

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Título de la investigación:**

“Comparación de los avances en intervención y buenas prácticas médicas en la atención de la violencia obstétrica en Argentina, México y Venezuela durante los últimos 10 años y su relación con las medidas implementadas en Costa Rica.

**Nombre del estudiante:**

Mario Andrés Briceño Segura

**Tutor:**

Dr. Franklin Escobar Zárate

**Sede Central**

**Agosto, 2025**

## **Resumen:**

La violencia obstétrica se ha consolidado en las últimas décadas como una problemática de gran relevancia en los ámbitos de salud pública y los derechos humanos. Se trata de una forma de violencia de género ejercida en el contexto de atención gineco-obstétrica que vulnera la dignidad, autonomía y derechos fundamentales de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. A nivel internacional, diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas han reconocido este fenómeno como una manifestación de discriminación estructural en los sistemas sanitarios, lo que ha impulsado debates académicos, políticos y sociales en diversas regiones del mundo, particularmente en América Latina.

En este contexto, la presente investigación tuvo como propósito analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva comparativa, considerando tanto las expresiones conceptuales como jurídicas y buenas prácticas en Argentina, México, Venezuela y Costa Rica, con el fin de identificar los avances, limitaciones y desafíos que enfrentan estos países para garantizar una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia.

El estudio se desarrolló con un diseño de revisión bibliográfica, en el cual su objeto de estudio estuvo conformado por la legislación nacional, normativas institucionales, artículos académicos, informes de organismos internacionales y documentos técnicos emitidos por ministerios de salud especializados en la violencia de género.

Esta metodología permitió recopilar y sistematizar la información diversa, abarcando tanto perspectivas jurídicas como sanitarias y sociales. Asimismo, se emplearon diferentes niveles de evidencia, entre ellos en los niveles más altos los informes y lineamientos de organismos internacionales como la ONU y OMS, niveles intermedios como leyes nacionales y protocolos oficiales de salud que hablan de la aplicación normativa de cada país y un nivel complementario como lo fueron artículos científicos, revisiones y reportes institucionales que dieron una evidencia empírica y conceptual sobre las prácticas médicas y experiencias de las mujeres.

Los resultados obtenidos evidencian que no existe una definición única de violencia obstétrica, sino que son aproximaciones diversas que responden al contexto jurídico, institucional y cultural de cada país. Mientras organizaciones como la ONU reconoce como la problemática a nivel internacional vinculada al trato recibido en los servicios de salud, Argentina y Venezuela la tipifican legalmente, resaltando la deshumanización y el abuso de medicalización. Por su parte en México es abordada desde un enfoque institucional y fragmentado por estados y Costa Rica por su parte, que aporta un enfoque más psicológico y emocional, especialmente en contextos de duelo perinatal, aunque sin definición legal específica.

En relación con los marcos legales se identificaron tres niveles de avance. Argentina y Venezuela que cuentan con legislaciones robustas que tipifican y sancionan este tipo de violencia, México refleja unos avances parciales condicionados por su estatus fragmentado por estados diferentes, unos que sí cuentan con sus legislaciones y otros que no y Costa Rica que carece de una normativa específica, aunque ha desarrollado protocolos clínicos de atención humanizada. En las buenas prácticas médicas, en todos los países estudiados se han

promovido herramientas prácticas como el plan de parto, el consentimiento informado, el acompañamiento durante el trabajo de parto, atención al duelo y la promoción del apego precoz, sin embargo, son prácticas cuya efectividad se encuentra limitada por vacíos legales, la resistencia cultural en los servicios de salud y la falta de capacitación del personal en perspectiva de género y derechos humanos.

En conclusión, esta investigación permite afirmar que la violencia obstétrica es un fenómeno complejo y multidimensional, arraigado en estructuras culturales e institucionales que se mantienen por las desigualdades de género en los servicios de salud. Si bien Argentina y Venezuela han avanzado considerablemente en el plano legal, aún tienen desafíos en la aplicación efectiva de sus normas, México por su parte refleja los problemas derivados de la fragmentación estatal y Costa Rica rezagos legislativos, pero con avances institucionales con lineamientos y protocolos.

Los hallazgos de este trabajo ponen en evidencia la necesidad de consolidar marcos normativos más claros, fortalecer la implementación de protocolos de atención humanizada, promover la capacitación del personal de salud en perspectiva de género y derechos humanos y fomentar la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva. La comparación entre los países estudiados demuestra que, aunque se han alcanzado avances significativos, aún persisten vacíos normativos e institucionales que deben ser abordados mediante políticas públicas integrales, con el fin de garantizar que todas las mujeres vivan del embarazo, parto y posparto en condiciones de respeto, seguridad y autonomía.

## **Agradecimientos:**

En primer lugar, quiero dar total agradecimiento a la Universidad Internacional de las Américas y especialmente a la Escuela de Medicina y Cirugía por brindarme la oportunidad de llevar a cabo esta investigación, a cada uno de los docentes por brindarme todos los conocimientos que llevaron a la conclusión de mi carrera y presentar mi trabajo final de graduación, el cual concluye con esta investigación que es el resultado de muchos años de formación y de esfuerzo.

Seguidamente, quiero brindar mi más sincero agradecimiento al Dr. Franklin Escobar Zárate, el cual aparte de haber tenido el honor de que fuera el tutor de este trabajo de investigación, es uno de los doctores que más marcó en mi carrera en esta universidad en los cursos impartidos, siendo un ejemplo por seguir como profesional en su especialidad.

Por último, pero no menos importante, a mi familia, que sin la ayuda y el esfuerzo de cada uno de ellos no hubiera sido posible el haber concluido esta etapa, ya que con su cariño, paciencia y aliento en cada etapa sirvieron como motivación para llegar hasta este punto.

## **Dedicatoria:**

Este trabajo de investigación va dedicado a mi esposa, a mi mamá y al resto de mi familia por su amor incondicional, por su paciencia y sus esfuerzos que sirvieron de motivación a lo largo de todo este proceso y que sin sus palabras de aliento no hubiera sido posible nada de esto sin cada uno de ellos.

También va dedicado a unas personas muy importantes, que por situaciones de la vida, enfermedades o la edad ya no se encuentran conmigo, que fueron importantes en el inicio de este camino y en el amor y vocación hacia esta carrera y las demás personas, los cuales me inculcaron los valores que me hacen ser quien soy y que sé que donde sea que estén, están felices de ver a su nieto cumplir su sueño.

Por último, quiero dar una mención especial a una pequeña persona, que a sus 6 años es la persona más importante de mi vida, la cual es el motor y la inspiración de los esfuerzos que hago y que desde su nacimiento sirvió de una motivación extra para llegar lo más largo posible en esta profesión, para poder servirle de ejemplo como persona, profesional y de que los sueños se cumplan y que aunque no entienda ahorita el papel tan importante que jugó en todo esto, en algún momento sepa que su papá fue una persona que no dejó de luchar por un mejor futuro para ella y que se esforzaba en ser mejor cada día para ella y para los demás.

## ÍNDICE

<b>Resumen:</b> .....	<b>2</b>
<b>Agradecimientos:</b> .....	<b>5</b>
<b>Dedicatoria:</b> .....	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Introducción:</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2 Planteamiento del problema:</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 Objetivos:</b> .....	<b>15</b>
1.3.1 Objetivo General:.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos: .....	15
<b>1.4 Justificación:</b> .....	<b>16</b>
<b>1.5 Antecedentes:</b> .....	<b>20</b>
1.5.1 Antecedentes Históricos: .....	20
1.5.2 Antecedentes internacionales:.....	29
1.5.3 Antecedentes nacionales: .....	32
<b>CAPÍTULO II-MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>34</b>
<b>2.1 ¿Qué es la violencia?</b> .....	<b>35</b>
<b>2.2 Historia de la Violencia</b> .....	<b>36</b>
<b>2.3 Historia Internacional de la Violencia Obstétrica</b> .....	<b>39</b>
<b>2.4 Historia Nacional de la Violencia Obstétrica</b> .....	<b>42</b>
<b>2.1 Definición de violencia obstétrica</b> .....	<b>44</b>
<b>2.2 Tipos de violencia obstétrica</b> .....	<b>48</b>
2.2.1 Violencia Obstétrica Física .....	48
2.2.2 Violencia Obstétrica Psicológica .....	49
<b>2.3 Legislación internacional de los países en estudio</b> .....	<b>50</b>
2.3.1 Argentina: .....	52
2.3.2 México: .....	55
2.3.3 Venezuela: .....	58
<b>2.4 Legislación de Costa Rica</b> .....	<b>60</b>
<b>2.5 Herramientas y buenas prácticas médicas</b> .....	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>76</b>
<b>3.1 Enfoque de la Investigación:</b> .....	<b>77</b>
3.1.1 Tipo de Investigación: .....	77
3.1.2 Fuentes de Información: .....	78

3.1.3	Criterios de inclusión y exclusión:.....	81
3.1.4	Proceso de selección de información:.....	82
3.1.5	Clasificación según niveles de evidencia: .....	84
<b><i>CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</i></b>		<b><i>113</i></b>
<b><i>CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</i></b>		<b><i>154</i></b>
<b><i>Referencias.....</i></b>		<b><i>160</i></b>

Lista de figuras:

Figura 1.	Datos y Estadísticas mundiales sobre la violencia .....	36
Figura 2.	Etapas de la atención obstétrica que podrían generar violencia obstétrica .....	41
Figura 3.	Porcentaje de mujeres que evidenciaron violencia obstétrica por provincia en el 2018 .....	44
Figura 4.	Marco jurídico internacional en relación con la violencia obstétrica.....	51
Figura 5.	Instructivo de Plan de Parto en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social .....	67
Figura 6.	Instrumento de Plan de Parto para un nacimiento seguro y respetuoso de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	67
Figura 7.	Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda .....	83

Lista de tablas:

Tabla 1.	Criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo del trabajo de investigación.	81
Tabla 2.	Niveles de evidencia .....	84
Tabla 3.	Distribución de Investigaciones según el nivel de evidencia .....	85
Tabla 4.	Definiciones de Violencia Obstétrica .....	116
Tabla 5.	Violencia Obstétrica física.....	123
Tabla 6.	Violencia obstétrica psicológica .....	125
Tabla 7.	Tabla comparativa del marco legal sobre la Violencia Obstétrica en Argentina, México, Venezuela y Costa Rica. ....	129
Tabla 8.	Herramientas y buenas prácticas médicas contra la violencia obstétrica por país: .....	143

Lista de gráficos:

Gráfico 1.	Proceso de selección de información.....	82
------------	--	----

Lista de abreviaturas:

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CONSAVIC: Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género

CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos

ENDIREH: Encuesta de la Dinámica de las Relaciones de los Hogares

ENMA: Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia

HSJD: Hospital San Juan de Dios

INAMUJER: Instituto Nacional de la Mujer

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VO: Violencia Obstétrica

## **CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Introducción:**

A lo largo de nuestra historia, las mujeres han sido víctimas de maltratos, de diversas formas de violencia y que en cierto punto habían sido normalizadas o ignoradas por la sociedad. Hoy, la violencia contra la mujer constituye un problema de salud en el mundo y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 30% de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de abuso a lo largo de su vida y es algo que se encuentra en aumento a nivel generalizado en el mundo.<sup>1</sup> La violencia según la OMS se define como el uso intencional de la fuerza o poder físico de hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.<sup>2</sup>

Teniendo en claro este término de violencia y siendo México uno de los países en estudio y uno de los países pioneros de América Latina en términos de erradicar la violencia obstétrica, el Sistema de Salud Mexicano define la violencia obstétrica como el constructo teórico mexicano como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer mediante el ejercicio autoritario y abusivo del poder clínico.<sup>2</sup>

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social es la entidad encargada de la seguridad social del país, lo que significa que es el ente encargado de proveer a la población un sistema de atención integral de salud, así como la prevención y la promoción de salud. A pesar de que el país presenta un sistema de salud robusto y ser uno de los sistemas de salud más importantes de la región, un 57.7% de mujeres en edad reproductiva que tuvieron un parto entre 2016 y 2018, manifestaron haber tenido al menos un tipo de violencia obstétrica

e inclusive después del parto y antes del egreso hospitalario se evidenciaban otros tipos de violencia obstétrica entre esas pacientes.<sup>3,4</sup>

Por lo tanto, este trabajo se realiza con el fin de hacer un análisis sobre los avances y buenas prácticas médicas que se han implementado en países como Argentina, México y Venezuela y de cómo estos avances, junto con leyes que buscan ayudar a estas pacientes, nos pueden ayudar a nosotros como país en buscar darle una mejor ayuda y un acompañamiento más humanizado a esta población que se ha visto expuestas a los diferentes tipos de violencia a lo largo de su vida y que no tengan que pasar por nada de esto en un momento tan vulnerable e importante en la vida de ellas como es el momento del embarazo, parto y postparto y entonces así, buscar garantizarles a ellas un espacio digno y seguro para con ellas.

## 1.2 Planteamiento del problema:

La violencia obstétrica (VO) es una situación que afecta a las mujeres gestantes alrededor del mundo, lo que las expone a ellas a malos tratos dentro de los centros de salud durante todo el desarrollo del embarazo, parto y postparto, llevando esto a que estas pacientes o sus hijos puedan llegar a sufrir de alguna afectación tanto física como psicológica en el momento de la consulta o su estancia hospitalaria.

En el ámbito internacional, en un contexto mucho más cercano a nosotros dentro de América Latina, tanto Argentina, México y Venezuela han sido de los países pioneros en este tema, siendo Argentina y Venezuela países que ya han presentado una legislación al respecto, donde la legislación venezolana dice textualmente:

*“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”.*

Según la definición del sociólogo y salubrista Eugenio Fuentes Rodríguez, en Costa Rica el término de violencia obstétrica es un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio del poder, donde este tipo de violencia significa para la mujer la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, afectando así los derechos de igualdad, no discriminación, integridad, dignidad, salud y autonomía reproductiva.<sup>4</sup>

Por lo tanto, visto que la Violencia Obstétrica es una problemática mundial y que países dentro de América Latina cada vez más están tomando medidas para combatirla y teniendo claro que Costa Rica cuenta con uno de los mejores sistemas de salud del área, surge la pregunta de ¿cuáles son los avances y las buenas prácticas médicas que han usado Argentina, México y Venezuela para combatir la Violencia Obstétrica, que puedan ser tomadas en cuenta para la implementación en el servicio de salud de Costa Rica y en la legislación nacional?

### **1.3 Objetivos:**

#### **1.3.1 Objetivo General:**

Analizar la evidencia científica sobre los avances en intervención y buenas prácticas médicas en la atención de la violencia obstétrica en Argentina, México y Venezuela, estableciendo su relación con las medidas implementadas en Costa Rica en los últimos 10 años.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

Describir los protocolos y normativas existentes en Argentina, México y Venezuela para la atención de la violencia obstétrica, recopilando información sobre su impacto en la calidad de atención a las pacientes.

Comparar los avances en buenas prácticas médicas para la prevención y atención de la violencia obstétrica en Argentina, México y Venezuela con las medidas implementadas en Costa Rica, identificando similitudes y diferencias en su aplicación.

Examinar la documentación existente sobre la posible aplicabilidad de estrategias utilizadas en Argentina, México y Venezuela dentro del contexto costarricense, considerando experiencias reportadas en la literatura científica.

#### **1.4 Justificación:**

La violencia contra la mujer es algo que se ha visto a lo largo de los años en todo el mundo de diferentes maneras, algo que de cierta forma se había “normalizado” y por lo que ellas han luchado para erradicar y que en vez de disminuir, parece que ha aumentado cada vez más, por lo que se ha considerado un problema de Salud, un tipo de violencia que han experimentado esta población es la violencia obstétrica, en la que ya no solo se ve afectada la mujer gestante sino que también, su hijo/a, provocándoles problemas físicos como psicológicos en su estancia en los diferentes centros de salud.

Como se puede observar, América Latina presenta diferentes problemas sociales y económicos, provocando así que los servicios de salud en los países que los conforman no siempre sean los mejores, tanto en infraestructura como en personal o equipo de primer nivel para garantizarle un servicio de calidad a todos los pacientes en las diferentes áreas de salud a lo largo de cada país.

Sin embargo, países importantes de la región, como Argentina, México y Venezuela, a lo largo de los últimos años han sido países que han optado por hacer un cambio en este tema de violencia contra la mujer, específicamente, más enfocada en violencia obstétrica, lo que los ha llevado a ser países pioneros en la implementación de políticas públicas para promover cambios en los servicios de salud para garantizarle un servicio mejor y más humanizado a estos pacientes.

A pesar de estos esfuerzos que han intentado implementar en los diferentes áreas mencionadas anteriormente, los cambios no han sido iguales en estos países, esto explicado por las diferentes situaciones sociales o económicas que atraviesa cada uno, así como el

enfoque que les han dado a la hora de abordar esta problemática y que no ha llevado a los mismos resultados.

Costa Rica como uno de los países mejor posicionados en cuanto a sistemas de salud de la región se refiere, la Caja Costarricense de Seguro Social que es el ente encargado de la prestación de servicios de salud del país y el encargado de velar por un modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sumado al conocimiento que tiene el país con respecto a la importancia hacia la mujer y más aún en su etapa de gestación, en su compromiso de brindarle un mejor servicio a ella y a su bebé han intentado implementar políticas públicas para respaldar y garantizarle estos servicios y buenas prácticas.

El enfoque del modelo de salud del país busca garantizarles a las pacientes desde el principio una captación temprana a la hora del embarazo, con el fin de empezar a brindarles una atención integral desde el primer momento, tratando de evitar así alguna complicación que pudiera llegar a presentarse a futuro garantizándoles un trato más humanizado y acorde a lo que ellas necesitan y su etapa de gestación así lo requiera.

El modelo del sistema de salud de Costa Rica termina siendo un ejemplo a seguir dentro de la región, ya que es un modelo público, que tiene como principios fundamentales la universalidad, algo que lo convierte en un modelo especial, ya que le brinda servicios de salud a toda la población, sin importar la situación económica o social que estos tengan, también es un modelo que busca ser accesible para la población, equitativo ya que busca garantizarles un servicio de buena calidad sin importar la persona o las problemáticas que tenga.

El sistema de salud en nuestro país sufre una problemática en cuanto a sus médicos especialistas, diferencias que han provocado una fuga de estos del sector público hacia el sector privado, lo cual ha generado diferentes reacciones en la población, como lo es la saturación de los servicios de salud en las áreas de emergencia, listas de espera para procedimientos mucho más prolongadas o citas de consulta con un tiempo mayor a lo que se había estado acostumbrado.

