiles con mayores actitudes que justifican la violencia doméstica son las que tienden a reportar menos casos de violencia obstétrica, lo cual debe ser objeto de estudio, incluso desde el paradigma cualitativo.

Las mujeres que vivenciaron violencia obstétrica tienen menos probabilidades de calidad de atención antes del egreso

Si se compara a las mujeres que experimentaron al menos un tipo de violencia en el parto vaginal, respecto a las que no reportaron ningún tipo de violencia, se encontró que las primeras tienen:

- 42,0% menos probabilidad de no amamantar de forma inmediata.
- 52,2% menos probabilidad de que no se revise la salud de la madre antes de egresar del centro médico.
- 37,5% menos probabilidad de que no se les asesore sobre la lactancia.

Si la comparación se realiza entre las mujeres que experimentaron violencia en parto vaginal o por cesárea respecto a las que no, las primeras tienen:

- 75,9% menos probabilidad de que se revise su salud antes de salir del centro médico, a pesar del porcentaje de partos por cesárea en la EMNA fue el 26,8% y en 2017 la CCSS reportó un 24,3% de nacimientos por medio de cesárea⁶⁸.
- 39,0% menos probabilidad de que no se les asesore sobre la lactancia.

Independientemente del tipo de parto, se evidencia que, para quienes experimentaron violencia obstétrica, aumentan las probabilidades negativas de que no se revise la salud de la madre antes del egreso del centro de salud.

Si se consideran el contacto piel a piel o que las personas neonatas no se les bañe antes de las 24 horas luego del parto⁶⁹, se tienen diferencias por provincia, respecto a la de Limón (debe recordarse

que el modelo estadístico toma de referencia la del código más alto de las provincias, la cual es la de Limón, por ser la séptima del país):

• En Alajuela:

- Tienen 77,4% más probabilidad del contacto piel a piel.
- Tienen 46,5% menos probabilidad que las personas neonatas no sean bañadas antes de 24 horas. Esto es positivo en el caso alajuelense, pues no se afecta la termorregulación de las personas recién nacidas.

• En Heredia:

- Tienen el doble de probabilidad de que no se realice el baño antes de las primeras 24 horas.

• En Guanacaste:

- Tienen 24,7% más probabilidad del contacto piel a piel.

• En Puntarenas:

- Tienen 70,4% menos probabilidad que las personas neonatas no sean bañadas antes de 24 horas.

Este hallazgo es relevante pues se visualizan brechas de atención según lugar de residencia geográficas en un país con un desarrollo desigual como el costarricense^{70,71}, a pesar de su robusto sistema de salud^{72,73}.

Al considerar tanto la violencia en parto vaginal como por cesárea, respecto a las que del todo no la experimentaron (anexo 1):

- 78,9% menos probabilidad de que se revise la salud de ella.
- 37,4% menos probabilidad de recibir asesoramiento sobre la lactancia materna.

Es de interés destacar que el no chequear la salud de la madre antes de egresar del centro de salud, no solo la vulnera, sino que la expone a mayor riesgo tanto de su salud como de su vida. Según la OMS entre las causas de la mortalidad materna sobresalen las hemorragias, las infecciones o la preeclampsia⁷⁴. En Costa Rica, entre 2007 y 2017, más del **50%** de las defunciones maternas se debieron a causas obstétricas directas (asociadas con el parto y su manejo)⁷⁵, por lo que debe ser un tema de prioridad para la institucionalidad nacional.

Sobre lo analizado hasta este momento, se destaca que:

- Una vez ocurrido el parto, se evidencia estadísticamente, que la salud de la madre pasa a un segundo plano, pues no hay asociación

entre la violencia obstétrica y no revisar la salud de la persona recién nacida, pero sí con la de la madre. Es decir, si se vivencia violencia obstétrica durante el parto, es más probable que no se revise la salud de la madre. Esto es muy simbólico, pues en lo prenatal y al iniciar la labor de parto, irremediamente el feto y la mujer están unidos, pero una vez ocurrido el parto, las madres que vivenciaron violencia obstétrica, pasan a un plano menor respecto a la persona recién nacida. Una muestra del poder/saber obstétrico⁷⁶, un actuar que reafirma una actitud (in)consciente discriminatoria por parte del personal que presta los servicios de salud y que se encuentra institucionalizada.