Si bien es cierto, la problemática que vive el país afecta a toda la población, específicamente los del sector de salud público del país, pero este tipo de violencia es algo que puede ocurrirle a todas las mujeres independientemente si sea por consulta o internamiento público o privado, ya que a veces terminan siendo el mismo personal que las atiende en público y privado, con las mismas costumbres y malas prácticas médicas que se vuelven ajenas al establecimiento en el que se encuentre, provocándole así una incertidumbre a las mujeres sobre el médico en cuestión e incluso sintiéndose en riesgo ellas y él bebe, de poder sufrir algún tipo de violencia y creándole una inseguridad mayor a la madre.

Es importante entender también que los modelos de salud de los países en estudio son diferentes entre sí, ya que el modelo de salud de Costa Rica es público, con un enfoque más universal y con principios como lo son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que incluso ciertas poblaciones, como las mujeres gestantes, sin estar aseguradas el gobierno la incluye como parte de la población asegurada, para así brindarle una mejor calidad de atención y evitar posibles complicaciones ya sea a la mamá o a su hijo. A diferencia de esto, tenemos el modelo de salud como el de Argentina o México, que tienen un sistema de salud mixto, el cual presenta problemas como una desigualdad de recursos entre cada uno, así como diferencias en la infraestructura y provocando una diferencia de

calidad entre estos sectores. En Venezuela, por la crisis social y económica que atraviesa el país, la diferencia entre público y privado es mucho más marcada, volviéndose inaccesible el sector privado para la mayoría de la población y con una escasez de medicamentos o personal especializado que pueda ayudarle a la población.

Por lo tanto, como principal objetivo de esta investigación es analizar e indicar cuales son aquellas medidas y buenas prácticas médicas que se han venido desarrollando en países como Argentina, México y Venezuela, para brindar y garantizar un mejor servicio a esta población y el enfoque con el que han trabajado y él lo que han querido buscar con cada modificación que han hecho, para así poder compararlo con nuestro sistema de salud y las políticas públicas que se han hecho y las posibles propuestas por hacer en nuestro país para tratar de bajar las tasas de violencia en estas poblaciones y evitar las diferentes acciones legales que esto pueda provocar, pero más importante aún, evitar un daño permanente a estas pacientes y sus hijos o, en un caso peor, la muerte de alguno de los dos.

## **1.5 Antecedentes:**

### **1.5.1 Antecedentes Históricos:**

Arguedas Ramírez (2016) en Costa Rica realizó un ensayo cuyo tema fue: “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”, el objetivo de dicho trabajo se centró en una investigar el poder obstétrico como una forma de poder disciplinario, el cual se ejerce sobre los cuerpos de las pacientes convirtiéndolo así en violencia obstétrica en nuestro país.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, basada en testimonios de pacientes que han experimentado algún tipo de violencia obstétrica, dicho trabajo fue basado en una investigación anterior de la misma autora en Costa Rica y que tuvo apoyo del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) y la Universidad de Costa Rica (UCR).

Este antecedente aporta a la presente investigación datos como la forma de conceptualizar el término de poder obstétrico como uno de los principales causantes o detonantes en violencia obstétrica, así como la exposición de los casos de pacientes que tuvieron diferentes experiencias relacionadas a violencia obstétrica, cada experiencia de forma aislada a la de otra paciente y como se llega hasta en un punto a “normalizar” dicho problema y busca la implementación de nuevas políticas públicas en pro de esta población y de brindarle las herramientas a las mujeres, buscando que se les respete sus derechos.

Robles Murillo (2015) en Costa Rica realizó un artículo cuyo tema fue: “Violencia obstétrica: una forma de violencia invisibilizada contra las mujeres”. Un trabajo de

investigación desarrollado como parte de las obligaciones evaluativas de una de sus asignaciones académicas de la carrera, con el objetivo de visibilizar otras manifestaciones de violencia contra la mujer con el objetivo de problematizarlas y a su vez, eliminarlas.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, el cual se intentaban profundizar en las respuestas que brindaban las pacientes, con el objetivo de analizar la realidad social en su totalidad, comprendiendo que existen diferentes maneras de hacerlo.

Este antecedente aporta a la presente investigación una comprensión de la violencia obstétrica como una problemática estructural, una problemática donde hay muchos factores que llevan a la violencia obstétrica y las diferentes formas de provocarla, así como la exposición de las diferentes características de la mujer que puede llevar a que se produzca dicha violencia, como la edad, la condición socioeconómica, etnia o nacionalidad.

Salazar Aguilera y Torres Blanco (2018), en Costa Rica, realizaron una tesis final de grado, para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social, cuyo tema fue: “Condiciones sociopolíticas existentes para la elaboración de una política que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos”. Trabajo de investigación desarrollado con el objetivo de analizar las condiciones sociopolíticas que se evidencian desde el discurso, acciones y omisiones del Colegio de Trabajadores Sociales, Asociación de Ginecología y Obstetricia. Colegio de Enfermeras y colectivos de lucha organizados, con el fin de elaborar una política pública que intervenga en la violencia obstétrica del país.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, tomando en cuenta los puntos de vista de instituciones como el Colegio de Trabajadoras Sociales, Asociación de Ginecología y Obstetricia, entre otros mencionados anteriormente y la búsqueda de ayuda o apoyo para la formulación de políticas públicas para garantizarle a las pacientes un respeto a sus derechos humanos.

Este antecedente aporta a la presente investigación un análisis de las condiciones sociopolíticas que influyen en la posible creación de una política pública para intervenir en la violencia obstétrica del país.

Chinchilla Alvarado (2019) en Costa Rica, realizó un trabajo final de tesis para optar por el grado de Maestría Académica en Comunicación y Desarrollo, cuyo tema fue: “De “mejorarse” a “dar a luz”. Con el objetivo de analizar el discurso del Movimiento Costarricense por el parto Humanizado o Respetado (MCPH/R), buscando comprender el fin de este movimiento y por lo que luchan.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, tomando en cuenta que lo más importante es entender que el parto no lo tenemos que ver solo como un acto biológico, sino como un fenómeno sociopolítico y cultural. También busca sensibilizar a la sociedad y promover unas buenas prácticas médicas y tratos más humanizados con esta población.

Este antecedente aporta a la presente investigación una muestra de lo que se busca hacer, de promover una sensibilización para con estas pacientes directamente y buscar tratos y formas más humanizadas que no vayan a poner en riesgo la vida de ambos.

Barrera Gutiérrez y Días Gamboa (2018) en Colombia, realizaron una investigación cuyo tema fue: “Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas”, esto con el fin de estudiar la historia de la violencia obstétrica.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, buscando un concepto o definición de violencia obstétrica, analizando los diferentes factores que contribuyeron a la aparición de este tipo de violencia, haciendo un análisis sobre la historia de la violencia obstétrica y su evolución y la influencia que ha tenido en las mujeres.

Este antecedente aporta a la presente investigación un análisis profundo y crítico sobre la historia de la violencia obstétrica, haciendo un recorrido por todos los factores que han influenciado en esto, así como las prácticas médicas que han prevalecido en la historia provocando que no se respeten los derechos de las mujeres en su etapa de gestación, hasta el momento del parto e incluso, postparto.

Al Adib Mendiri, Ibáñez Bernáldez, Casado Blanco y Santos Redondo (2017), en Costa Rica, realizaron una investigación cuyo tema fue: “La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer”, con el fin de analizar la violencia obstétrica como un tipo de violencia hacia la mujer y como una violación a los derechos humanos.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque de revisión bibliográfica, en el que se analizara la violencia obstétrica como forma de violencia contra las mujeres y una forma de violación de los derechos humanos, mostrando como estos llegan a ser vulnerados e ignorados por falta de interés de las personas a las que se le reporta.

Este antecedente aporta a la presente investigación una perspectiva desde el ámbito legal de uno de los tipos de violencia a los que puede ser expuesta una mujer, de cómo pueden ser vulneradas sus derechos a tal punto de llegar a ser ignorados o invisibilizados.

Arguedas Ramírez (2014), en Costa Rica, realizó un artículo de investigación cuyo tema fue “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, con el fin de explicar un poco más qué se entiende como violencia obstétrica y cómo nace este tipo de violencia.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, en el que su principal objetivo fue teorizar sobre la violencia obstétrica a partir de la experiencia en Costa Rica, proponiendo un concepto que en su principio fue novedoso como el poder obstétrico, por lo que abunda más en el tema y busca hacer un análisis de la problemática en estudio.

Este antecedente aporta a la presente investigación qué se entiende como violencia obstétrica y de cómo nace este término y cómo se manifiesta, así como un análisis más crítico de este problema mediante el concepto teórico de poder obstétrico y cómo se enlaza con la violencia obstétrica.

Lafaurie Villamil, Rubio León, Perdomo Rubio y Cañón Crespo (2019), en Colombia, realizaron un artículo de investigación, cuyo tema fue: “La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina”, con el fin de poner en el escenario la violencia obstétrica, su definición y sus orígenes.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, haciendo un análisis sobre los estudios previos sobre violencia obstétrica, buscando una definición sobre la violencia obstétrica y lo que ocurre en América Latina.

Este antecedente aporta a la presente investigación entender más a fondo el concepto de violencia obstétrica y poner más en contexto las realidades que se viven en América Latina con respecto a este tema, así como buscar un cambio en los sistemas de salud y la forma de preparar a los profesionales de salud para que tengan un trato más humanizado y erradicar todas las formas posibles de violencia obstétrica.

Bellón Sánchez (2015) en España, realizó una investigación cuyo tema fue: “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y biopolítica”, que tuvo como objetivo entender la complejidad del fenómeno conocido como violencia obstétrica.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, en el que explora conceptos como biopoder, medicalización y conocimiento autorizado para explicar como la violencia obstétrica se mantiene como práctica constitucional y utiliza enfoques y estudios de género, filosofía, sociología médica y biopolítica para contextualizarlo.

Este antecedente aporta a la presente investigación entender como hoy este tipo de violencia se mantiene como una práctica institucional dentro de los centros de salud de ese país y de cómo el personal de salud, por el biopoder que piensan tener y que terminan vulnerando los derechos de las mujeres.

Campos Calvo (2018) realizó una publicación de un artículo en la Revista Judicial, del Poder Judicial de Costa Rica, cuyo tema fue: “Violencia obstétrica y su abordaje constitucional en Costa Rica”, con el fin de exponer la gran relevancia que ha tomado el

termino de violencia obstétrica en el país, señalando pronunciamientos que la Sala Constitucional ha permitido en el año 2015.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, con el objetivo de analizar el término de violencia obstétrica del país, desde una perspectiva constitucional y de los derechos humanos de Costa Rica.

Este antecedente aporta a la presente investigación entender un poco más del ámbito legal que rodea este término, ya que es un tipo de violencia a la mujer y del niño, buscando protegerlos a ambos, pero también dando a entender la necesidad de la realización de nuevas reformas en el sector salud garantizarles el respeto de sus derechos en este tipo de situaciones.

Chaves Courtois y Sánchez Maya (2018), realizaron una publicación de un artículo en la Revista del Colegio de San Luis, Ciudad de México, cuyo tema fue: “Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género”, con el fin de ver la relación entre la práctica de la violencia obstétrica y la morbilidad materna.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, con el objetivo de entender cómo la violencia obstétrica afecta a la salud materna y cómo esto se manifiesta como tipo de violencia de género en mujeres indígenas.

Este antecedente aporta a la presente investigación a ver cómo las diferentes formas de violencia obstétrica tienen como factores principales el control del proceso de parto, con relación del poder del médico sobre la paciente.

De la Fuente Martín (2018) realizó un trabajo final de grado en España cuyo tema fue “La violencia obstétrica”, con el objetivo de analizar la violencia obstétrica desde el género, salud, biopoder y marco legal.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque de revisión bibliográfica, en donde se mostraba la disconformidad de las mujeres en la atención a la hora del parto y la posterior afectación a su salud y cómo puede combatirlo dado a su complejidad debido a la normalización del tema.

Este antecedente aporta a la presente investigación la forma de ver la realidad en España de la violencia obstétrica, de cómo se trata de erradicar y las complicaciones que se tiene a la hora de combatirla por el tema de la normalización en la que el personal de salud llega a tomar este tipo de problemática.

Da Silva Carvalho y Santana Brito (2017), un artículo de Brasil cuyo tema fue: “Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal” buscaba identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por madres con un parto normal.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, el cual fue desarrollado con treinta y cinco pacientes en dos maternidades públicas de la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte en Brasil que tuvieron un parto natural, con un niño vivo y en condiciones tanto físicas como emocionales para responder las preguntas que los autores le plantearon.

Este antecedente aporta a la presente investigación a ver que independientemente del modelo del parto, ya sea natural o por cesárea, las pacientes no deberían de atravesar por ningún tipo de violencia por parte del personal de salud, el cual sus funciones principales deberían ser garantizarles un trato decente y de calidad en un ambiente de respeto a las pacientes y sus hijos.

Jojoa Tobar, Cuchumbe Sánchez, Ledesma Rengifo, Muñoz Mosquera, Paja Campo y Suárez Bravo (2019), elaboraron un artículo científico en Colombia, cuyo nombre fue “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible”, el cual tenía como principal objetivo caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, donde se vieron a dieciséis mujeres con experiencias obstétricas menores a dos años que asistieron a diferentes centros en Colombia como hogares de Familia, Mujer e Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la ciudad de Popayán en el 2016.

Este antecedente aporta a la presente investigación la observación de una realidad de desconocimiento de sus derechos por parte de las pacientes en estudio o la naturalización o normalización de los actos y los diferentes tipos de violencia obstétrica y la forma de erradicarlas por parte del personal de salud.

Faneite, Feo y Toro Merlo (2012), en un artículo científico publicada en la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, cuyo tema fue “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud”, tenía como principal objetivo el determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, donde se realizó una encuesta a quinientas personas trabajadoras de salud que laboraran en el área obstétrica en los diferentes centros en el 2010.

Este antecedente aporta a la presente investigación la definición del término de violencia obstétrica, el consentimiento informado que tienen estas pacientes, así como los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres.

### **1.5.2 Antecedentes internacionales:**

Ministerio de Salud Pública (2023) en Ecuador, realizó una manual cuyo tema fue “Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, con el fin de ver los avances a nivel internacional y nacional en relación con los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, así como derecho a la integridad personal entre otros”.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo con el objetivo de proporcionarle al personal de salud las herramientas para brindar una atención gineco-obstétrica integral, oportuna y de calidad, para prevenir prácticas o procedimientos que puedan vulnerar los derechos de las pacientes.

Este antecedente aporta a la presente investigación un conocimiento más amplio de las prácticas médicas y las herramientas que se buscan implementar en un país de América latina para buscar erradicar este tipo de violencia, buscando promover el respeto y la humanización en cada decisión que se tenga ante estas pacientes.

Alcocer Ortega, Saltos Rojas, Barba Bailón y Martínez (2021), en un artículo publicado en la Revista de Ciencias de la Salud “más VITA”, cuyo tema fue “Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha, año 2020”, cuyo objetivo era analizar la percepción de los profesionales de salud sobre la violencia obstétrica, para determinar tanto la difusión del fenómeno como el nivel de normalización de unas prácticas violentas y humillantes en profesionales de salud que se forman y actúan en el sistema nacional ecuatoriano.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, el cual fue llevado a cabo con la consulta de fuentes secundarias y entrevistas, dando a entender que a

pesar de las diferentes acciones que se han tomado, así como buenas prácticas que se han intentado implementar, la violencia obstétrica sigue siendo un problema en los centros de salud y se sigue normalizando.

Este antecedente aporta a la presente investigación sobre cómo las prácticas médicas se concentran en el maltrato físico, las maniobras inadecuadas y maltratos psicológicos como discriminación, gritos y juicios de valor y que en el momento de la investigación no había un protocolo para combatirla.

Mazuera Ayala (2021) en Colombia, realizó un artículo de investigación, cuyo tema fue “Violencia obstétrica”, cuyo objetivo era analizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que actúa en orden de la violencia y discriminación estructural de la mujer en Colombia.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, aplicado sobre los elementos clínicos, legales y científicos que buscaban ver las implicaciones de las acciones discriminatorias y violatorias de los derechos contra las mujeres gestantes en los centros de salud del país con interrelaciones con instituciones como legales o políticas.

Este antecedente aporta a la presente investigación por qué la violencia obstétrica no es algo que se pueda limitar a la sala de parto, sino que tiene que ver con la discriminación e injusticia social que tiene se ve transgredida por el ordenamiento patriarcal que atentan directamente contra la dignidad de la vida de la mujer gestante como de su hijo.

Poo, Gallardo, Herrera-Contreras y Baeza (2021), presentaron un artículo en la revista chilena de obstetricia y ginecología, cuyo tema fue “Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco”, esto con el fin de

caracterizar las diferentes representaciones de violencia obstétrica impartidas por los profesionales matronas de la ciudad de Temuco.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, entrevistando a nueve matronas, haciendo un análisis de dichas entrevistas, donde se llegó a ver que la violencia obstétrica es una conducta de maltrato ejercida por acción u omisión y puede ser tanto física como verbal.

Este antecedente aporta a la presente investigación la comprensión de la violencia obstétrica desde la visión de quienes podrían ejercerla, de cómo brindarle un apoyo a los profesionales de la salud para que cuenten con las herramientas y la formación necesarias para la prevención de más casos de violencia obstétrica.

Iglesias Ortuño (2023), en un artículo publicado en el Perfil Latinoamericano en México, realizó un trabajo de investigación cuyo tema fue: “Percepción de la violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano, estudio de caso”, con el fin de identificar los principales elementos retóricos sobre la violencia obstetra, proceso desde el respeto, trato, poder y bienestar reproductivo sobre un caso real.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, con el objetivo de identificar la percepción de los principales elementos de la biónica obstetra desde el enfoque de un caso en México, para definir las características del proceso del parto, posparto y lactancia y las consecuencias de la violencia obstétrica hacia esta paciente en estudio.

Este antecedente aporta a la presente investigación la definición de bienestar reproductivo como la posibilidad de satisfacción consciente, activo y pleno del proceso obstétrico,

brindando una planificación, estación, parto, puerperio y lactancia, entendiendo, según el caso en estudio de que la paciente menciona como algo que tiene que terminar siendo individualizado y que depende muchos factores o necesidades que llevan a una violencia obstetra.

Massó Guijarro (2023), un artículo realizado en España, cuyo tema fue “La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa”, abordando así el concepto de violencia obstétrica, dándole la importancia a América Latina como pioneros sobre el tema y los avances que ha tenido, tanto sistémico como biopolítico.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, que buscaba como objetivo el análisis de la violencia obstétrica como una forma de injusticia epistémica, o sea, un sistema que silencia o deslegitima el conocimiento y las experiencias de las mujeres en el parto.

Este antecedente aporta a la presente investigación la formulación de la violencia obstétrica como forma de injusticia epistémica, el cual se encarga de negar la credibilidad a las experiencias que fueron sometidas las mujeres durante el parto, desvalorizando los sentimientos que pudieron tener en el momento, así como el biopoder que se crea a los profesionales de salud especializados en el tema para controlar los cuerpos de estas pacientes.