- En el binomio “madre/persona neonata”, el asesoramiento sobre la lactancia es fundamental, por el vínculo psicológico y para garantizar el bienestar de ambas personas. El no orientarles sobre el tema les vulnerabiliza, pues el amamantar se aprende, no es instintivo. El no aprenderlo puede afectar o desestimular su práctica. Una orientación adecuada beneficia al binomio citado, pues propicia tasas más altas de esta práctica⁷⁷.



Violencia obstétrica ampliada: el 100% de las mujeres la vivenciaron

Finalmente, se destaca que la “violencia obstétrica ampliada” fue experimentada por el **100%** de las mujeres que tuvieron un parto en el país en los dos años previos a la EMNA 2018, siendo el 57,7% propiamente en el parto (vaginal o por cesárea) y el restante 42,3% experimentaron actos violentos posteriores al parto y antes de egresar del centro de salud. Es decir, aquí hasta los quintiles de riqueza son rebasados. Es un tema eminentemente de género, pues son todas las mujeres las que la vivencian y son evidencia del ejercicio del poder obstétrico.

Ahora bien, conviene conocer el peso proporcional de las mujeres que no vivenciaron violencia durante el parto, pero sí entre este y antes del egreso del centro de salud:

- 93,1% indicó que no se chequeó al bebé antes del egreso del centro de salud
- 92,4% no se le revisó su salud antes del egreso del centro de salud
- 75,8% no se le asesoró sobre la lactancia
- 58,5% de los casos a los niños y niñas se les bañó antes de que se cumplieran las 24 horas de nacimiento
- 53,4% reporta que el amamantamiento no fue inmediato
- 44,1% manifiesta que no tuvo contacto piel a piel inmediato del todo o porque la persona recién nacida estaba envuelta o ya había sido secada



Conclusiones

Se reitera que lo abordado no guarda relación alguna con temas que supongan considerables erogaciones económicas para el sector, por ejemplo, en infraestructura.

Existe evidencia estadística que la violencia obstétrica se encuentra asociada con los quintiles de riqueza en Costa Rica, con la particularidad de que quienes más la declaran son las mujeres, de 15 a 49 años, del quintil más rico.

La violencia obstétrica es generalizada en el país, reportada por el 57,7% de mujeres que tuvieron al menos un nacido vivo en los 2 años previos a la aplicación de la MICS (entre mayo de 2016 y mayo de 2018), con diferencias geográficas. Si se mide lo que sucede entre el parto y antes del egreso hospitalario todas las mujeres experimentaron al menos un tipo de violencia.

Se observa que la violencia obstétrica tiene que ver con una cuestión actitudinal del personal que presta el servicio (personal de salud en general), por lo que se requiere su sensibilización y capacitación, así como es necesario que a

las mujeres desde la atención prenatal reciban información de qué es este tipo de violencia y cómo denunciar. Para ello el rol de la CCSS, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la Defensoría de los Habitantes y las organizaciones civiles es estratégico.

Asimismo, luego del parto y de haber vivenciado al menos un caso de violencia obstétrica, se manifiestan otros tipos de violencia previos al egreso del centro de salud. En esto se evidencia una ruptura simbólica, donde una vez ocurrido el parto, la mujer pasa a un segundo plano por parte del personal que brinda los servicios de salud, ya que centra la atención en la persona recién nacida.

Esta violencia demuestra diferencias entre provincias, a pesar del sistema de salud costarricense, que en materia de atención está a cargo de un único prestador. Lo cual debería ser motivo de análisis en otros países que incluyan las preguntas.



Recomendaciones

La violencia obstétrica ocurre de forma generalizada en un país como Costa Rica, con un sistema de salud universal, sin fragmentación ni segmentación^{78,79}. Con la información generada, es posible que se oriente la toma de decisiones desde diferentes ámbitos, pero especialmente en la CCSS.