### **1.5.3 Antecedentes nacionales:**

Araya Carvajal (2022), en un trabajo de Tesis para optar por el grado de Maestría en Estudios Contemporáneos en América Latina en Costa Rica, cuyo tema fue “El cuerpo y la salud de las mujeres en el discurso medico latinoamericano. El caso de Costa Rica (1896-

1918), el cual se desarrolló con base al análisis del discurso médico sobre la salud física y mental de las mujeres en el período entre 1896 y 1918.

La metodología con la que se realizó el trabajo fue con un enfoque cualitativo, cuyo objetivo era analizar las representaciones sociales respecto a la salud mental de las mujeres presentes en el discurso médico costarricense en el período comprendido entre 1896 y 1918.

Este antecedente aporta a la presente investigación la forma en la que en esos años se veía a la mujer desde la perspectiva médica, entendiendo que para ese momento eran los hombres los que mayoritariamente se graduaban para dicha profesión, así como el aporte de esas prácticas y poderes que se atribuyeron desde ese momento los médicos hacia una parte de la población que era vista como más indefensa e influyó a lo que hoy conocemos como violencia obstétrica.

## **CAPÍTULO II-MARCO TEÓRICO**

## 2.1 ¿Qué es la violencia?

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la violencia se define como "el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que tenga como resultado o una alta probabilidad de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones"<sup>5</sup>. Es una definición que va más allá del concepto tradicional de violencia, que solía entenderse únicamente como agresiones físicas evidentes, sino también como el uso desproporcionado del poder, las amenazas o la omisión sistemática de los derechos humanos.

Teniendo en claro la definición anterior dada por la OPS, la violencia no solo es aquella que se produce por algún tipo de uso de fuerza o que sea físicamente hacia una persona, sino que la define también como el poder real o amenaza contra uno mismo o una persona, grupo o comunidad que pueda llevar a diferentes situaciones, por lo que se vuelve importante entender que el uso de poder desmedido o usado de una forma tal que se violente los derechos de las otras personas sin importar lo que piensen también es considerado como violencia y es de ahí donde podemos ligar el término de violencia obstétrica.

Según datos de la OPS, aproximadamente 500 personas mueren cada día en las Américas como consecuencia de la violencia interpersonal, y la región presenta una de las tasas de homicidios más altas del mundo, casi tres veces por encima del promedio global<sup>5</sup>. Estos datos reflejan el impacto de la violencia en la salud colectiva y refuerzan la necesidad de abordarla de una manera integral desde el sistema de salud, como lo es reconocer y erradicar prácticas violentas en un entorno clínico como la violencia obstétrica, es clave para garantizarle la

calidad de la atención médica, el respeto por los derechos humanos y la seguridad a las pacientes, especialmente a aquellas mujeres en un estado de embarazo, parto y postparto y un acompañamiento más humanizado por parte de las instituciones nacionales y los colaboradores de salud de dichos centros.

Figura 1. Datos y Estadísticas mundiales sobre la violencia



Fuente: Los orígenes de la violencia [Internet]. UNESCO. 2020 [cited 2025 Feb 19]. Available from: <https://courier.unesco.org/es/articulos/los-origenes-de-la-violencia> <sup>5</sup>.

## 2.2 Historia de la Violencia

Para analizar la historia de la violencia, tenemos que irnos unas épocas atrás, aproximadamente desde la prehistoria, donde los arqueólogos e investigadores han tratado de investigar los comportamientos que tenían las sociedades humanas de esas épocas y así, poder ver si tenían indicadores de haber sido víctimas de violencia y determinar cuáles fueron los primeros actos descritos en la historia.

A partir de diferentes estudios, se logró determinar que las primeras demostraciones de violencia en la historia de la humanidad son las resultantes de la práctica del canibalismo, estudios de las partes óseas humanas del Paleolítico se observaron indicios de

desarticulaciones, descarnaduras, fracturas y calcinaciones de cuerpos, todo esto hace aproximadamente 780.000 años en un estudio en España.

De todo esto, el estudio de centenares de restos óseos humanos con una antigüedad de al menos 12.000 años solamente se pudo identificar que al menos una docena de casos de muertes producidas por impactos de proyectiles o golpes asestados en la cabeza, por lo que se planteaba la idea de si realmente eran heridas de accidentes o de actos de violencia por algún conflicto entre personas, grupos o comunidades. Por lo tanto, es difícil llegar a la conclusión de que fueron víctimas de una muerte violenta porque existía la posibilidad de que los huesos en estudio pertenecieran a personas que en el momento de su muerte recibieron algún tipo de tratamiento funerario especial y por eso tenían ese tipo de lesiones.

La violencia colectiva surge al parecer en el Cercano Oriente, con la sedentarización de comunidades humanas hacia finales del Paleolítico, unos 13.000 años de antigüedad, con la diferencia general de que estos eran individuos aislados o grupos reducidos de personas. Este estudio se hizo en la necrópolis del Jebel Sahaba, ubicada a la derecha del río Nilo, cerca de la frontera septentrional del Sudan con Egipto, donde se exhumaron fosas con 59 esqueletos de hombres, mujeres y niños de edad de fallecidos de al menos 14.340 y 13.140 años atrás. El estudio reveló que la mitad de esas personas tuvieron una muerte violenta por golpes sobre su cabeza, pedradas y perforaciones con lanzas, que incluso fueron encontradas clavadas en algunos cuerpos.<sup>5</sup>

Las huellas de actos de violencia son más frecuentes en el período Neolítico, caracterizado por numerosas transformaciones de diversa índole en los siguientes aspectos: medioambiental, económico, social y religioso. Los restos humanos estudiados en este momento eran cuerpos con una antigüedad entre 8000 y 6500 años, lo cual mostraban la

existencia de conflictos dentro de poblados y entre ellos, encontrándose así fragmentos de cerámicas en los cuerpos e impactos de armas usadas en su contra como los flechazos. Se cree que los cuerpos de las personas fueron víctimas de crisis demográficas, epidemiológicas o de gobernanza. Parte de los principales conflictos en esta época se dio al avance en la forma de vivir, personas que pasaron de ser nómadas a ser personas con asentamientos, de ser cazadores para practicar los inicios de la agricultura y ganadería, naciendo así la idea de propiedad y las desigualdades que esto llevaba, por lo que generaba codicia entre las personas de la comunidad, llevando así a luchas internas y conflictos por la obtención de esos recursos.

Por lo tanto, la violencia no es algo que esté dentro de las personas como algo normal, sino que es algo que responde a factores históricos y sociales, viéndose como algo cultural que según los datos explicados anteriormente, es algo que viene desde ya hace muchos años y que se intentó normalizar o integrar a la normalidad de la vida diaria y que cada día que pasa podemos darnos cuenta de los nuevos tipos de violencia que existen, así como el impacto que ha tenido en la sociedad de hoy y que en vez de ver los resultados que estos estudios dejan, la violencia cada día que pasa sigue en aumento y parece ser que es algo de nunca acabar y que se expande al redor del mundo y se ha convertido en algo que no respeta edad, genero, sexo, raza o etnia. <sup>5</sup>

Por su parte, llega la violencia obstétrica, la cual es una forma de violencia contra la mujer, en donde el género ha sido esencial en la conceptualización, donde se entiende como toda agresión que es dirigida hacia el género femenino causada por un personal de salud ejercida por un varón o mujer, donde se caracteriza por la desventaja en las relaciones de poder. <sup>6</sup>

## **2.3 Historia Internacional de la Violencia Obstétrica**

El concepto de violencia obstétrica aparece por primera vez en una publicación inglesa a principios del siglo XIX, en el que se denunciaban las terribles prácticas a las que eran sometidas las mujeres embarazadas de esa época, pero fue hasta el siglo XX cuando se utilizó el concepto de parto violento o forzado, ya que el Dr. Françoise Mauriceau enfatizó en los partos donde se realizaba ruptura de membranas y se realizaba una dilatación forzada del cuello uterino para conseguir así un parto precipitado.

A pesar de que fue en esos siglos donde empezó a describirse estos actos de violencia como violencia obstétrica, fue hasta 1985 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las primeras recomendaciones sobre el nacimiento, llamado “Appropriate Technology of Birth”, la cual puso en los derechos que tiene la mujer a una atención prenatal adecuada y tiene un papel central en los aspectos de su atención con el objetivo de disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y ofrecerle a la mujer un cuidado digno y respetuoso.

En 2011 la OMS emitió la “Declaración para la prevención y Erradicación de la falta de Respeto y Maltrato durante la atención del Parto en los Centros de Salud”, posteriormente en 2014 reconocen que, en el mundo, muchas mujeres sufren de un trato de forma irrespetuosa, negligente y ofensivo durante el parto, violando así los derechos a un trato y una atención digna y respetuosa. Para el 2018 emitieron las “Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, esto incluye dar a luz a un bebé en un ambiente sano y seguro desde todo punto de vista, así como la importancia para la mujer poder contar en ese momento con el apoyo práctico y emocional continuo durante la labor.

En el año 2007, Venezuela fue el primer país en América Latina en tipificar la violencia obstétrica como un delito, bajo la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en sus artículos 15 y 51 respectivamente. Argentina también quiso seguir los pasos de Venezuela, específicamente en el año 2009, gracias a la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y también le da una definición a la violencia obstétrica como “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 procesos naturales”.

En México, en el año 2007 como parte de la Estrategia Integral para la prevención y atención de la violencia de género, los estados de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas fueron pioneros en la reglamentación de la violencia obstétrica.

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo una pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.<sup>6</sup>

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2017, en su análisis sobre la Encuesta de la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (ENDIREH), en el 2016 incluían 12 variables de violencia obstétrica.<sup>7</sup>

Figura 2. Etapas de la atención obstétrica que podrían generar violencia obstétrica

Tipo de violencia	Ante-parto	Durante el parto	Postparto
<b>Física</b>	<p>Suministro de medicamentos no justificados o autorizados:</p> <p>Maduración cervical, inductores de maduración pulmonar, inductores de actividad uterina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas médicas invasivas: Aplicación de fórceps, cesárea no justificada, episiotomía innecesaria, etc.).</li> <li>• Suministro de medicamentos no justificados o autorizados: inductores de actividad uterina, uterotónicos, etc.).</li> </ul>	<p>Prácticas médicas invasivas:</p> <p>Métodos de planificación familiar no autorizados.</p>
<b>Psicológica</b>	<p>Trato deshumanizado, grosero, burlón, discriminatorio o humillante, al solicitar información o durante la atención obstétrica.</p>	<p>La omisión en la información o la falta de transparencia activa en el deber de informar a la mujer y/o a sus familiares de una forma comprensible y adecuada por el personal de salud respecto de las decisiones que se van tomando durante la atención obstétrica.</p>	<p>Trato impositivo en la toma de decisiones.</p>

Fuente: Arteaga Gómez AC, Gorbea Chávez V, Reyes Muñoz E, Castro Llamas J, Pimentel Nieto D.

Implementación del Seminario en Bioética para las Buenas Prácticas clínicas dirigido a médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología [Internet]. Instituto Nacional De Perinatología Isidro Espinoza De Los Reyes. INPer; Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782491/PRIMER\\_GRADO.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782491/PRIMER_GRADO.pdf) <sup>6</sup>.

Según Guerrero Sotelo, en su investigación menciona que,

Una de las definiciones más completas de VO procedente del Estado de México en cuyo artículo 27 Bis de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, parto, postparto o en emergencias obstétricas, lo que vulnera sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>8</sup>

En Argentina, durante los primeros años del nuevo milenio se empezaron paulatinamente a conformar en Buenos Aires las organizaciones dedicadas a la promoción

de los derechos sexuales y reproductivos, con la diferencia de que esta vez eran creados o conformados con el objetivo centrado en los procesos del embarazo y el parto más que en la lucha por el acceso al aborto como tal, consiguiendo así tener una personería jurídica en el año 2000 la Asociación Civil Dando a Luz, que fueron en ese mismo año las representantes en Argentina de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento y logrando que posteriormente 4 años después de su fundación, fueran convocadas para ser parte de los redactores de la Ley Nacional No. 25.929 Derechos de Padres e Hijos durante el Trabajo de Parto, mejor conocida como Ley de Parto Humanizado en dicho país, convirtiéndose así en una normativa pionera en la región.<sup>9</sup>

## **2.4 Historia Nacional de la Violencia Obstétrica**

Para brindar el servicio que ahorita recibe la población por parte del sector salud del país, el Estado tuvo que hacer grandes esfuerzos, como en el año 1890 por parte de la creación de la primera casa de maternidad Adolfo Carit para posteriormente en 1922 pasar a llamarse Maternidad Carit. En el año 1937 se creó la consulta prenatal atendida por enfermeras obstetras.

Seguidamente, en Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fundada en 1941, fue creada para ser el ente responsable de garantizar el derecho humano y constitucional de la salud mediante un estado tripartito, conformado por el Estado-patrono-trabajador, donde todos aportan los recursos al seguro social. Esto ha llevado a que nuestro sistema de Salud tenga índices de salud comparados con los de países desarrollados.

A mitad del siglo XX, la apertura de los servicios neonatales en el Hospital San Juan de Dios, en el año 1952, la consiguiente aumento de camas en el área de obstetricia en el

Hospital México en 1969, la creación de la primera Unidad de Medicina Materno-fetal en el Hospital Max Peralta en 1980, la Unidad de Medicina Materno-fetal en el Hospital Calderón Guardia en 1985 y por último la creación de posgrado en Medicina Materno-fetal en 1994.

En el año 1998, la preocupación en la CCSS por la mortalidad materno-infantil impulsó a las organizaciones de un Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil (SINAMI) y en 1999 se iniciaron las funciones del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna (SNEM), el ente encargado de la caracterización, seguimiento y evaluación de la atención de la salud materna.

En el país se cuenta con una cobertura alta de atención prenatal y a través del parto, dado que al menos un 93.9% de los partos se atiende en el sector público y solo un 5.2% en sector privado, con una tasa de mortalidad materna baja en los últimos 20 años. Hoy, según los datos de la CCSS, el país cuenta con 24 maternidades, ubicadas en hospitales y tres maternidades en centros Integrales de Atención en Salud, para un total de 27 alrededor del país y que para el 2014 se ofreciera un nivel de atención del 91% de las mujeres en embarazo y un 78% en el posparto.<sup>10</sup>

Una herramienta que fue utilizada para valorar los índices de violencia obstétrica en el país fue formulada por el sociólogo y salubrista Eugenio Fuentes Rodríguez que, por medio de encuestas realizadas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, que fue impulsada por el UNICEF y que en nuestro país fue nombrada Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia (EMNA).<sup>4</sup>

Según esta encuesta, se pudo evidenciar la magnitud de la violencia obstétrica en el país, la cual la podemos ver a continuación:

Figura 3. Porcentaje de mujeres que evidenciaron violencia obstétrica por provincia en el 2018



Fuente: Fuentes Rodríguez E. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COSTA RICA DESDE LA EVIDENCIA ESTADÍSTICA: Retos para la Gerencia de la Salud y la tutela de los derechos reproductivos [Internet]. Fondo de Población de Naciones Unidas. 2021 [cited 2025 Feb 9]. Available from: [https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa\\_rica.pdf](https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa_rica.pdf) <sup>4</sup>.

## 2.1 Definición de violencia obstétrica

La definición de violencia obstétrica es un término que, a pesar de que varios países de la región han venido trabajando para combatirla y tratar de erradicar ciertas prácticas, no se ha logrado definir un concepto como tal, que sea único dentro de las instituciones defensoras de los derechos humanos y específicamente los derechos reproductivos de las mujeres y que sean incluidas a nivel mundial.

Dicho lo anterior, podemos presentar las diferentes tipos de definiciones de VO en los principales países que buscan regular y realizar una legislación contra el personal de salud o personas afines que se encuentren prestando los servicios en centros de salud tanto públicos como privados.

Según Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, la definición de la violencia obstétrica, textualmente dicen que,

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Incluye actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves. Esta violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones.<sup>11</sup>

Entendiendo esto, según la violencia obstétrica se considera una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer, derechos que han sido invisibilizados o normalizados por parte de los trabajadores del sector salud.

A pesar de que este término es algo nuevo dentro de la práctica médica, ha permanecido oculta por muchos años, incluso considerándose como un tema “tabú”, por los profesionales de salud, aunque ahora se maneje sobre este término conocido como violencia obstétrica y que gracias a las redes sociales y diversas formas de expresión y que son más abiertas al público, terminan teniendo un mayor impacto y ser vistas desde otra perspectiva, las formas en las que estas pacientes son atendidas o la forma en la que son violentados sus derechos de distintas formas, exponiendo aún más el termino y levantando de cierta forma,

la voz en contra de estas acciones y manifestándose contra el trato recibido y viralizándolo para que otras personas puedan unirse a su forma de manifestarse o incluso, ser escuchadas.<sup>11</sup>

Según la OMS señala que muchas mujeres sufren o han sufrido algún tipo de violencia en los establecimientos de salud durante el parto, por lo que estas pacientes tienen el derecho a tener cuidados de su salud, además de que merecen una atención digna, respetuosa durante el embarazo, parto y postparto y no a sufrir violencia ni ningún tipo de discriminación.

En el año 2019, la Relatora de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), definía VO como aquella violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los establecimientos de salud, sin embargo, reconoce que es una definición que no es utilizada de la misma forma en el resto de las organizaciones internacionales relacionadas con los derechos humanos.<sup>12</sup>

En Ecuador, la violencia obstétrica la definen como aquella acción u omisión que limite al derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos, la cual es expresada a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas sin consentimiento o la violación del secreto profesional, alteración del proceso natural del parto, esterilización forzada o la incapacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.<sup>13</sup>

En Chile por su parte, este tipo de violencia es definida como la vulneración y apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud, esto por medio de prácticas que implican la excesiva intervención médica durante el proceso de embarazo, parto y postparto, produciéndole a las mujeres una pérdida de autonomía y afectando así la calidad de vida de las mismas.<sup>14</sup>

Prácticas que se derivan de la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos, dos términos que se definen como, medicalización a la excesiva intervención médica durante el proceso de embarazo, parto y postparto y la patologización por su parte, al efecto peligroso de convertir al proceso materno y postparto en una enfermedad como tal.<sup>15</sup>

En Argentina se definió el concepto de Violencia Obstétrica en el año 2009 dentro de la Ley No. 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, la cual decía que este tipo de violencia es una modalidad en la cual el personal de salud ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.<sup>16</sup>

Por su parte, en México el Instituto Nacional de la Salud Pública define el término de VO como una forma específica de violencia, la cual es ejercida por profesionales de salud, predominantemente médicos y enfermeros y que es dirigida hacia las mujeres que se encuentren en su período de embarazo, parto y postparto.<sup>17</sup>

En Venezuela, el país que fue pionero y que fue una revolución para los demás países ya que fue el primero en crear una legislación en la cual se incluía este tipo de violencia contra las mujeres, definía que es un tipo de violencia que incluye cualquier acción que produzca efectos negativos tanto físicos como psicológicos durante el proceso del parto, todo esto producto de un trato deshumanizado que surge por el personal de salud, provocando una desigualdad en el cumplimiento de los derechos de la mujer embarazada.<sup>18</sup>

En nuestro país Costa Rica, existe una falta de definición precisa para el término de violencia obstétrica, sin embargo, se puede definir como la violencia ejercida por los

profesionales de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y que incluso, puede ir más allá, porque se tocan temas que están relacionadas a una mala atención incluso después de una pérdida y duelo del recién nacido y la falta de atención médica y psicológica en estos casos.<sup>19</sup>

## **2.2 Tipos de violencia obstétrica**

### **2.2.1 Violencia Obstétrica Física**

Entendemos por violencia obstétrica física a la acción o procedimiento no imprescindible en la atención médica, que no esté clínicamente justificado o que sea realizado sin algún tipo de consentimiento hacia la paciente.

Es importante entender también que parte de la VO no tiene que ser siempre el que el médico o el personal de salud especializado a cargo de ella realice alguna acción, sino que también la negligencia hacia las necesidades, el trato deshumanizado hacia el dolor que puedan estar sintiendo estas pacientes o la negación de tratamiento también se incluye como violencia obstétrica, ya que se le siguen violentando sus derechos a una atención de calidad como lo merece y es ahí, donde parte del problema radica, ya que el personal de salud piensa que el no hacer nada se está librando de cierta forma de ser expuesto a una acusación de violencia obstétrica, sin embargo, la negligencia o falta de empatía hacia la paciente nos puede llegar a meter en problemas también.

Dentro de las intervenciones no recomendadas por la OMS que hoy siguen realizándose sin tomar en cuenta las indicaciones o los problemas legales que esto pueda incurrir, se incluyen el uso de oxitocina en infusión intravenosa para inducir el parto, algo que se ha realizado de forma tradicional para la hora de estimular el trabajo de parto, ya que

si es usado en dosis muy altas puede producir una actividad uterina excesiva, el uso de enemas para ayudar a la dilatación, siendo este un procedimiento incómodo para las pacientes que ya suficiente incómodo es la hora del trabajo de parto y lo doloroso que esto puede llegar a ser y por último, las maniobras de Kristeller, que suelen indicarse cuando existe alguna sospecha de sufrimiento fetal, distocia o agotamiento materno, el cual consiste en presionar con las manos en el fondo uterino para evitar la prolongación de la segunda fase del trabajo de parto o recurrir a una cesárea.

Algunos procedimientos adicionales que se pueden incluir dentro del ejercicio de la violencia obstétrica y que son ejecutados normalmente sin el consentimiento previo de la paciente son la inducción del parto, la rotura de membranas, el parto asistido con Fórceps o extracción manual de la placenta.<sup>20</sup>

### **2.2.2 Violencia Obstétrica Psicológica**

Aparte de la violencia obstétrica de carácter físico que puedan vivir las pacientes, también se incluye la violencia de carácter psicológico, que está compuesta por comportamientos o actitudes de agresión de carácter sutil, lo que hace difícil demostrar el tipo de violencia recibido y que puede estar ligado a la violencia física, ser un aviso previo de la misma o ser independiente una de la otra.

Este tipo de violencia se subdivide en dos categorías: la 1) que es de origen verbal y el impedimento de las gestantes a expresarse, estas agresiones consisten en burlas, humillaciones, insultos, trato deshumanizado de sus necesidades, ignorar los temores o inquietudes que puedan llegar a tener y la 2) la omisión al derecho de información y autonomía en la toma de decisiones, tanto de su familia como la de ella misma a la hora del parto.

La violencia verbal también incluye una relación con la desigualdad en el marco de la atención médica entre el paciente y el profesional de salud, algo que no solo ocurre en este tipo de situaciones, sino que ocurre a lo largo de todas las consultas médicas y que es algo que se tiene que corregir y cambiar, como lo es la comunicación efectiva o clara con los pacientes, esto a que muchas veces como médicos nos acostumbramos a hablar con tecnicismos que a nosotros nos resultan familiares e incluso normales, sin embargo, para los pacientes, especialmente los que tengan ciertos problemas sociales como alfabetización en ciertas zonas o pobreza, son conceptos y términos que no van a entender y que, nosotros como médicos tratantes tenemos que vernos en la obligación de que el paciente esté enterado de las cosas, así como de los procedimientos o inquietudes.

Otra parte importante que incluye la VO de carácter psicológico es la prohibición de un acompañante en el establecimiento de salud durante el parto, no emitir un consentimiento informado o no informar sobre la evolución del proceso y del estado de salud del recién nacido o de ella, llevando así a la desinformación o rechazo injustificado a la opinión y sentir de las pacientes.<sup>20</sup>

### **2.3 Legislación internacional de los países en estudio**

Dentro del marco legal, es importante saber y entender los diferentes leyes públicas que empezaron a calificar el tema de violencia obstétrica y condenar los actos como tal, por lo que se busca investigar estas nuevas normativas desde la perspectiva de los países en estudio, como pioneros, para entender en lo que se basaron y tomar como base para el desarrollo de la legislación de Costa Rica.

Figura 4. Marco jurídico internacional en relación con la violencia obstétrica

Derecho	Artículos	Contenido y relación con objeto de estudio
Derecho a la salud.	"Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Art. 24, Convención sobre los Derechos del niño" (Galimberti, 2015, p.12).	Este derecho está referido a que cada persona tenga la posibilidad de que se le brinden las facilidades y herramientas necesarias para una buena calidad de vida. En términos de violencia obstétrica, este derecho es violentado en cuanto a que la salud se relaciona no solo a un estado físico de bienestar, sino que debe incluir todas las dimensiones que componen las personas, incluyendo los ámbitos mental y social, aspectos que comúnmente son ignorados dentro de la tecnocratización y medicalización que comprende la mirada biológica del parto.
Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas.	"Art.1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Art. 4, 5 y 7, CADH; Art. 6 y 9, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Art.6, Convención sobre los Derechos del Niño"	La búsqueda de la seguridad durante el proceso de embarazo, parto y puerperio velaría incluso por el cumplimiento de los derechos humanos más fundamentales, como los que aquí se denominan, reduciendo desde la mortalidad materna o infantil, hasta la violación a la dignidad personal y optando por garantizar un momento más seguro, tanto física como mentalmente.
	(Galimberti, 2015, pp.11-12).	
Derecho a la privacidad e intimidad.	"Art. 5 de la CADH, Art. 12 de la DUDH" (Belli, 2014, p. 31).	Estos artículos señalan que las personas tienen derecho al respeto y al reconocimiento de su dignidad, así como a la protección de faltas a la reputación. De este modo, Belli (2014), estipula que "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación..." (p.31). Por tanto, en cuanto a violencia obstétrica, este derecho se ve violentado con la exposición arbitraria del cuerpo femenino, o de cualquier práctica no consentida que irrumpa en la privacidad de las mujeres, relacionándose esto también con los dos derechos vistos anteriormente.
Derecho a la integridad personal.	"Art. 5 de la CADH" (Belli, 2014, p. 31)	Este derecho está relacionado a que la integridad física, psíquica y moral sea respetada. Por ello, "implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional" (Belli, 2014, p. 31). En cuanto al objeto de estudio de esta investigación refiere, este derecho se relaciona a la autonomía y dignidad de la mujer madre, dado que muchas veces las prácticas invasivas innecesarias propias de los partos riesgosos y/o de la atención prenatal se aplican de manera protocolizada, atentan contra la integridad de la mujer gestante, agravándose aún más por el factor de que muchas veces estas acciones se dan fuera del consentimiento y conocimiento de la embarazada.
Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.	"Artículo 5 de la DUDH, el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes". (Belli, 2014, p. 32).	Como bien describe Belli (2014), se consideran tratos inhumanos "todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales" (p.32). Por tanto, este derecho contempla la obligatoriedad de los Estados a prohibir estos tratos por parte de funcionarios oficiales. Este representa una de las más comunes manifestaciones hospitalarias de la violencia obstétrica, dado que se reiteran en momentos de parto los comentarios humillantes, los silencios desinformadores, la infantilización, la insensibilidad ante el dolor de la mujer, la imposición de procesos que no han sido permitidos por las madres, entre muchas otras acciones recurrentes.
Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud.	"Art. 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos" (Belli, 2014, p. 31).	Respecto de este derecho, Belli (2014), detalla que "toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada..." (p. 31). Recurrentemente las mujeres son objeto de prácticas que les son realizadas sin consulta previa y más allá de eso, sin brindarles ningún tipo de información sobre el proceso, siendo quienes deberían ser las protagonistas de todo el proceso de gestación y nacimiento. Por tanto, se anula su posibilidad de elección y de decisión.
Derecho a estar libre de discriminación	"Art. 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005). En relación con la atención en la salud, el Art. 12 de la	Este derecho determina que ningún ser humano debe ser sometido a ningún tipo de discriminación o estigmatización. En cuanto al artículo de la CEDAW, este declara que "garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y período posterior al parto...", lo que se da con el fin de asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica.

CEDAW, 1983)". En las salas de parto y atención médica al embarazo, muchas veces se discrimina y patologiza a la mujer por su proceso de gestación, aumentado esta sublimación si se añaden aspectos sociales de doble discriminación como la etnia, el nivel socioeconómico, la edad, y sobre todo la clase social.

Fuente: Elaboración propia con base en Belli (2014) y Galimberti (2015).

Fuente: Salazar Aguilera S, Torres Blanco Y. Condiciones sociopolíticas existentes para la elaboración de una política pública que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos [tesis]. San Ramón (CR): Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Departamento de Ciencias Sociales; 2018. 278

p.<sup>21</sup>.

### **2.3.1 Argentina:**

En Argentina, las mujeres se les consideraba históricamente como “ciudadanas incapaces”, inclusive, desde la sanción del primer código civil hasta hace unas décadas atrás, las leyes marcaban una subordinación de la mujer a la potestad marital. A partir de la década de 1970, la teoría crítica y los estudios de género habían desarrollado enfoques alternativos de la ciudadanía que denunciaban las desigualdades y las exclusiones que persistían contra las mujeres.

En esta década, paralelo a esto se desarrollaba una serie de conferencias internacionales que fueron construyendo la noción de los derechos sexuales y reproductivos y su encuadre dentro de los derechos humanos, posicionando en la agenda mundial y generando compromisos y obligaciones para los países que suscribieron las declaraciones y convenciones. Estos tratados y conferencias internacionales adquirieron un rango constitucional en dicho país, en la reforma constitucional del año 1994, entendiendo como complementario los derechos y garantías de la constitución.

En los primeros años y en consecuencia de esas primeras conferencias, se buscaba enfatizar en cuestiones demográficas vinculadas a la fecundidad, la anticoncepción y la

defensa contra coacciones o violaciones, pero no fue hasta el retorno de la democracia en dicho país, en el año 1983, que tuvo lugar un proceso de transformación de la ciudadanía de las mujeres, todo esto ligado al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, lo cual significó un cambio radical en la organización política y social y la apertura de un nuevo orden en el cual las mujeres sentían que tenían una libertad sobre sus cuerpos gracias a estos nuevos cambios.

Si bien, el reconocimiento de estos derechos fue un avance por incluir estos temas en la agenda pública y generar políticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva, desde el plano normativo y como ejercicio de la ciudadanía sexual y reproductiva, aún persisten ciertas restricciones a la libertad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos.

El estado argentino, fue un estado que históricamente siempre estuvo apoyado por la Iglesia Católica, la cual sostenía posturas pronatalistas dentro del plano interno como internacional, sin embargo, el movimiento de las mujeres se consolidó a través de la generación de espacios públicos de mujeres, el cual lograron una coordinación de acciones y acumulación de fuerzas materiales y simbólicas desde los años ochenta, donde fue en esa década siguiente donde se busca alcanzar la necesidad de avanzar en la ciudadanía reproductiva.

Sin embargo, fue hasta el año 2004, donde se promulgó la Ley Nacional 25929 de “Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento”, el cual establecía los derechos de la mujer en el artículo 2 y del recién nacido en el artículo 3, dentro de los principales derechos a la mujer en esta ley encontramos: ser informada debidamente sobre las intervenciones médicas, ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, ser considerada una persona sana y protagonista de su parto, evitando practicas invasivas y

suministro de medicación injustificada, también el ser acompañada por una persona de confianza y elección durante todo su proceso. Fue una ley que tuvo un proceso largo en el Congreso Nacional, ya que fue presentada en el año 2002 pero fue hasta el 2004 donde fue aceptada.

En el año 2009 se sanciona la ley 26529, ley que trata sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, el cual insistía sobre los derechos al trato digno y respetuoso, la intimidad, confidencialidad y autonomía de la voluntad. En ese mismo año, se aprobó la Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en el que se desarrollen sus relaciones interpersonales, en esta ley se tratan de diferentes temas, incluidos la violencia obstétrica y la cual la Ley la define como aquella que se ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, mediante trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.<sup>22</sup>

Dentro de las medidas que se toman en dicho país en contra de la violencia obstétrica se encuentran en el artículo 6º de la Ley sobre parto humanizado, en el cual se menciona que “el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios”.

Desde el año 2011, en Argentina se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), esta es una comisión que tiene como finalidad colaborar en el diseño de sanciones contra la violencia de género, ya que lo que busca es que la sanción debe ser una medida reparadora para la víctima.<sup>23</sup>

### **2.3.2 México:**

En México, en cuanto al tema de violencia obstétrica existen 2 órdenes relacionadas contra este tipo de violencia, una de ellas de carácter federal y la otra que es de carácter estatal.

Desde el año 2007, el Estado Federal cuenta con la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, cuyo objetivo que es explicado en el artículo 1º, busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, sin embargo, es un texto que carece de una referencia específica contra la violencia obstétrica como tal, en los artículos 6º y 18º, se definen los otros tipos de violencia relacionadas a ella, como la violencia psicológica y física.

A nivel estatal, tres de las unidades federadas de México han establecido el delito de violencia obstétrica: Chiapas, Veracruz y Guerrero, sin embargo, la legislación en cada una de ellas es diferente entre sí, por ejemplo, en el Estado de Chiapas tipifica el delito a partir de la definición y a partir de un listado de conductas que equipara a la violencia obstétrica. Por su parte, en el Estado de Veracruz, opta por prescribir que comete el delito de violencia quien recurre en alguna de las conductas que señala la legislación del estado y, por último, el Estado de Guerrero típica el delito a partir de una definición de violencia obstétrica, similar al Estado de Chiapas. Importante, hay que destacar que, en todos los casos, se establece penas de cárcel y multas y en el Estado de Chiapas específicamente, la suspensión de la profesión, cargo u oficio.<sup>23</sup>

Por lo tanto, como podemos ver a nivel federal no cuenta con una ley específica que regule el tema de violencia obstétrica como tal, sin embargo, existe un proyecto de ley para sancionarla. Esta iniciativa de ley, lo que busca es añadir al Código Penal Federal el artículo

199 Septimus, el cual dentro de sus principales motivos de su adición se debe a la lucha que han tenido las mujeres en los últimos tiempos a favor de sus derechos reproductivos, el cual lo que ellas buscan es un derecho sobre decidir sobre su cuerpo y quitar temas tabús que se han generado en la sociedad como lo son los temas de fecundidad.<sup>23.24</sup>

Este artículo 199 Septimus menciona los diferentes tipos de delito de violencia obstétrica que pueden ser causados por el personal de salud, afectando a la mujer en los procesos de embarazo, parto y posparto, tales como:

- i. Omitir o prolongar la atención médica en los servicios de emergencias de tipo obstétricas.
- ii. Alterar los procesos naturales del parto, ya sea con medicación u otras técnicas sin consentimiento de la mujer, solo exceptuando su uso cuando la vida de la mujer o el hijo se encuentren en riesgo.
- iii. Que el parto sea por medio de cesárea, aunque el parto natural sea posible, a menos de que sea la propia mujer que manifieste dentro de su consentimiento que está anuente a dicho procedimiento.
- iv. Que se le violente, humille o discrimine de forma verbal o física a las mujeres dentro de todo su proceso de embarazo, parto y postparto por cualquier razón que sea.
- v. Que se le interfiera el apego precoz del bebé con su madre, negándole el derecho a alimentarlo sin causa alguna.
- vi. Realizarle una esterilización provocada sin ningún consentimiento previo de la mujer por medio de procedimientos quirúrgicos o alguna otra forma.
- vii. No darle la explicación del procedimiento previo a la paciente, familiar o acompañante al cual será sometida.

Teniendo en cuenta todo esto y siguiendo el Código Penal Federal, al personal de salud que cometa alguno de estas acciones se podría ver en una multa o sanción en la cual puede incluir la cárcel y dependerá de la gravedad de las acciones cometidas su nivel de sanción.<sup>22</sup>

En México se habla de un error médico como aquella acción que puede darse de forma accidental en un contexto de apego a las buenas prácticas médicas o bien, como resultado de un mal juicio, ignorancia o falta de experiencia del médico tratante, lo que vendría siendo una Mala Praxis, por lo tanto, estos errores tienen que ser evaluados posteriormente para saber si son excusables o inexcusables.

Cuando estamos frente a un acto de negligencia, es cuando existe un descuido de las atenciones necesarias, cuando a pesar de tener el conocimiento, este no se aplica y causa un daño a la paciente. La impericia por su parte es una falta de capacidad y experiencia de conocimientos técnicos y prácticos y que, al actuar sin tener estos conocimientos le cause un daño a la paciente, también existe la Impericia Temeraria, que es el sometimiento a riesgos innecesarios a causa de falta de conocimiento y el Dolo que es la intención o artificio para dañar a otro, acciones que son punibles ya que violentan las leyes del estado.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la Recomendación General No. 31/2017 (CNDH, México, No. 83), dice que la violencia obstétrica es una forma de negligencia médica, ya que las conductas realizadas ocurren por un descuido, omisión, impericia, imprudencia y falta de diligencia, que llevan a afectar la salud e integridad de las pacientes.

Es importante saber que la negligencia puede ocurrir en cualquier momento de la atención médica, sin importar la especialidad ni sexo del paciente, sin embargo, a la hora de

violencia obstétrica, es aquella que le ocurre a la paciente durante un lapso específico de la mujer, como es el embarazo, parto y posparto y que, según la CNHD, independientemente de la causa del daño, con o sin violencia, este daño tiene que ser reparado.<sup>25</sup>

### **2.3.3 Venezuela:**

En Venezuela, en el año 2000 se creó el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER), según la Gaceta No. 5398, bajo el decreto 428, el cual era un organismo que busca la igualdad de derecho entre venezolanos y venezolanas y el cual nació con la misión de dirección, coordinación, supervisión y evaluación de las políticas y asuntos relacionados a la mujer.<sup>26</sup>

El 19 de marzo del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial de Venezuela la Ley No 38.647, Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, una ley que reconocía diecinueve formas de violencia contra la mujer y la cual incluía el concepto de VO y sus sanciones.