• Ente rector en salud y de estadística (Ministerio de Salud e INEC)

- Es pertinente un seguimiento continuo de todo episodio de violencia obstétrica, por parte del Ministerio de Salud.
- En las estadísticas demográficas, específicamente las de nacimientos, es recomendable captar el tipo de nacimiento (vaginal o cesárea), pues es un indicador de monitoreo para la OMS80, del cual no se tiene registro sistemático en los centros privados.

• Prestación de servicios (CCSS)

La prevención y erradicación de la violencia obstétrica debe ir más allá de una guía redactada en términos de sugerencias o en establecer más infraestructura. Es decir, la respuesta ante este tipo de violencia debe ser una exigencia en la gestión, con mecanismos claros para que las mujeres puedan denunciar, y establecer el proceso administrativo que corresponda. Asimismo, la institución debe tener un rol proactivo, de modo que no espere que se denuncie, pues con esta investigación se evidencia que es un fenómeno generalizado con distintos tonos. Por ejemplo, con el 57,7% de mujeres que

tuvieron al menos un nacido vivo en los 2 años previos a la aplicación de la MICS o que pasa a ser el 100% de las mujeres si se utiliza la "violencia obstétrica ampliada".

Es fundamental que se sensibilice y capacite al personal de salud que tiene relación con la atención de las mujeres en edad reproductiva, lo cual incluye atención prenatal, obstétrica y atención posnatal.

Se requiere que las coordinaciones nacionales de Enfermería, de Trabajo Social y de Psicología de la CCSS tengan un rol y un posicionamiento activo ante esta forma de violencia. Incluso, debe ser un tema de comunicación de cultura organizacional, máxime si se toma en cuenta que casi una cuarta parte de los egresos hospitalarios entre el 2016 y 2018 (24,0%) estuvieron vinculados con el embarazo⁸¹.

Asimismo, es crucial que en la atención prenatal a las mujeres se les indique qué es violencia obstétrica, facilitar la guía vigente o un resumen⁸² y recomendaciones sobre qué hacer si esto no se cumple. Es decir, se debe sensibilizar a las usuarias para que tengan herramientas de cómo denunciar este tipo de violencia.

Para el personal que atiende partos, se debe capacitar en la clasificación Robson⁸³, propuesta por la OMS para evaluar y comparar las tasas de cesárea. Esta clasificación es más beneficiosa para la madre, como para la persona recién nacida; el propósito es disminuir los partos por las "cesáreas innecesarias".

Se debe fortalecer el respeto y el trato digno en el parto y posterior a este por parte del personal de salud, pues la violencia puede exponer a la mujer a hemorragias, infecciones o la preeclampsia⁸⁴, y que podrían generar complicaciones posparto, hasta muertes maternas.

Una estrategia para fomentar la lactancia exclusiva, en los primeros meses de vida de la persona recién nacida, es asesorar a las mujeres al respecto, una vez ocurrido el parto, en el marco de los derechos tanto de la madre como de la hija o hijo. Esto involucra directamente al Ministerio de Salud, específicamente a Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CENCINAI).

La CCSS debe actualizar su actual guía⁸⁵, que según la investigación realizada debe valorarse:

- El tiempo que duró la atención del parto
- Si la mujer se sintió ignorada
- Le negaron algún procedimiento para disminuir el dolor
- Si a la mujer se le menospreció su dolor
- Si le colocaron un anticonceptivo sin el consentimiento de la mujer
- Si durante el parto o posparto hubo alguna complicación (permitiría filtrar casos particulares)

Deben priorizarse estas acciones preventivas en las provincias de Cartago, Limón y Puntarenas, donde se identificó la mayor prevalencia de violencia obstétrica en el país, prácticamente 7 de cada 10 mujeres que tuvieron un parto en estas provincias la experimentaron, en un lugar que se supone debe ser seguro (anexo 2).