Dentro del concepto, la Ley dice:

“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”.<sup>23</sup>

A nivel regional, la presentación de esta Ley marcó un hito a nivel regional, ya que fue una ley cuyo objetivo principal era prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia ejercidas contra las mujeres, independientemente del ámbito si fuera público o

privado, incluyendo así la violencia institucional y que uno de los aportes más innovadores fue la inclusión en ella del concepto de violencia obstétrica, la cual se menciona anteriormente.<sup>27</sup>

Dentro de esta Ley, en el artículo 51 es el artículo que habla explícitamente sobre la violencia obstétrica y los actos constitutivos ejecutados por el personal de salud, los cuales serían:

- i. La no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas
- ii. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- iii. Obstaculizar el apego precoz al recién nacido con su madre sin justa causa, evitando así amamantarlo inmediatamente nace.
- iv. Alterar el proceso del parto natural de bajo riesgo con el uso inadecuado de técnicas de aceleración del trabajo sin previo aviso o consentimiento.
- v. Practicar el parto por medio de cesárea, teniendo condiciones aptas para un parto natural y sin previo consentimiento.

En caso de incurrir en alguno de estas acciones, el tribunal impondría al responsable una multa de doscientas cincuenta a quinientas unidades tributarias, con la obligación de remitir la copia certificada de la condena directamente al colegio profesional que este pertenezca.<sup>27</sup>

Una ley que en su momento se creó con el fin de tener una norma que busque proteger a la mujer y que tenga igualdad de condiciones con el hombre, buscando que el Estado logre la aplicación de las “Acciones Afirmativas” de forma efectiva, acciones que surgen

como medidas legales para poder equiparar los derechos y que son medidas aprobadas por organismos internacionales como la ONU y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).<sup>28</sup>

El 16 de diciembre del 2021 se hizo una reforma a la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual se le hicieron ajustes a los conceptos antes establecidos en el año 2007 y algunos adicionales a estos artículos, en este hablamos específicamente del artículo 51 que se explicó anteriormente, donde se le añadía un 6º punto, el cual que se veía como violación de la ley por parte del personal de salud el vulnerar los derechos reconocidos en el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y nacimiento humanizado, este sería el único cambio relevante sobre este artículo, ya que las consecuencias como la multa y demás, quedaba igual para el personal que cometiera dichas faltas.<sup>29</sup>

Es importante entender la repercusión que tuvo esta Ley propuesta en el 2007, ya que como anteriormente se comentó, marcó un hito a nivel regional, esto porque el primer país a nivel mundial que incluyó este tipo de violencia contra la mujer, respecto a todo el proceso de la mujer durante el embarazo y el parto y buscando sanciones al personal que incumplía.<sup>30</sup>

## **2.4 Legislación de Costa Rica**

En Costa Rica, la legislación en materia de la atención a los pacientes víctimas de algún tipo de violencia ha mejorado significativamente, trabajando siempre desde la perspectiva de los derechos humanos de estos. Un ejemplo de esto fue el Decreto No. 41632-S publicado el 7 de mayo de 2019 en la Gaceta No. 83 donde habla de la “Norma Nacional para la atención

integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud”, la cual establece los lineamientos técnicos obligatorios para todos los servicios de salud dentro del país, ya sean públicos, privados o mixtos, así como también las personas que prestan sus servicios para la atención de salud en este tipo de pacientes.

Considerando la misión del Ministerio de Salud, la cual se centra en garantizarle la protección y el mejoramiento del estado de salud y bienestar a la población, siempre desde el punto de la promoción y prevención de la salud de los pacientes, bajo sus principios más importantes como la equidad, solidaridad y universalidad que lo caracterizan, velando siempre por la satisfacción de interés público.

Dentro de los artículos a destacar de la Norma Nacional para la atención integral a las personas en situación de violencia en los servicios de salud tenemos,

Artículo 1º: Oficialícese y declárese de Interés Público y Nacional la Norma para la atención integral a Personas en Situación de Violencia en los Servicios de Salud, dirigida hacia los centros de servicio de salud que operen en el país, tanto público, privado o mixto, con o sin fines de lucro que preste los servicios a la población en situación de violencia.

Artículo 2º: Corresponderá a las autoridades de salud del Ministerio de Salud velar porque esta norma se cumplida.

Artículo 4º: Se rige la norma a partir de la publicación, el 17/01/2019 desde la Presidencia de la República, por el presidente Carlos Alvarado y el ministro de Salud en cuestión, Daniel Salas.

Dentro del año 2015, la Agenda 2030 que fue establecida por la Organización de las Naciones Unidas, definía en su objetivo 16 que se debía promover las sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles. Costa Rica, para el año 2016, figuró como el primer país en el mundo en suscribir un pacto nacional para el cumplimiento de la Agenda 2030.

A lo largo de los años, nuestro país ha tenido un aumento en la violencia, tanto así que para la década de los 90 se ha venido fortaleciendo en el marco legal con el fin de contar con un sustento normativo para el establecimiento de líneas de acción dirigidas a la atención y erradicación de las situaciones de violencia en la población costarricense, por lo que en ese año se inició una legislación sobre la promoción de la igualdad de la mujer, con el pasar de los años se incluyeron instrumentos dirigidos específicamente a la violencia contra la mujer, la violencia doméstica y el hostigamiento sexual en el empleo de la docencia.

Para inicios de los años 2000, se fortalecieron los lineamientos de la atención de situaciones de violencia desde el MS, específicamente la vigilancia y notificación obligatoria de la violencia intrafamiliar y las Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia. La década entre los años 2000-2010 hubo un avance legislativo, el cual mostraba acciones en la penalización de la violencia contra la mujer y a partir del año 2010 fue que se estableció la legislación dirigida hacia la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, creando así esta Norma Nacional de aplicación obligatoria para todos los servicios de salud antes descritos.<sup>31</sup>

En el año 2015, el diputado Mario Redondo Poveda, tuvo la iniciativa de proponer un proyecto de ley, la cual llevaba por nombre la “ley para proteger a la mujer embarazada y

sancionar la violencia obstétrica”, la cual se hizo con base en estudios de casos que él mismo señalaba donde múltiples madres habían sido víctimas de este tipo de violencia y que mencionaban la nula o limitada respuesta de parte de los servicios de salud del Estado.

Redondo mencionaba en el documento que según la legislación nacional, las instituciones médicas debían implementar un modelo de parto humanizado e integrar a su personal en este proceso y sensibilizarlo en posibles situaciones donde la mujer podía ser víctima de este tipo de violencia, ya que la violencia obstétrica está relacionada con la falta de respeto a la autonomía de las pacientes y a la desinformación de las mismas, aunque en muchas de las ocasiones se ve relacionada a los vacíos presupuestales y deficiencias en los recursos institucionales, así como la saturación de pacientes en los centros de salud, falta de camas y la falta de información de ellas sobre los derechos reproductivos.

Dentro de este proyecto de Ley, Redondo buscaba con 10 artículos explicar cuál era su principal objetivo, el cual era buscar proteger a las mujeres embarazadas y sus hijos, buscando brindarles una atención médica de calidad y oportuna, mencionaba que esta atención además tenía que ser equitativa, preventiva, periódica y basada en riesgo, pudiendo diferenciar y brindarle mayor ayuda y apoyo a aquellas mujeres que tuvieran mayor necesidad médica.

Dentro de este proyecto de Ley tenemos 2 artículos que son de mucha importancia, los cuales nos hablan de los requisitos que tienen que cumplir para el control prenatal, así como los requisitos de atención pre y post parto, los cuales serían los artículos 3 y 4, que textualmente se escriben a continuación:

“Artículo 3: Requisitos del control prenatal

El control prenatal deberá contemplar al menos:

- i. El diagnóstico de salud del paciente.
- ii. La evaluación de riesgo del paciente y si esta se mantiene estática o presenta variaciones y el respectivo seguimiento.
- iii. Visitas al domicilio cuando las condiciones geográficas y la infraestructura de la seguridad social lo permita.
- iv. Un documento en el cual se estipulen las prácticas que no resultan aconsejables durante el embarazo y aquellas que resulten beneficiosas para la paciente.
- v. Asesoría nutricional
- vi. Indagatoria sobre algún tipo de violencia, sea física, sexual o psicológica.
- vii. Prevención de infecciones y enfermedades.
- viii. La referencia respectiva al Departamento de Trabajo Social cuando se detecten factores de riesgo”.

#### “Artículo 4: Requisitos de atención preparto y post parto

Con antelación a la atención del parto se deberá estipular en el expediente con

letra clara y legible, especificando fecha y hora de atención:

- i. Fecha de ingreso del paciente.
- ii. Número de semanas embarazo de la paciente.
- iii. El nombre y la firma del médico que atenderá el parto. En caso de que el médico sea distinto se deberá consignar en el expediente respectivo.
- iv. Si el parto es considerado normal o de alto riesgo.
- v. Nombre y firma de los funcionarios que atendieron el parto.

- vi. Persona que acompaña en el parto. En caso de que no se desee el acompañamiento durante el parto, se deberá de firmar un documento que así lo acredite.
- vii. Con respecto a las prescripciones, deberán justificarse, asimismo cuándo se detecten irregularidades debe dejarse constancia de estas por medio de notas firmadas.
- viii. Deberá dejarse constancia sobre deficiencias, faltas u omisiones en personal, medicamentos y/o equipos”.

También se menciona dentro de los artículos restantes que todo el personal de salud tienen que tratar con respeto a las pacientes, así como portar los documentos de identificación que le permitan a dichas pacientes saber quiénes las están atendiendo, también que cada hospital tiene que contar con personal de contraloría de servicios, que este a disposición para recibir las quejas de las situaciones que ocurran dentro de dicho centro de salud para evaluar y/o aplicar posibles sanciones administrativas si así lo ameritan. Señala que, a estas pacientes o sus representantes en caso de alguna situación de violencia obstétrica, se les debe entregar una copia completa de su expediente médico en un máximo de 24 horas y de sus repercusiones al personal en caso de que esto no se cumpla, así como una explicación clara hacia la madre o familia en caso de muerte del bebe o de problemas graves, el registro de todo lo que está en el expediente y el apoyo emocional brindado hacia la familia del bebe.

El personal periódicamente tiene que asistir a las campañas de sensibilización, cursos de relaciones humanas, buenas prácticas clínicas y cualquier campana que aporte una mejora a la atención de las pacientes, los cuales serán proporcionadas por la Caja Costarricense de Seguro Social.

El artículo 10 trata sobre la propuesta de una reforma a la Ley No. 4573, adicionando un artículo 380 Bis al Código Penal del 15 de noviembre de 1970, donde explica que serán

sancionados con prisión de seis meses a tres años o incluso una multa de doscientos días al personal de salud que no atienda o no brinde de forma oportuna y eficaz a las pacientes embarazadas, en parto, postparto o emergencias obstétricas, que altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, acelerando el proceso de parto sin consentimiento de la paciente o sin previo aviso, que practique una cesárea sin necesidad médica de una o que se niegue a practicar la cesárea en caso que la paciente presente alguna complicación para el parto natural sin justificación o que obstaculice el apego del bebé con su madre sin justificación médica inmediatamente después de nacer.<sup>32</sup>

El plan de parto se originó como respuesta a los cambios sociales y sanitarios que dieron inicio en la década de los setenta, impulsados por la renovación de los conceptos de salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero fue en 1968 donde se comenzó a reconocer públicamente el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción, de ahí que los movimientos feministas jugaron un papel importante para empoderar y demostrarle a las mujeres la necesidad de que participaran de forma activa en la atención de su embarazo, parto y postparto, consolidando así un plan de parto como una herramienta de suma importancia para involucrarse y darle autonomía y control sobre parte de estos procesos.<sup>33</sup>

En Costa Rica, a las mujeres en etapa de embarazo se les debe proporcionar los documentos a llenar para el plan de parto, es un documento de llenado obligatorio en los centros de salud de la CCSS, el cual el médico y personal de salud tienen que explicar cómo es que este funciona y dándole una ayuda para buscar el empoderamiento de estas pacientes sobre sus derechos reproductivos que fueron recibidos durante su control prenatal y curso de preparación psicofísica para el parto y que posteriormente cuando se encuentren en sala de

partos, en la etapa del primer periodo de borramiento y dilatación, va a ser discutido nuevamente para aclarar alguna duda que esta tenga.<sup>34</sup>

Dentro de los documentos que se les facilitan a las pacientes hablados anteriormente se encuentran:

Figura 5. Instructivo de Plan de Parto en la Red de Servicios de Salud de la Caja

## Costarricense de Seguro Social

### Instructivo de Plan de Parto

El presente instructivo proporciona orientación para el adecuado registro de la información solicitada en el instrumento de Plan de Parto.

A continuación, encontrará la numerología que se corresponde con los del instrumento de Plan de Parto, contenido al reverso de esta hoja. En cada uno de estos números se suministran indicaciones sobre lo que debe registrarse, respectivamente.

- (1) **Nombre.** Indique su nombre y apellidos.
- (2) **Lugar donde llevó el control prenatal.** Indique la Unidad de Salud (EBAIS, clínica, hospital) donde llevó las consultas de control prenatal o anotar "privado", cuando sea el caso.
- (3) **Lugar donde corresponde el nacimiento.** Anote el lugar, donde dará a luz a su hijo(a) (clínica u hospital). Generalmente, este lugar es el que le corresponde por área de atracción, es decir, que está sujeto al sitio de residencia al momento del parto.
- (4) **Condición de riesgo.** Especifique si usted o su bebé próximo(a) a nacer presenta o fue diagnosticado(a) con una condición. Esta debe ser identificada durante el embarazo, anotada en la tarjeta de control prenatal y ser de su conocimiento.
- (5) **Antes de que inicie el trabajo de parto.** Incluya acciones, prácticas y preferencias para llevar a cabo desde el hogar una vez iniciada la labor de parto; por ejemplo, caminar, ingerir líquidos, estar acompañada, ser parte de las decisiones y manejo obstétrico.
- (6) **Durante el trabajo de parto.** Anote aquellas peticiones al personal de salud en relación con: posición (cucullas, acostada, acostada de lado, sentada, vertical, entre otras) acompañamiento por la(s) persona(s) de su confianza previamente elegida(s), también asesor cultural, soporte de medidas alternativas para el manejo del dolor, uso de medicamentos de acuerdo con indicación médica, para lograr un trabajo de parto seguro y sin riesgo, hidratación, ingesta de té según pertinencia cultural, deambulación o descanso. La usuaria y su familia serán informadas, por el personal de salud tratante en respuesta a su solicitud, de las posibilidades de acuerdo con la disponibilidad de recursos y su condición de salud.
- (7) **Durante el nacimiento.** Anote todas aquellas prácticas de su preferencia que considere favorecerán el nacimiento de su hijo(a), como información suministrada por parte del personal de salud, posición, técnicas de pujo, corte del cordón umbilical, inicio del contacto piel con piel.
- (8) **En caso de complicaciones.** Indicar los aspectos más relevantes que desearía se llevaran a cabo por parte del personal de salud ante una eventual emergencia, por ejemplo: uso de hemocomponentes (sangre), persona a la que desea se le brinde información, manejo del (de la) recién nacido(a) en condiciones de internamiento o problemas de salud de este, entre otras.
- (9) **Cuidados del (de la) recién nacido(a).** Incluir los aspectos relacionados con las preferencias de la familia gestante en relación con el (la) recién nacido(a): contacto piel con piel, alimentación, canguero por parte del padre o acompañante en caso de cesárea, prácticas religiosas en caso de ser necesarias, entre otros.
- (10) **Firma de la usuaria.** En este apartado, la usuaria consignará su firma, nombre o huella dactilar.

Firma y código de la persona profesional tratante: \_\_\_\_\_

Firma de la usuaria (en caso de negativa a la realización de Plan de Parto): \_\_\_\_\_

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud [Internet]. San José (CR): CCSS; 2022 [citado 2025

jun 11]. <https://www.ccss.sa.cr><sup>34</sup>

Figura 6. Instrumento de Plan de Parto para un nacimiento seguro y respetuoso de la Caja

## Costarricense de Seguro Social

**PLAN DE PARTO**  
**PARA UN NACIMIENTO SEGURO Y RESPETUOSO**

La invitamos a escribir sus opiniones, deseos y decisiones acerca de su Plan de Parto. Es un placer acompañarla.



Nombre (1): \_\_\_\_\_ Lugar donde llevó el control prenatal (2): \_\_\_\_\_  
 Lugar donde planea tener el nacimiento (3): \_\_\_\_\_ Condición de riesgo (4): Sí ( ) No ( ). Especifique: \_\_\_\_\_

ANTES DE QUE INICIE EL TRABAJO DE PARTO (5)	DURANTE EL TRABAJO DE PARTO (6)	DURANTE EL NACIMIENTO (7)	EN CASO DE COMPLICACIONES (8)	CUIDADOS DEL (DE LA) RECIÉN NACIDO(A)(9)

Firma de la usuaria (10): \_\_\_\_\_

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS marca la ruta para el fortalecimiento de la prestación de servicios obstétricos a nivel de maternidades y áreas de salud [Internet]. San José (CR): CCSS; 10 feb 2023 [citado 2025 jun 25]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=ccss-marca-la-ruta-para-el-fortalecimiento-de-la-prestacion-de-servicios-obstetricos-a-nivel-de-maternidades-y-areas-de-salud><sup>35</sup>

Más recientemente, en enero el año 2022, se publicó en el Diario La Gaceta, la Ley No. 10081 “Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, postparto y atención del recién nacido” una ley que si bien es cierto no toca temas de violencia obstétrica, tiene como principal objetivo buscar proteger a las mujeres, sus derechos humanos y reproductivos en todos los servicios de salud, incluyendo públicos y privados.

Esta ley se dividía en tres capítulos, cada uno con sus artículos diferentes y objetivos como tal, el primer capítulo trata sobre “objeto, finalidades, ámbito de aplicación, principios y derechos” y el artículo 1 habla sobre proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres

y las familias gestantes, para garantizarles así una atención calificada y respetando el correcto ejercicio de sus derechos tanto de ellas como del recién nacido, para poder contribuir en una disminución de la mortalidad materna y neonatal.

En el artículo 2 nos menciona sobre los fines de dicha ley, la cual nos lleva a tocar temas que anteriormente fueron mencionados como brindarle y empoderar a las mujeres a tener una participación activa sobre las decisiones, de manera consciente e informada sobre todo el proceso, desde el momento de parto como es la planificación y el llenado de los documentos previamente mencionados para el plan de parto, como del postparto y el cuidado y responsabilidad con el recién nacido, así como menciona también la búsqueda de erradicar las prácticas discriminatorias o degradantes que puedan darse en centros de salud, dándole así un enfoque más hacia la mujer y su hijo, respetando tradiciones y costumbres incluso culturales sin llegar a afectar o que atenten con los protocolos clínicos que ya se manejan dentro de las instituciones.

En el segundo capítulo nos habla sobre “obligaciones institucionales y del personal de salud”, el cual en el artículo 9 habla sobre las obligaciones del estado, dentro de las cuales encontramos el garantizarle el derecho a la salud materna, proporcionándole una atención integral, oportuna, eficaz y de calidad a las mujeres, especialmente aquellas que se encuentren en período de embarazo y considerando las diferentes necesidades especiales que puedan tener cada una para ofrecerles así, una adecuada atención. También menciona en el artículo 10 las obligaciones por parte del personal de salud, el cual tiene como fin ofrecerles un trato humanizado a las pacientes en todo el proceso de embarazo, parto, postparto, así como una brindarle la información detallada y ofrecerla de acuerdo con cada situación familiar, tomando en cuenta el nivel de educación que puedan tener para que la información quede

clara y evitar posibles confusiones a futuro y, en el artículo 11, nos propone una participación social, el cual es necesario conocer los alcances de la ley, así como promover la protección de los derechos de las mujeres en los temas de decisiones pertinentes a sus procesos reproductivos y familiares a futuro, así como también promover la denuncia e incumplimiento de estos derechos.<sup>36</sup>

## **2.5 Herramientas y buenas prácticas médicas**

A pesar de todas las legislaciones y medidas que han tomado los diferentes países en estudio, incluido nuestro país, es importante destacar que parte del cambio que se propone incluyen buenas prácticas médicas, las cuales van relacionadas a combatir la violencia obstétrica, esto a partir de las leyes que tienen y la constante capacitación y actualización de las instituciones que prestan servicios de salud a su personal.

En Costa Rica, la presidenta Ejecutiva de la CCSS, Marta Esquivel, dice que la estrategia que presentaron el año 2024 iba encaminada en búsqueda de la prevención, sanción y erradicación de este tipo de violencia como tal, ya que como ella lo reconoció, es un problema de salud pública y una violación contra los derechos de las mujeres. Dentro de las acciones que buscan cumplirse con esta estrategia incluyen fomentar una participación activa por parte de las mujeres gestantes, así como la valoración de la percepción del servicio por parte de las mismas.

Dicho esto, la estrategia institucional contra la violencia obstétrica, incluye acciones que se dividen en cuatro ejes importantes, los cuales son:

- i. Acceso oportuno y efectivo a los servicios de atención.
- ii. Calidad de la atención brindada.

- iii. Participación de actores sociales.
- iv. Mejora en el modelo de gestión de servicios.<sup>37</sup>

Dentro de la Ley General de Salud, en el artículo 12 menciona los derechos a los que tiene la mujer embarazada en todo su período, desde el embarazo, parto y posparto, la cual tiene que tener una atención equitativa, preventiva, periódica y con un enfoque de riesgo, sin someterlas a la violencia obstétrica.

Dentro de los primeros derechos que menciona dicho artículo, encontramos el primer derecho que dice:

- i. Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico, todo esto para enfatizar que a la hora de comunicar o explicar procedimientos es fundamental que exista el respeto, evitando las palabras o frases que puedan herirla o denigrarla de alguna forma.
- ii. Recibir una atención de forma oportuna y personalizada, esto porque todos los cuerpos responden de una manera diferente a los diversos procedimientos a los que pueden estar expuestas dentro de su proceso, por lo que el personal de salud debe tener la capacidad de adaptarse a las necesidades que estas requieran y prevenir los posibles riesgos que puedan tener.
- iii. Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones medicas posibles, este derecho que tienen las mujeres en todo el proceso es de suma importancia, ya que se conserva desde el embarazo, parto y posparto ya que le permite entender a las mujeres en que parte o etapa del proceso se encuentran, así como conocer la evolución de su embarazo y los tratamientos que estén disponibles según su etapa.

Esto es importante porque es una de las situaciones a las que mayormente se encuentran expuestas, a la falta de información o a la desinformación como tal o la falta de comunicación de parte del personal de salud y esto lleva incluso a repercusiones sociales, psicológicas, físicas o sexuales al ser expuestas a procedimientos sin previo consentimiento.

- i. Recibir información clara y concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna, derecho que tienen las mujeres a tener una información de carácter asertivo, la cual le permita comprender de forma clara la información que se le está brindando y que ellas incluso puedan hacerle las preguntas a los médicos tratantes y que estos tengan una respuesta clara a todas las dudas que puedan generarles, también tiene que ser clara la importancia y la necesidad de la lactancia materna, explicarle de forma clara cuál es la forma correcta, así como los beneficios y ventajas que tiene esta y los riesgos y problemas que tiene no practicarla.
- ii. Parir de manera natural, siempre y cuando no exista riesgo para la madre o para el niño o la niña por nacer y que también se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo, es importante este derecho de las mujeres en la labor de parto, ya que esto se incluye dentro de los procesos biológicos del ser humano, por lo que si la mujer o el hijo no tienen ningún riesgo, no hay necesidad de apresurarlo, ya que antes se solían aplicar procedimientos como la maniobra de Kristeller para acelerar el parto o el uso de oxitocina o gel Prostin.<sup>38</sup> La maniobra antes mencionada fue propuesta por Samuel Kristeller em 1867, una maniobra que fue bautizada por él y la cual consistía en la utilización de presión con las manos en caso de contracciones débiles y que tenían que hacerse con cada contracción. Es una práctica que puede llevar problemas a las mujeres, ya que puede producirle fracturas de costillas, rotura de

útero, de la musculatura perineal y en el bebé puede producirle parálisis de hombros, conocida como parálisis de Erb por ejemplo.<sup>39</sup>

- iii. Mantener el apego posparto con el niño o niña, salvo determinación médica justificada, este momento justo después del parto, es un momento de suma importancia, incluso sentimental para la mujer, ya que significa ese primer vínculo con su hijo y que es una práctica que promueve una óptima relación entre ambos, ese vínculo que se crea en el primer momento al contacto entre ambos significa una relación que conlleva a beneficios significativos para el recién nacido, mejorando su temperatura, su respiración y mejorando el estrés que pueda llevar el no practicar dicho apego.
- iv. Por último, explica el derecho que tienen de estar acompañada durante el parto posparto por una persona designada por ella, ya que le ayuda a proporcionarle un apoyo emocional, lo que le ayuda brindándole tranquilidad, empatía, y confianza en un momento nuevo en su vida donde predomina la vulnerabilidad y el nerviosismo propios de la etapa 38.

Dentro de los procesos rutinarios podemos encontrar en los centros de salud, siempre se han encontrado procedimientos que se han visto normales a lo largo del tiempo y que según la evidencia científica han contribuido a continuar con la violencia obstétrica y que tememos que erradicar, dentro de estos procesos encontramos:

- i. Ingesta de alimentos y líquidos: ya que según la evidencia se ha visto que el privarlos de esto no tienen ningún beneficio, al contrario, genera disconformidad en las pacientes y puede llegar a ser riesgoso.

- ii. Venocclisis: la colocación rutinaria interfiere en los procesos naturales del parto y disminuye la posibilidad de las mujeres para moverse con libertad, por lo que si la hidratación oral es segura, debería de evitarse esta práctica.
- iii. Acompañamiento y apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto: ya que se ha visto el beneficio de que la mujer se encuentre tranquila y con confianza al estar con una persona elegida por ella, así como se menciona anteriormente en el trabajo.
- iv. Dolor y analgesia: una de las principales funciones de la persona que asiste a la embarazada es ayudarle a tolerar el dolor, los cuales pueden ser provocados por los partos prolongados, por la inducción con sustancias como oxitocina, los complicados por distocia o los que terminan instrumentados por diferentes razones.
- v. Posición y movimiento durante el primer periodo de trabajo de parto: ya que los estudios que se han realizado, se ha visto que la posición supina durante el primer periodo de la labor de parto produce un compromiso sanguíneo, ya que la presión causada por él bebe puede llevar a una compresión aortocava, disminuyendo así el flujo y comprometiendo la condición fetal.
- vi. Amniotomía temprana (rotura artificial de membranas): no se ha visto que esta técnica tenga alguna ventaja significativa, sin embargo, es una práctica que puede ser realizada solo si existiera una razón muy válida para realizarla como cuando se presenta un progreso anormal en la labor de parto.
- vii. Infusión intravenosa de oxitocina: al igual que la técnica anterior, no se ha visto ningún beneficio ni para la madre ni como para el hijo y su uso tiene que ser estrictamente regulado y vigilando las contracciones uterinas y la salud fetal.

- viii. Comienzo del pujo: se dice que si el trabajo de parto se desarrolla normalmente, no hay necesidad de que la mujer inicie a pujar si esta no lo desea ni se le deberá realizar ninguna maniobra en el segundo período del trabajo de parto.
- ix. Posición materna: la mejor posición a colocar a la mujer en el segundo período del trabajo de parto es la semisentada o en decúbito lateral.
- x. Episiotomía: no se ha visto ningún beneficio del uso rutinario de esta técnica, al contrario, se ha evidenciado que la mujer puede tener problemas o efectos perjudiciales en la salud.
- xi. Clampeo de cordón: el clampeo o ligadura de cordón umbilical debe realizarse en entre los primeros tres minutos de nacido, tiempo que es estimado que deja de latir, no se menciona que deba hacerse antes ni después de dicho tiempo.
- xii. Iniciación del amamantamiento dentro de la primera hora de vida: esta es una acción que tiene como fundamento la utilidad temprana del calostro, el período sensible en que se encuentra la madre y el recién nacido, así como el aumento de la oxitocina, la cual ayudará a controlar la metrorragia puerperal y la prolactina que estimulará a las conductas vinculares entre ambos y ayudará a tener una lactancia más duradera y satisfactoria.<sup>40</sup>

## **CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Enfoque de la Investigación:**

En este capítulo, que corresponde al marco metodológico, se propone la relación que existe entre el grueso de la investigación que se encuentra en el apartado anterior y el tipo de metodología que se buscó implementar a lo largo de la misma, ya que lo que busca es exponer las buenas prácticas médicas y leyes públicas que se han venido implementando en los países en estudio como lo son Argentina, México y Venezuela y compararlos con los esfuerzos que se han realizado en nuestro país para mejorar los servicios de Obstetricia y brindarle así un trato digno y de calidad que se merecen tanto la mujer como su hijo, haciéndole valer sus derechos.

Por lo tanto, se busca abordar aspectos relacionados al tipo de investigación, las fuentes de información en las que se basará el estudio, ya sean primarias, secundarias, terciarias y hasta cuaternarias, criterios de búsqueda relacionadas con algunas diferencias específicas que permitan darle utilidad al artículo encontrado, los criterios de inclusión y exclusión que permitirán tomar en cuenta las investigaciones seleccionadas, los proceso de selección de la información partiendo de los aspectos expuestos en el capítulo anterior y la clasificación según los niveles de evidencia lo cual generará resultados médicos efectivos para la investigación.

#### **3.1.1 Tipo de Investigación:**

Teniendo en cuenta lo anterior, se explica brevemente el tipo de metodología implementado en esta investigación, la cual se conoce como una revisión bibliográfica o una revisión sistemática y que, según Martínez Montaña, Briones Rojas y Cortes Riverdoll, en su libro Metodología de la Investigación de la Salud dicen que esto es un tipo de investigación

que sigue una metodología específica, la cual parte de una hipótesis para desarrollar un protocolo de estudio. Por esta razón, también se conocen como estudios secundarios, puesto que el análisis se basa en los resultados de estudios originales o primarios, es decir, cualesquiera de los diseños que ya se revisaron en este capítulo (ensayos clínicos, estudios de cohortes, transversales, etcétera).

En esta investigación se realizó con dicha metodología ya que se buscaba hacer una comparativa entre los países de América Latina que en los últimos 10 años han sido los pioneros en los estudios y avances en el tema de la Violencia Obstétrica en América Latina, por lo que se buscó dentro de las fuentes de investigación de forma exhaustiva artículos y documentos que ayudaran a la investigación sin realizar encuestas a pacientes ni a personal de salud, buscando así una comparativa nada más entre los avances entre esos países y Costa Rica.

### 3.1.2 Fuentes de Información:

El tipo de metodología señala que esta investigación fue formada mediante la metodología de investigación de tipo sistemática o bibliográfica como anteriormente se mencionó su definición, basándose así en fuentes de datos, en revisión de artículos científicos en diferentes plataformas para buscar la mayor cantidad de información para la realización de dicho trabajo sin brincar o apoyarse en ningún otro tipo de método, excluyendo así las entrevistas y encuestas ni a pacientes ni al personal de salud acorde al tema investigado.

#### A) Criterios de Búsqueda:

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
----------	--------------	---------------------	--------------------	--------

<p>Describir los protocolos y normativas existentes en Argentina, México y Venezuela para la atención de la violencia obstétrica, recopilando información sobre su impacto en la calidad de atención a las pacientes.</p>	<p>Normativas, leyes públicas en Argentina, México y Venezuela</p>	<p>Google académico Scielo PubMed Kerwá</p>	<p>2015-2025</p>	<p>Español Inglés</p>
<p>Comparar los avances en buenas prácticas médicas para la prevención y</p>	<p>Buenas prácticas médicas en el área obstétrica</p>	<p>Google académico Scielo PubMed Kerwá</p>	<p>2015-2025</p>	<p>Español Inglés</p>

<p>atención de la violencia obstétrica en Argentina, México y Venezuela con las medidas implementadas en Costa Rica, identificando similitudes y diferencias en su aplicación.</p>				
<p>Examinar la documentación existente sobre la posible aplicabilidad de estrategias utilizadas en Argentina,</p>	<p>Protocolos nacionales e internacionales</p>	<p>Google académico Scielo PubMed Kerwá</p>	<p>2015-2025</p>	<p>Español Inglés</p>

México y Venezuela dentro del contexto costarricense, considerando experiencias reportadas en la literatura científica.				
---	--	--	--	--

Fuente: Briceño, 2025.

### 3.1.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Según Martínez Montaña, Briones Rojas y Cortes Riverdoll, en su libro Metodología de la Investigación de la Salud dicen que,

Los criterios de inclusión son las características que deben estar presentes en las unidades, para que estas sean consideradas dentro de la población y puedan incluirse en el estudio.

Criterios de exclusión: son las características que, si están presentes en las unidades hacen que estas no pertenezcan a la población y evitarían su inclusión en el estudio.

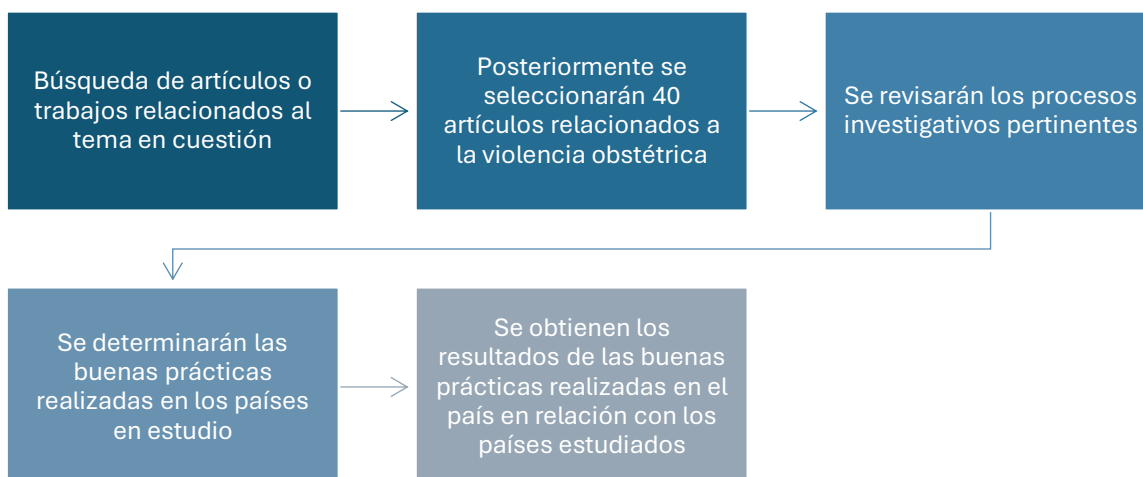
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo del trabajo de investigación

Fuente: Briceño, 2025.

### 3.1.4 Proceso de selección de información:

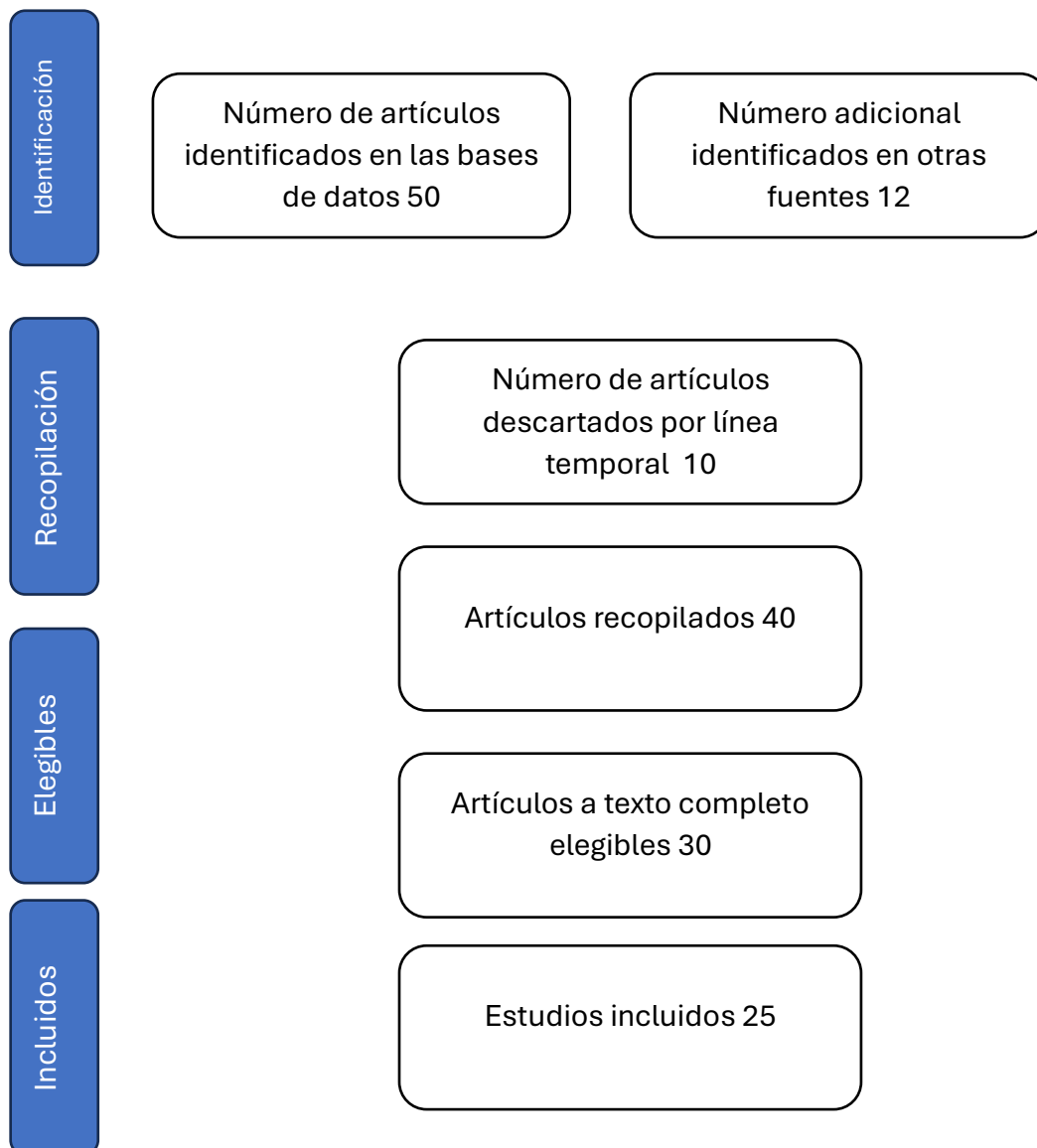
Este es el proceso explicando de cómo la persona a cargo de esta investigación hizo para obtener todos los datos que se requerían para el estudio y el análisis de datos para un buen resultado de información, apoyándose en los criterios de inclusión y exclusión para hacer un mejor abordaje y cubrir en su totalidad la información requerida para cada objetivo y su buena conjugación con el trabajo de investigación.