Se reitera que lo sugerido a la CCSS:

- No requiere más personal
- No supone invertir en más infraestructura
- Se requiere sensibilización
- Se necesita capacitación

• **Ente rector de género y de derechos humanos (INAMU, Defensoría de los Habitantes, Sistema de Naciones Unidas)**

Debe trabajarse con la CCSS para que efectivamente se logre prevenir y erradicar este tipo de violencia en los centros de salud, incluyendo el apoyo para tener mecanismos para que las mujeres puedan establecer las denuncias correspondientes con la información necesaria. Se recomienda usar como parámetro algún ejemplo internacional en que el seguimiento sea exitoso. Por ser sistemas de salud similares al costarricense en su estructura y universalidad, hay que explorar lo que sucede en países como Inglaterra, Canadá y Cuba.

• **Académico (CONARE, CONESUP)**

- Formación universitaria (pública y privada)
 - Para las áreas vinculadas con la prestación de servicios tengan al menos un módulo sobre el derecho a la salud y los derechos reproductivos:
 - Medicina general y obstétrica
 - Enfermería general y obstetricia
 - Psicología
 - Trabajo social
 - Derecho

- Investigación

- Deben fomentarse investigaciones (de grado o posgrado, o programas de investigación, de enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto) que determinen hasta qué punto la salud y la vida de las mujeres luego del parto realmente importa en contraposición a la persona neonata. Esto ante lo que se comentó que si se experimenta violencia obstétrica es más probable que no se revise la salud de la madre antes de su egreso.

- **Organizaciones del sector civil**

Para que las acciones sugeridas sean concretadas, es necesario y pertinente que las organizaciones que velan por los derechos reproductivos den seguimiento a estas sugerencias, especialmente en lo recomendado a la CCSS.

En este sentido se podría contar con el apoyo para la sensibilización al personal de salud y de las mujeres gestantes, de forma tal que se visualice el tema y se genere empoderamiento, de manera que se generen respuestas ante la violencia obstétrica y que así se puedan disminuir sus indicadores.

- **Para el programa mundial de encuestas (MICS-UNICEF)**

- Ante la evidencia es necesario que el equipo central de MICS, valore la posibilidad de incluir este tipo de preguntas, que están vinculadas con las metas del indicador "5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen"⁸⁶.
- A pesar de que las preguntas incluidas en la EMNA se basaron en el reglamento actual de la CCSS⁸⁷, se sugiere analizar lo sugerido para actualizarla.



Anexos

Anexo 1.

Costa Rica: variables significativas en la regresión logística en la atención inmediata del parto respecto a las que no vivenciaron violencia obstétrica, según tipo de violencia (2018).

Tipo de parto	Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95%)
Vaginal ^{a/}	Amamantamiento no inmediato	0,580	0,007	(0,391 - 0,861)
	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,478	0,023	(0,253 - 0,905)
Vaginal o cesárea ^{b/}	No se asesoró sobre lactancia	0,625	0,039	(0,400 - 0,976)
	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,241	0,000	(0,121 - 0,479)
	No se asesoró sobre lactancia	0,610	0,011	(0,417 - 0,893)
Tanto vaginal o por cesárea ^{c/}	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,211	0,000	(0,097 - 0,461)
	No se asesoró sobre lactancia	0,626	0,019	(0,422 - 0,927)

Notas:

a/ Chi cuadrado: 19,376
R cuadrado de Cox y Snell: 0,038
R cuadrado de Nagelkerke: 0,053
b/ Chi cuadrado: 28,388
R cuadrado de Cox y Snell: 0,040
R cuadrado de Nagelkerke: 0,053
c/ Chi cuadrado: 27,503
R cuadrado de Cox y Snell: 0,038
R cuadrado de Nagelkerke: 0,052

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2.

Lista de centros de salud ubicados en las provincias de Costa Rica que amerita una atención prioritaria para comenzar a disminuir la violencia obstétrica:

Provincia	Centro
Cartago (71,7%)	Hospital Maximiliano Peralta Jiménez Hospital William Allen Taylor Clínica La Unión Clínica de Paraíso Clínica de Tucurrique
Limón (69,4%)	Hospital Tony Facio Castro Hospital de Guápiles Clínica de Cariari Clínica de Tica Ban Clínica de Siquirres Clínica de Batán Clínica de Guácimo Clínica de Sixaola Clínica de Bribri Clínica de Suretka Clínica de Home Creek Clínica de Daytonia Clínica de Matina Clínica de Valle La Estrella
Puntarenas (61,5%)	Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanbria Martínez Hospital Maximiliano Terán Valls Hospital de Ciudad Neily Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde Hospital de Osa Tomás Casas Casajús Clínica de Parrita Clínica de Palmar Sur Clínica de Buenos Aires Clínica de La Cuesta Clínica de Jacó

Por las áreas de atracción y especialización debe incluirse al Hospital Rafael Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva.