Gráfico 1. Proceso de selección de información



Fuente: Briceño, 2025.

Figura 7. Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



Fuente: Briceño, 2025.

### 3.1.5 Clasificación según niveles de evidencia:

Tabla 2. Niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Revisión cualitativa exploratoria	12	12	30%
2	Revisión bibliográfica	7	7	17%
3	Revisión cuantitativa	1	1	3%
4	Revisión Mixta	5	5	12.5%

5	Tesis, TFG y otros	15	15	37.5%
---	--------------------	----	----	-------

Fuente: Briceño, 2025.

Tabla 3. Distribución de Investigaciones según el nivel de evidencia

Autor/Abrev. Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de Estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Pérez-Martínez A, Rodríguez-Fernández. / Revista de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador/ 2024.	1	La violencia contra la mujer, una revisión sistematizada	Cualitativa	1	0	Se desarrolla un estudio lógico-epistémico-retrospectivo de los antecedentes teóricos de la violencia contra la mujer. Se utiliza predominantemente el método analítico-	Según la OMS (2021), la VCM ejercida por su pareja constituye un grave problema de salud pública y una violación de sus derechos humanos. La mayoría de los

						<p>sintético para el establecimiento de los elementos esenciales de la información recopilada y realizar conclusiones al respecto.</p> <p>autores reconocen que las lesiones se pueden clasificar en físicas, psicológicas y sociales. Las lesiones físicas más comúnmente encontradas en las mujeres víctimas de violencia se encuentran:</p> <p>contusiones, heridas de arma blanca, heridas de arma de fuego, escoriaciones, contusiones y heridas superficiales en la cara, cuello, cabeza, pechos y abdomen.</p>	
De Los Ángeles	2	Percepción de la	Cualitativa	1	1	Se desarrolla un estudio	Se logró evidenciar que cuando

<p>Iglesias Ortuño E./ Perfiles Latinoameri canos/ 2022</p>		<p>violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso</p>				<p>de caso, donde se vincula con técnicas de recolección de datos cualitativos , como la observació n de la participante , relatos de vida e historia personal, foto biografía, la narrativa o análisis narrativo y grupos focales o de discusión.</p>	<p>se habla de violencia obstétrica las personas piensan que son los actos bélicos o de daño físico, normalizan do así todos los demás actos de violencia que se producen durante la práctica médica.</p> <p>Se habla también sobre la violencia institucion al, que no solo incluye a aquellas manifestac iones de violencia contra las mujeres por las que el Estado sea directamen te el responsabl e, sino que también la discrimina ción hacia</p>
---	--	--	--	--	--	--	---

							las pacientes o un obstáculo en la atención.
Figuroa Mesen C, Padilla Cerdas G./ Universidad de Costa Rica/ 2022	3	Concepto de violencia obstétrica en la legislación costarricense a partir de los principios contenidos en la convención Belém Do Pará	Cualitativa	1	3	Analizar de qué forma Costa Rica respondió hacia la recomendación número nueve hecha por el Comité de Expertas del MESECVI, en el Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de Belém Do Pará para adoptar las nuevas disposiciones que penalicen la violencia obstétrica en país.	La violencia obstétrica está estrechamente relacionada a con las dinámicas de poder entre el médico y su jerarquía frente a las pacientes.  Los esfuerzos del Estado sin mínimos e insuficientes, ya que no consideran la realidad de las víctimas de este tipo de violencia.
Fuentes Rodríguez E/ Fondo de Población de Naciones Unidas/ 2021	4	Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: retos para la gerencia de	Cualitativa	1	0	Asocia variables de tipo estadístico, sin embargo, no interviene	Se evidencio que en Costa Rica, el 58.7% de las pacientes que

		la salud y la tutela de los derechos reproductivos				directamente con ninguna población, sino que hace una revisión sobre la entrevista realizada por la EMMA y toma los datos para su investigación.	tuvieron un parto entre 2016-2018 afirmaban haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica, ya sea por cesárea o por parto natural. Este tipo de violencia difiere entre provincias, a pesar de ser un único prestador de servicio de salud a nivel Nacional.
Marylène Patou-Mathis/ UNESCO/ 2023	5	Los orígenes de la violencia	Cualitativa	1	0	Una revisión sobre los inicios de la violencia, desde la etapa prehistórica hasta la fecha y sus implicaciones y sus evoluciones a lo largo de la historia.	La violencia es algo que no está dentro de la naturaleza de los seres humanos, sino que es algo que ocurre por distintos conflictos de intereses, conflictos

							económicos e incluso políticos.
Arteaga Gómez AC, Gorbea Chávez V, Reyes Muñoz E, Castro Llamas J, Pimentel Nieto D./ Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes/ 2022	6	Implementación del Seminario en Bioética para las Buenas Prácticas clínicas dirigido a médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología	Cualitativa	1	0	Una revisión de diferentes fuentes sobre la importancia de integrar otros puntos de vista como los derechos humanos, bioética, derecho a la integridad, privacidad e intimidad a la información, autonomía trato respetuoso y la no discriminación para la formulación de capacitación en la especialidad de Ginecología y Obstetricia para la prevención de problemas futuros.	A la elaboración de un instrumento diagnóstico de estudio bioético se dieron cuenta que los médicos especialistas y médicos en formación en Ginecología y Obstetricia desconocen aspectos bioéticos y su relación con la violencia obstétrica.

Vázquez Morales, Fabiola; Nazar Beutelspacher, Austreberta; Salvatierra Izaba, Benito; Zapata Martelo, Emma; Sánchez Ramírez, Georgina/ Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad/ 2023	7	Violencia obstétrica en Chiapas, México: entre la revictimización, el saber médico y la suerte	Mixto	4	4.425	Desde el punto de vista cuantitativo se hizo un cuestionario o estructurado para un censo casa a casa.  Desde el punto de vista cualitativo se hizo una guía de entrevista semiestructurada para profundizar en los hallazgos obtenidos en las encuestas.	La magnitud y gravedad de las violencias reportadas por las pacientes durante el parto en los diferentes centros de salud y como esta violencia obstétrica está estrechamente relacionada a otros tipos de violencia, por lo que se puede enlazar los servicios de atención de salud con los otros aspectos de la vida de las mujeres.
Sotelo RNG/ Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social/2021	8	Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca	Cuantitativo	3	143	Se realizaron encuestas en siete regiones oaxaqueñas a las mujeres de esas regiones, con el fin de	Existe una disminución de la frecuencia de la violencia obstétrica en relación a encuestas previas y es mínimo

						poder identificar casos de violencia obstétrica que hayan realizado en hospitales extremeños en estas pacientes.	el conocimiento que tienen estas pacientes sobre sus derechos.
Tendero Bollain AD/ Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe/ 2020	9	Derechos Humanos y Grupos Vulnerables en Centroamérica y el Caribe	Bibliográfica	2	0	Se hace una investigación para la formulación del 1 Tomo donde se toman en cuenta otras investigaciones por autores de la región, relacionados al tema en cuestión.	Existió un interés en la formulación de proyectos de ley desde el 2014, sin embargo, hay cierta duda por parte de los sectores médicos y sus jerarquías de reconocer el problema como tal.
Ana Clara Barandela/ Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía/ 2023	10	Producción socio-legal de la violencia obstétrica: Apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la	Cualitativa	1	0	Se hace una exploración del concepto de violencia obstétrica como una problemática en la ciudad de Buenos Aires,	La meta de la investigación era resaltar nuevamente que las problemáticas que adquieren legitimidad en ciertos

		Argentina del siglo XXI				Argentina y también el estudio de los diferentes tipos de violencia obstétrica que se presentan en los centros de salud de dicha ciudad.	momentos y contextos históricos tienen que ser ante todo, el resultado de construcciones sociales colectivas.
Organización Panamericana de la Salud/ 2020	1 1	Prevención de la Violencia	Otros	5	0	Se hace una revisión sobre los datos que tiene la OMS y la OPS sobre los datos de violencia en el mundo, por lo que se evalúan los diferentes tipos de violencia y su prevención.	Crear conciencia para tomar acciones de erradicación de la violencia, así como darle soporte y apoyo a los países para estas prevenciones.
Luis Távara Orozco, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia/ 2023	1 2	Cómo entendemos la violencia obstétrica	Bibliográfica	2	0	Se hace un análisis de los conceptos sobre violencia obstétrica, así como una revisión de bibliografía sobre los	Lo que se busca es hacer conciencia de que la atención obstétrica es parte de la atención sexual y reproductiva y que se

						conceptos en América latina y en Perú sobre las malas prácticas realizadas de manera rutinaria.	tiene que basar en el respeto por los derechos humanos y centrado en la mujer.
Ministerio de Salud Pública de Ecuador/2023	13	Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco - obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud	Bibliográfica	2	0	Se hace una revisión sobre la legislación del país, así como los derechos que tienen las mujeres durante el proceso de embarazo parto y posparto y de ahí, informar y crear un manual de buenas prácticas médicas para la erradicación de la violencia obstétrica.	Se busca establecer las directrices y buenas prácticas basadas en evidencia científica para que el personal de salud le brinde una atención integral, segura, respetuosa y de calidad durante la atención ginecológica y obstétrica a las usuarias, dentro del marco de la garantía de los derechos.
Instituto Nacional de Juventud/ 2024	14	Hablemos de violencia ginecológica y obstétrica	Otros	5	0	Se hace un estudio de carácter informativo y educativo que es	Dar a conocer los derechos reproductivos que tienen las

						dirigido especialmente a los jóvenes, con el fin de concientizar sobre el concepto de violencia ginecológica y obstétrica en Chile.	mujeres como herramienta para prevenir y afrontar la violencia obstétrica.
Cárdenas Castro M, Salinero Rates S./ Revista Panamericana de Salud Pública/2022	15	Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud.	Mixto	4	2105	Se trata de un estudio descriptivo y de tipo transversal conducido entre los meses de diciembre de 2019 y mayo de 2020. La muestra quedó compuesta por 2105 mujeres de todas las regiones de Chile.	Dar a conocer como la violencia obstétrica es un tipo de violencia que se ven expuestas las mujeres mayormente en los centros de salud públicos de dicho país y que según la edad, siendo las mujeres jóvenes, entre los 18-29 años, las que se ven mayormente afectadas.
Ministerio Publico de la	16	Violencia obstétrica:	Otros	0	0	Análisis jurispruden	Reconoce la violencia

Defensa de la Nación/2024		boletín de jurisprudencia				cial para conocer las leyes que rigen en Argentina sobre los derechos de las mujeres y los derechos reproductivos a nivel internacional como nacional.	obstétrica como un tipo de violencia de género, así como la importancia de la visibilización de estos casos y la sensibilización que tiene que fomentarse por parte de los centros de salud y el personal de salud hacia las mujeres.
Ramallo-Castillo RM, Lozano-Vidal M, Durán-Castellanos I, Corrales-Gutiérrez I. / Ginecología y Obstetricia de México/ 2024	17	Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora.	Bibliográfica	2	0	Revisión bibliográfica de artículos publicados del 2017 al 2022 en las bases de datos de PubMed, Scopus, Medes, LILACS, Cinahl, SciELO y Web of Science. MesH de búsqueda: Violence; Obstetrics; Humanizing Delivery;	El trato inadecuado durante los procedimientos obstétricos no solo genera controversia en la sociedad, sino también en los profesionales de la salud que atienden directamente a las embarazadas en el parto.

						Obstetric Delivery.	Dotar a los profesionales de salud actuales y futuros de las herramientas necesarias para tratar a las pacientes desde un modelo biopsicosocial es fundamental para ofrecer una mejor asistencia, de mejor calidad.
Rodríguez-Roque S, Rodríguez-Rico D, Rodríguez-Rico G, Jiménez-Malavé R./ Rev. Obstet Ginecol Venez/2020	18	Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto.	Mixto	4	564 pacientes y 70 médicos	Estudio de campo no experimental, correlacional, prospectivo y transversal de 564 pacientes y 70 médicos provenientes de 3 centros de salud del estado de Anzoátegui utilizando un cuestionario como	Los resultados de dicho estudio nos habla de que los médicos tienen un conocimiento regular y una conducta deficiente ante estos casos de violencia como tal, además señala que el tipo de violencia que predomina

						instrumento .	en este país es el tipo físico ante el tipo psicológico.
Al Adib Mendiri Miriam, Ibáñez Bernáldez María, Casado Blanco Mariano, Santos Redondo Pedro./ Medicina Legal de Costa Rica/ 2017	19	La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer.	Bibliográfica	2	0	Los autores hacen una recopilación de información y de diferentes citas bibliográficas de normativas legales, así como documentos relacionados con la salud sexual y reproductiva.	Dicha revisión lo que plantea es la violencia obstétrica como un grave acción contra los derechos humanos de las mujeres derivado de las practicas hechas en las instituciones del país y que afectan tanto físico como emocional de las pacientes.
Rodríguez Mir Javier, Martínez Gandolfi Alejandra/ Gaceta Sanitaria/ 2021	20	La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España.	Bibliográfica	2	0	Se hace una revisión sobre los conceptos de violencia obstétrica y las conductas y practicas realizadas por el	Se plantea un cambio en el modelo de formación de médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia

						personal médico a las pacientes en estado de embarazo, parto y puerperio.	para la concientización del tema de violencia obstétrica, así como un trato más humanizado o para evitar este tipo de violencia.
Salazar Aguilera S, Torres Blanco Y./2018	2 1	Condiciones sociopolíticas existentes para la elaboración de una política pública que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos	Otros	5	17	Dentro de este trabajo se aborda de forma cualitativa, con grupos de discusión y un análisis sobre las leyes relacionadas a los derechos de las mujeres y su relación con la violencia obstétrica.	Se buscaba la construcción de lineamientos o directrices de Política Pública, con el fin de dar un trato más humanizado y la necesidad de intervenir en los procesos educativos para buscar una transformación sobre las estructuras tradicionales.
Quattrocchi P, Magnone N,	2 2	Violencia obstétrica en América	Cualitativos	1	-	Se hace un trabajo de tipo	Al final de dicho artículo,

coordinadores/ 2020		Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Buenos Aires				cualitativo, en el cual se buscaba hacer un estudio y mapeo de la zona y las problemáticas, posteriormente a hacer un estudio con participantes, sin decir la cantidad, para ver las actividades hacia un parto respetado.	logra mencionar que el camino ha sido largo y difícil e incompleto para lograr en la ciudadanía argentina un disfrute pleno de la salud reproductiva por parte de las mujeres.
Díaz García LI, Fernández M Y/ Revista de Derecho (Valparaíso) / 2018	2 3	Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile.	Cualitativa	1	0	Se busca revisar los conceptos y aspectos esenciales de la violencia obstétrica, así como ver la normativa de Venezuela, Argentina, México y particularmente en Chile, con la que han pretendido actuar para combatir este tipo de violencia.	En Chile, que era el equipo en el que se centraba la investigación en relación a los demás países, se habla de que es muy difícil cambiar este tipo de violencia si no existe con ellas el cambio cultural, como la difusión de derechos humanos y reproductivos.

							vos a la población, así como la modificación en los planes de estudio del personal de salud, que vaya enfocado a buscar un trato humanizado.
Luévano Cantú MS./ 2025	2 4	Iniciativa que reforma el Código Penal Federal para regular la violencia obstétrica. Ciudad de México: Cámara de Diputados	Otros	5	0	Es una propuesta sobre la reforma de ley, que busca reconocer y sancionar la violencia obstétrica en México.	Lo que busca es tipificar la violencia obstétrica como un delito y explicando que es un tipo de violencia de carácter médico y que busca combatir el trato deshumanizado, negación de la atención médica o la realización de procedimientos sin previo consentimiento.