Referencias

¹ Karen Vargas. «Marco legal de la salud pública en Costa Rica.» En *La Salud Pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas*, de Pública EdS, 449-470. San José: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, 2010.

² Comité de Derechos Sociales y Culturales. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, CDESCR Observación general 14*. Ginebra. Ginebra: CDESCR, 2000.

³ CCSS. *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José: CCSS, 2009.

⁴ CCSS. *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS, 2017.

⁵ Defensoría de los Habitantes. *Defensoría de los Habitantes*. 2015. <http://www.dhr.go.cr/prensa/comunicados/2015/julio/0.996.Violencia%20obstetrica.pdf> (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁶ Eugenio Fuentes Rodríguez. *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)*. Tesis, San José: Maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, 2020.

⁷ Un quintil corresponde al 20% de una población, es decir, en una población determinada hay cinco quintiles.

⁸ Orielle Solar y Alec Irwin. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: WHO, 2007.

⁹ Eugenio Fuentes Rodríguez. *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)*. Tesis, San José: Maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, 2020.

¹⁰ INEC. *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: cuestionario de mujeres individuales*. San José: INEC, 2018.

¹¹ Orlando Carnota. «Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades.» *Revista Cubana de Salud Pública*, 2013: 501-523.

¹² Richard Alderslade, y David Hunter. «Commissioning and public health.» *Journal of Management and Medicine, Emerald Group Publishing Limited*, 1994: 20-31.

¹³ Julio Frenk. «La nueva salud pública.» *La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate (OPS)*, 1992: 421-445.

¹⁴ Mauricio Vargas. *Gerencia de servicios de salud*. San José: ICAP, 1990.

¹⁵ CCSS. *Proyecto CCSS-0487*. 2021. <https://www.ccss.sa.cr/proyectos?CCSS-0487> (último acceso: 26 de marzo de 2021).

¹⁶ Chinchilla, Aarón. *CCSS invierte ¢300 millones en infraestructura y equipo obstétrico en hospital San Vito*. 20 de setiembre de 2019. <https://elperiodicocr.com/ccss-invierte-%C2%A2300-millones-en-infraestructura-y-equipo-obstetrico-en-hospital-san-vito/> (último acceso: 26 de marzo de 2021).

¹⁷ CCSS. *CCSS renovó en su totalidad modelo de atención del parto y el posparto*. 31 de julio de 2019. https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-renovo-en-su-totalidad-modelo-de-atencion-del-parto-y-el-posparto (último acceso: 2021 de marzo de 29).

¹⁸ Su principio arquitectónico es: "en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta (sic), con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviese la celda de una parte a otra. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre..." (Foucault, Michele. *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veinte Editores, 2003: 184).

¹⁹ Foucault, Michele. *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veinte Editores, 2003: 159, 160.

²⁰ Foucault, Michele. *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veinte Editores, 2003: 172-173.

²¹ Gabriela Arguedas. «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense.» *Revistas UCR: Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 2013: 145-169.

²² Peter Berger y Thomas Luckmann. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires:: Amorrortu editores, 2003.

²³ Gabriela Arguedas. «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense.» *Revistas UCR: Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 2013: 145-169.

²⁴ Gabriela Arguedas. «Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica.» *Solar*, 2016: 65-89

²⁵ Marcela Lagarde. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: Colección Posgrado, Universidad Autónoma de México, 1990.

²⁶ Angélica Bolaños, Julandy Cerdas y Marilyn Quesada. *Violencia obstétrica en los servicios de salud de la CCSS, frente a los planteamientos de la "Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto" en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega (2014-2016)*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social, San José: Universidad de Costa Rica, 2017.

²⁷ Chandra Barrantes. *La mujer y el parto: un estudio de casos respecto a la atención del parto con el acompañamiento de doulas y/o parteras en el Área Metropolitana de Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología Social, San José: Universidad de Costa Rica, 2009.

²⁸ Gabriela Arguedas. «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense.» *Revistas UCR: Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 2013: 147.

²⁹ Marcela Lagarde. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: Colección Posgrado, Universidad Autónoma de México, 1990.

³⁰ Natalia Gherardi. «Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar.» *Serie asuntos de género de CEPAL*, 2016: 1-62.

³¹ Michelle Sadler y otros. «Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence.» *Reproductive Health Matters*, 2007: 44-55.

³² Gabriela Arguedas. «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense.» *Revistas UCR: Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 2013: 147.

³³ «En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos" (WHO. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: WHO, 2014: 1).

³⁴ Angélica Bolaños, Julandy Cerdas y Marilyn Quesada. *Violencia obstétrica en los servicios de salud de la CCSS, frente a los planteamientos de la "Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto" en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega (2014-2016)*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social, San José: Universidad de Costa Rica, 2017.

³⁵ Chandra Barrantes. *La mujer y el parto: un estudio de casos respecto a la atención del parto con el acompañamiento de doulas y/o parteras en el Área Metropolitana de Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología Social, San José: Universidad de Costa Rica, 2009.

³⁶ Congreso de la Nación Argentina. «Ley 26 485.» *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina. 2010.

³⁷ Congreso de la Nación Argentina. «Ley 25 929.» *Ley de parto humanizado*. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina. 2004.

³⁸ Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. «Ley 38 668.» *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 23 de abril de 2007, artículo 15, inciso 6.

³⁹ UNICEF. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York: Fondo para el logro de los ODM, 2010.

⁴⁰ ONU Mujeres. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Beijing: Naciones Unidas, 1995.

⁴¹ CEPAL. *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2016.

⁴² Arachu Castro y Virginia Savage. «Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic.» *Medical Anthropology*. *Medical Anthropology*, 2019: 123-136.

⁴³ CCSS. *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS, 2017.

⁴⁴ INEC. *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: cuestionario de mujeres individuales*. San José: INEC, 2018.

⁴⁵ En 2006 fue el 22,1% de los partos fueron por cesárea, en 2014 con el 23,5 % y llegó al 24,3 % en 2017. Es decir, cerca de una cuarta parte de los partos (CCSS. *Anuario estadístico 2018*. 2019. CCSS. *Anuario estadístico 2017*. https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/salud/80/an_est_c066c_2017.zip (último acceso: 2 de noviembre de 2019).

⁴⁶ A partir de: CCSS. *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS, 2017.

⁴⁷ T. Martínez y N. Damian. «Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal.» *Enfermería Universitaria*, 2014: 61-66.

⁴⁸ Pamela Espinoza y Marilyn Solano. *Propuesta de una guía clínica para el abordaje de enfermería ginecoobstétrica (sic) y perinatal en la atención del parto distócico o disfuncional*. Tesis para optar por el grado de maestría profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, San José: Universidad de Costa Rica, 2012.

⁴⁹ Eugenio Fuentes Rodríguez. *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)*. Tesis, San José: Maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, 2020.

⁵⁰ Ministerio de Salud, INEC, UNICEF. *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA)*, Informe de resultados de la encuesta. San José: Ministerio de Salud, INEC, UNICEF, 2019.

⁵¹ T. Martínez y N. Damian. «Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal.» *Enfermería Universitaria*, 2014: 61-66.

⁵² Mónica Vizental. *Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami. Buenos Aires, Argentina: Tesis para optar por el grado de doctorado en Psicología de la Universidad de Pal*. Tesis para optar por el grado de doctorado en Psicología, Buenos Aires: Universidad de Palermo, 2013.

⁵³ Pamela Espinoza y Marilyn Solano. *Propuesta de una guía clínica para el abordaje de enfermería ginecoobstétrica (sic) y perinatal en la atención del parto distócico o disfuncional*. Tesis para optar por el grado de maestría profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, San José: Universidad de Costa Rica, 2012.

⁵⁴ Nelso Bordignon. «El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: el diagrama epigético del adulto.» *Revista Lasallista de investigación*, 2005: 50-63.

⁵⁵ Françoise Dolto. *Sexualidad Femenina. La libido genital y su destino femenino*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

⁵⁶ Nancy Chodorow. *El ejercicio de la maternidad: Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa, 1978.

⁵⁷ INEC. *Sistema de consultas*. 2019. <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp> (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁵⁸ Carlos Monje. *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana, 2011.

⁵⁹ INEC. *Estadísticas demográficas: nacimientos*. 20 de enero de 2021. <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp>.

⁶⁰ Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. 2019. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=segmentation-of-health-services>. (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁶¹ Daniel Maceira. *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Buenos Aires: Unicef, 2012.

⁶² A partir de: INEC. *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: bases de datos*. San José: INEC, 2018.

⁶³ A partir de: INEC. *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: bases de datos*. San José: INEC, 2018.

⁶⁴ Elster, Jon. *Uvas: amargas. Sobre la subversión de la racionalidad*. Barcelona: Península, 1998.

⁶⁵ Arachu Castro y Virginia Savage. «Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*.» *Medical Anthropology*, 2019: 123-136.

⁶⁶ INE Uruguay. *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de CEPAL*. 2013. https://oig.cepal.org/sites/default/files/resumen_de_encuesta_mides_ury2013.pdf (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁶⁷ DIGESTYC. *Observatorio de género de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC)*. 2017. <http://aplicaciones.digestyc.gob.sv/observatorio.genero/docs/ENVCM%2017.pdf> (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁶⁸ CCSS. *Anuario estadístico 2018*. 2019. CCSS. Anuario estadístico 2017. https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/salud/80/an_est_c066c_2017.zip (último acceso: 2 de noviembre de 2019).

⁶⁹ T. Martínez y N. Damian. «Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal.» *Enfermería Universitaria*, 2014: 61-66.

⁷⁰ Orielle Solar y Alec Irwin. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: WHO, 2007.

⁷¹ Osvaldo Sunkel y Pedro Paz. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 1999.

⁷² Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. 2019. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=segmentation-of-health-services>. (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁷³ Daniel Maceira. *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Buenos Aires: Unicef, 2012.

⁷⁴ World Health Organization. *World Health Organization: news room*. 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:targetText=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,el%20embarazo%20o%20el%20parto.&targetText=Entre%201990%20y%202015%2C%20la,2%2C3%25%20al%20a%3%B1o>. (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁷⁵ INEC. *Mortalidad materna y su evolución reciente 2017*. San José: INEC, 2018.

⁷⁶ Gabriela Arguedas. «Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica.» *Solar*, 2016: 65-89.

⁷⁷ Cesar Victora, Rajiv Bahl, Aluísio Barros, Giovanny França, Susan Horton, y Julia Krasevec. «Breastfeeding in the 21st Century: Epiology, Mechanisms and Lifelong Effect.» *The Lancet*, 2016: 475-490.

⁷⁸ Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. 2019. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=segmentation-of-health-services>. (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁷⁹ Daniel Maceira. *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Buenos Aires: Unicef, 2012

⁸⁰ World Health Organization. Determinantes sociales de la Salud. 2018. http://www.who.int/social_determinants/es/.

⁸¹ CCSS. *Anuario estadístico 2018*. 2019. CCSS. Anuario estadístico 2017. https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/salud/80/an_est_c066c_2017.zip (último acceso: 2 de noviembre de 2019)

⁸² CCSS. *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José: CCSS, 2009.

⁸³ World Health Organization. Determinantes sociales de la Salud. 2018. http://www.who.int/social_determinants/es/.

⁸⁴ World Health Organization. *World Health Organization: news room*. 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:targetText=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,el%20embarazo%20o%20el%20parto.&targetText=Entre%201990%20y%202015%2C%20la,2%2C3%25%20al%20a%20C3%B1o>. (último acceso: 6 de abril de 2020).

⁸⁵ CCSS. *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José: CCSS, 2009.

⁸⁶ PNUD. *Índices e indicadores de desarrollo humano: actualización estadística de 2018*. Nueva York: PNUD, 2018.

⁸⁷ CCSS. *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José: CCSS, 2009.