Campos Serrano C, Páez Díaz de León L/ Cuestiones constitucionales/ 2024	25	La violencia obstétrica y sus implicaciones legales en México	Cualitativo	1	0	Este estudio busca explorar y comprender la violencia obstétrica y la problemática que esta representa, así como estudia la obligación que tiene el estado de proteger y velar por los derechos reproductivos de la mujer, así como ver los datos de diferentes referencias para hacer un estudio de experiencias de pacientes que hayan sufrido algún tipo de violencia.	Se entiende que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, la cual es cometida por el personal de salud debido a un trato deshumanizado durante el proceso reproductivo y señala la importancia de la creación de cursos que se den en los hospitales para evitar que se siga dando esta problemática.
Marcano Anaid, Palacios Yrali/ Comunidad y Salud/ 2017	26	Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias.	Bibliográfica.	2	0	Este artículo se basa en una revisión bibliográfica para analizar la violencia de género	Se logra entender que la violencia de género en Venezuela es un fenómeno

						como un problema de salud pública que afecta a las mujeres y comprender las causas y consecuencias en el ámbito venezolano.	que está relacionado a factores culturales, sociales, religiosos y educativos que lo que hacen es reforzar estereotipos de poder y crear desigualdades entre los hombres y las mujeres y lo que busca es fortalecer los mecanismos de prevención, atención a las víctimas y fomentar así un cambio cultural que erradique la normalización de la violencia de cualquier tipo hacia la mujer.
Asamblea Nacional de la República	27	Ley Orgánica sobre el	Otros	5	0	Revisión legal del artículo 51	Reconocer la violencia de género

Bolivariana de Venezuela./ 2007		Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N.º 38.668;				de la Ley Orgánica propuesta en Venezuela contra la violencia hacia la mujer.	como un problema estructural y que su abordaje debe darse de acuerdo con el reconocimiento de todos los tipos de violencia que sufren las mujeres, garantizán dole sus derechos.
López Vargas PJ, Peña Pereira MK/ Corte Interamericana de Derechos Humanos/ 2023	2 8	Análisis de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Otros	5	0	Revisión legal sobre la Ley Orgánica propuesta en Venezuela contra la violencia hacia la mujer y al planteamiento de la Reforma de Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia de 1998.	Se buscaba esta reforma de Ley para que en ese se favoreciera a la construcción de una sociedad democrática, participativa y paritaria de las mujeres con el objetivo de mejorar las operaciones a futuro por medio de sus contribuciones y así ayudar al

							desarrollo del país.
República Bolivariana de Venezuela/2021	29	Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N.º 6.667 Extraordinario.	Otros	5	0	Revisión legal sobre la reforma de la ley hecha en el 2007, sobre La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, donde se agregaban o modificaban ciertos artículos y añadían enunciados de estos.	Se buscaba actualizar conceptos a partir del último cambio hecho de la Ley, buscar incrementar nuevas sanciones institucionales prestadoras de los servicios de salud y promover la prevención de acciones que llevan a violencia contra las mujeres.
Pereira C, Domínguez A, Toro J./ Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela/ 2015	30	Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente	Mixto	4	326	Se buscaba determinar la prevalencia de la violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste, Dr. José Gregorio Hernández en Caracas, en el año	La desinformación sobre sus derechos y los conceptos de violencia obstétrica en Venezuela afectan las encuestas que se le realizan a las

						2012 por medio de la investigación por medio de un cuestionario a las 326 pacientes en cuanto a la atención recibida.	pacientes, esto porque nos da una información que se contradice sobre un trato irrespetuoso o violencia obstétrica como tal y sin haber denunciado estos actos, ya que dentro de ellas no consideran la denuncia como un derecho de su atención médica.
Ministerio de Salud de Costa Rica./2018	31	Norma nacional para la atención integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud.	Otros	5	0	Se realizó un análisis de la normativa existente en el país, la revisión bibliográfica de la literatura especializada y la consulta de los expertos en la materia, lo cual dio fin a la	El fin de la norma reconoce que las personas afectadas por violencia necesitan una atención integral, enfocada a los derechos humanos y la necesidad de que se unifiquen

						creación de esta norma.	los términos y los procedimientos en los centros de salud del país para garantizar por parte del estado, el compromiso con la población de centros de salud libres de violencia.
Mario Redondo Poveda, Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica./ 2015	3 2	Proyecto de Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica.	Otros	5	0	Proyecto de ley con un enfoque legal, enfocado a la protección de las mujeres gestantes, así como la tipificación de la violencia obstétrica como un delito.	En el momento de la presentación de este proyecto de ley este tipo de violencia no estaba tipificada como delito ni era manejada como tal, por lo cual dejaba a las víctimas sin protección.
Caja Costarricense del Seguro Social/2018	3 3	Plan de parto y nacimiento en la atención	Mixto.	4	80	Se utilizaron normativas y documento	

		institucional del parto en Costa Rica				s de referencia internacional y nacional para la formulación de este protocolo, así como encuestas enviadas a profesionales que están en contacto directo con las personas embarazadas para verificar y valorar la formulación del protocolo.	
Caja Costarricense del Seguro Social/2022	3 4	Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud	Otros	5	0	Imagen tomada a partir del protocolo clínico para la atención en el embarazo como instructivo para la formulación del plan de parto.	Instructivo que busca una educación para la mujer gestante de como llenar el formulario de plan de parto, el cual tiene que ser dado y explicado por el médico especialista de forma

							clara y concisa.
Caja Costarricense del Seguro Social/2023	3 5	CCSS marca la ruta para el fortalecimiento de la prestación de servicios obstétricos a nivel de maternidades y áreas de salud	Otros	5	0	Imagen tomada a partir del formulario de llenado para plan de parto, brindada por la CCSS.	Este formulario de llenado con colaboración del personal de salud relacionado a las mujeres en periodo de gestación, pensado en ayudar a aclarar dudas o valorar si la idea o lo que llena la mujer sea viable y que no sea dañino para la madre o el hijo y valorar si pueda permitírsele en el momento del parto.
Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica/2022	3 6	Ley N.º 10081: Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del	Otros.	5	0	Enfoque normativo, donde explica las leyes en la Asamblea Legislativa del país en donde se enfatiza en	Se plantea esta ley para la formulación de protocolo de acción para la implementación de

		embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido.				la normativa aplicada en la Ley No. 10081.	este en todos los centros de salud del país para una adecuada atención a las mujeres gestantes y velar por los derechos humanos de ellos.
Castro Castillo S/ 2024	37	CCSS oficializó estrategia contra violencia obstétrica	Otros	5	0	Enfoque informativo , noticia que se desarrolló el año 2024, con el fin de dar a reconocer la violencia obstétrica como problema de salud pública en el país y una violación contra los derechos humanos de las mujeres gestantes.	La CCSS buscaba con esta estrategia garantizarl e una atención de calidad y de carácter integral tanto a la madre como a su bebe, para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los establecimi entos de la CCSS.
Arce, E y Peralta A./ Universidad de Costa Rica, sede	38	Percepción sobre violencia obstétrica en la zona de Liberia, Guanacaste	Otros	5	12	Investigación de carácter cualitativo, que buscaba conocer las	Gracias a las encuestas formuladas en esta investigación se logró

Guanacaste/ 2024		en el periodo 2015-2020 para generar estrategias dirigidas a la atención integral.				experiencia s que las pacientes recibieron por parte del personal de salud para conocer si estuvieron en presencia o ausencia de la violencia obstétrica.	evidenciar las pacientes que sí estuvieron en presencia de violencia obstétrica y visibilizar este problema y la falta a los derechos de estas pacientes.
Natalben Contribuyen al Desarrollo Optimo del bebé	3 9	Contribuyen al Desarrollo Optimo del Bebé. Maniobra de Kristeller: todo lo que debes saber	Otros	5	0	En este texto lo que se hace es buscar información a través de literatura científica y guías clínicas especializa das y actualizada s en relación con la Maniobra de Kristeller.	Esta era una maniobra que se inició en el año 1867 y que era considerad o útil en la antigüedad , sin embargo, se ha visto que en la actualidad es una práctica que se considera peligrosa, ya que la paciente y su bebe no están exentos de consecuen

							cias de salud.
Dirección de Género y Diversidad, Gobierno de Mendoza/2019	40	Guía de abordaje institucional de la violencia obstétrica	Cualitativa.	1	0	Se hizo un abordaje interinstitucional, donde personas relacionadas del área legal, enfermería, psicología y medicina en conjunto con el Gobierno de Mendoza, así como las leyes correspondientes para la formulación de la guía.	Se habla que la violencia obstétrica como parte de la violencia de género institucional, a las cuales se les considera que deben tener un papel más activo para ayudar a la erradicación de los actos de violencia obstétrica, así como el cambio que tiene que hacerse a nivel del personal de salud para buscar un trato más humanizado y enfocado a los derechos de las mujeres.

Fuente: Briceño, 2025.

## **CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los análisis y resultados obtenidos a partir de los hallazgos realizados de la literatura científica, tanto nacional como internacional, así como los hallazgos de las legislaciones de los países en estudio y su implicación y repercusiones hacia las instituciones y el personal de salud por la violación de los derechos reproductivos de la mujer y las consecuencias que esta violación puede causarle a ella y a su recién nacido desde la parte física, así como la parte psicológica y emocional, la cual puede incluir desde alguna enfermedad o condición de salud por parte de una negligencia médica o del resto del personal a cargo de los servicios obstétricos, hasta poder llegar a un punto de no retorno como lo es causar la muerte de alguno de los dos, algo que a pesar de que a las personas a cargo se les juzgue según la legislación de cada país, son vidas que no se pueden recuperar, afectando así a familias y creando múltiples problemas, difamación hacia las instituciones sin importar que sean de índole público o privado, hasta, la pérdida de credibilidad y creando una enorme inconformidad hacia dichas instituciones.

La información a continuación se organizará en función de ejes temáticos, definidos previamente y con el objetivo de explicar brevemente lo obtenido en cada uno de ellos, así, con el fin de poder identificar y exponer las principales definiciones de violencia obstétrica, así como los tipos de esta violencia que podemos encontrar, la legislación de los países en estudio y terminando por las herramientas o buenas prácticas médicas que se puedan implementar con el fin de buscar acercarnos a una erradicación de estas acciones que pueden causar tanto daño a las mujeres.

Posteriormente, se describirán las conclusiones que se obtuvieron a partir de los objetivos planteados al inicio del trabajo, uno por uno y las recomendaciones que surgieron una vez finalizada esta investigación.

Como parte de los ejes temáticos descritos anteriormente, el primero de ellos es definir la violencia obstétrica, para ello se expone en una tabla la Organización defensora de los derechos humanos o de los países en estudio donde explique brevemente qué es la violencia obstétrica para ellos, seguido de la definición y el enfoque técnico que ellos le dan a esa definición y los temas más importantes de esa definición para el país. También se mencionan unos países adicionales, tal es el caso de Ecuador y Chile, países que están avanzando en temas de legislación y reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres con el fin de erradicar este tipo de violencia, pero estos quedarán de últimos en la tabla para darle prioridad y visibilidad a los países en estudio.

El primer paso para analizar los resultados de esta investigación consiste en revisar las definiciones y enfoques que se han otorgado a la violencia obstétrica, tanto a nivel internacional como en los países que se tomaron como objetos de estudio. La importancia de esto radica en ver como no existe una única conceptualización de esta forma de violencia, sino que cada contexto político, social y jurídico lo ha interpretado de acuerdo con sus realidades y prioridades.

Mientras los organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, reconocen la violencia obstétrica como un problema a nivel global vinculado a la atención del parto en los establecimientos de salud, independientemente públicos o privados, los demás países, especialmente los latinoamericanos y estos los cuales se encuentran en

estudio en dicho trabajo, han avanzado en diferentes direcciones, priorizando aspectos jurídicos, institucionales, profesionales o emocionales según sus experiencias.

Es por eso, que la tabla presentada a continuación, sintetiza las principales definiciones adoptadas tanto como organizaciones internacionales como de la ONU, también de los países en estudio como lo son Argentina, México, Venezuela, Costa Rica y haciendo una mención especial en este apartado a los países como Ecuador y Chile, destacando también el enfoque predominante en cada caso según el país.

Esta tabla nos permite observar cómo, a pesar de tratarse de una forma específica de violencia de género ejercida en los servicios de salud, el énfasis varía de una manera significativa entre los países en estudio, ya sea la deshumanización del trato, la medicalización excesiva, el irrespeto a los derechos sexuales y reproductivos o las repercusiones psicológicas o físicas en las mujeres.

Asimismo, la inclusión de la ONU dentro estas definiciones, como un referente internacional que nos da a entender el aumento en la relevancia de este fenómeno y que ha llegado a alcanzar un puesto importante a nivel mundial, lo que ha llevado a que estados o países empiecen a velar por la formalización de sus marcos normativos y seguidamente de una mejora en las prácticas médicas, avances que lleven a una posible erradicación de este fenómeno y ayuden a aumentar los estándares internacionales de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

Tabla 4. Definiciones de Violencia Obstétrica

Organización/País	Definición	Enfoque
-------------------	------------	---------

ONU	Aquella violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los establecimientos de salud.	Reconoce esta violencia como un fenómeno internacional.
Argentina	Es el tipo de violencia que el personal de salud ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresadas en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización.	Enfoque más jurídico y legal, además señalando la deshumanización que existe y la institucionalización del concepto de violencia como tal.
México	Una forma específica de violencia, la cual es ejercida por profesionales de la salud, predominantemente médicos y enfermeros y que es dirigida hacia las mujeres que se encuentren en su periodo de embarazo, parto y posparto.	Enfocado más a una definición institucional y profesional, así como un tipo de violencia diferenciada.

Venezuela	Es un tipo de violencia que incluye cualquier acción que produzca efectos negativos, tanto físicos como psicológicos durante el proceso del parto, todo esto producto de un trato deshumanizado que surge por el personal de salud, provocando así, un incumplimiento e irrespeto de los derechos de la mujer embarazada.	Enfoque más jurídico y legal, señalando siempre el haber sido pionero en este ámbito a nivel mundial y regional, también marca la afectación de la salud física y mental de las mujeres y una desigualdad estructural y una mala atención.
Costa Rica	Se puede definir como la violencia ejercida por los profesionales de salud sobre el cuerpo u los procesos reproductivos de las mujeres y que incluso, puede ir más allá, porque se tocan temas relacionadas a una mala atención incluso después de una pérdida o duelo del	Un enfoque más hacia la atención posparto, la parte psicológica y emocional de las mujeres posterior a una pérdida, a pesar de la falta de definición legal institucional.

	recién nacido y la falta de atención médica y psicológica en estos casos.	
Ecuador	La definen como aquella acción u omisión que limite al derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos, la cual es expresada a través del maltrato, la imposición de prácticas culturales y científicas sin consentimiento o la violación del secreto profesional, alteración del proceso natural del parto, esterilización forzada o la incapacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.	Enfoque de autonomía corporal, la promoción y divulgación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como la necesidad del consentimiento, ante todo.

Chile	Se define como la vulneración y apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud, esto por medio de prácticas que implican la excesiva intervención médica durante el proceso de embarazo, parto y postparto, produciéndole a las mujeres una pérdida de autonomía y afectando así la calidad de vidas de estas.	Enfoque de autonomía, además, abarca términos de medicalización y patologización de procesos fisiológicos.
-------	---	--

Fuente: Briceño, 2025.

Este análisis comparativo de la tabla evidencia varios patrones importantes como:

- i. En primer lugar, tanto Argentina como Venezuela se caracterizan por un enfoque jurídico y legal, al haber sido los países pioneros en la tipificación de la violencia obstétrica dentro de sus marcos normativos.

En estos países, la definición de violencia obstétrica no solo se identifica la deshumanización y el abuso de medicalización como elementos constitutivos, sino que también reconoce el carácter estructural de este tipo de violencia dentro de las instituciones de salud, lo cual demuestra un claro interés en visibilizar la problemática en el ámbito legislativo, convirtiendo la conceptualización en un instrumento jurídico

que otorga una legitimidad a las denuncias de las mujeres y obliga a los sistemas de salud a modificar sus prácticas médicas.

- ii. México por su parte, presenta una dedición que se centra en el ámbito institucional y profesional, al considerar que son los médicos y enfermeras a cargo quienes ejercen este tipo de violencia hacia las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.

Este enfoque de la definición como país claramente refleja un esfuerzo por delimitar a los actores responsables dentro de la atención obstétrica, aunque su principal limitación radica en que se reduce la conceptualización a un problema individual o de prácticas específicas, sin profundizar en las condiciones estructurales del sistema de salud que mantienen y que continúan este tipo de violencia.

- iii. En tercer lugar tenemos a Costa Rica, en el cual podemos observar un enfoque diferente que, aunque carece de una definición legal específica, el debate académico y social ha identificado la violencia obstétrica como una práctica que trasciende el momento del parto.

La definición en costa rica se amplía para abarcar el punto de vista tanto psicológico y emocional de las pacientes, especialmente en contextos de perdidas gestacionales o duelos neonatales, lo cual constituye un aporte relevante para la región, ya que pone en contexto aspectos que vemos que llegan a ser ignorados por los demás países en estudio y que a la larga termina siendo parte muy importante del proceso actual que presentan y que puede llegar a afectar a un futuro a esas madres que pueden no animarse más por el miedo de pasar por lo mismo y ser invisibilizadas en un contexto de duelo donde solo ellas llegan a percibir un dolor como la pérdida de su hijo sin que se le brinde una ayuda psicológica ni apoyo por parte del personal de salud en caso de que pase.

iv. Para finalizar, Ecuador y Chile que si bien es cierto no son los países especialmente estudiados en este trabajo, destacan también por sus avances y sus puntos de vista desde la autonomía corporal y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Ecuador, por ejemplo, subraya la importancia del consentimiento informado, el respeto a la confidencialidad y la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo, mientras que, en Chile, la definición de violencia obstétrica se ve como una apropiación del cuerpo de las mujeres y la excesiva intervención médica que conlleva a la pérdida de la autonomía y la calidad de vida. Ambos países coinciden en señalar la violencia obstétrica como una forma de vulnerar los derechos de las pacientes, que trascienden la atención clínica para convertirse en un problema de derechos humanos.

El siguiente eje temático por exponer son los tipos de violencia que podemos evidenciar y que encontramos incluidos dentro de la violencia obstétrica, estos tipos de violencia son presentados en las mujeres a lo largo de su proceso de gestación, así como en su proceso de parto y posparto.

Una vez comprendidas las distintas definiciones y enfoques que adopta la violencia obstétrica en el plano tanto internacional como regional, resulta indispensable examinar como se expresa en la práctica clínica, por ello es importante saber que se tiene que clasificar en las principales manifestaciones en las que esta se expresa, siendo las dos categorías más frecuentes de violencia obstétrica el tipo físico y el tipo psicológico.

Esta división no es arbitraria, sino que corresponde a la necesidad de visibilizar las formas específicas en que se vulneran los derechos de las mujeres en los diferentes tipos de servicios de salud, tanto mediante intervenciones médicas invasivas como a través de las actitudes, omisiones y conductas deshumanizadoras.

La tabla que se presentara a continuación resume las expresiones más comunes de cada tipo de violencia. En el caso de violencia obstétrica física se incluyen las practicas medicas innecesarias, dolorosas o ejecutadas sin consentimiento, así como una descripción de la misma y las consecuencias que pueden darle a las mujeres.

Tabla 5.Violencia Obstétrica física

Practica medica	Descripción de la practica	Consecuencias
Uso de oxitocina IV sin justificación	El uso de forma tradicional de este medicamento de vía intravenosa para estimular la inducción del parto.	Su uso en dosis muy altas puede producirle a la mujer una actividad uterina excesiva.
Uso de enemas	Se acostumbraba a colocarle enemas a las mujeres con el fin de acelerar la dilatación y acelerar el trabajo de parto.	Procedimiento que producía incomodidad innecesario a la mujer sin un claro beneficio.
Maniobra de Kristeller	Se ejercía presión sobre el fondo uterino con el fin de acelerar el parto.	Procedimiento que podía causarle lesiones de estructuras internas debido a la fuerza de la presión, tanto a la madre como a su bebé.
Inducción del parto sin consentimiento	Algún tipo de intervención de las antes mencionadas	Procedimiento que violaba la autonomía de las mujeres,

	con el fin de iniciar la labor de parto sin previo aviso.	así como la realización sin consentimiento informado.
Ruptura artificial de membranas sin autorización	Ruptura con fines médicos, pero sin consulta previa.	Procedimiento invasivo, el cual causa dolor y molestia a la mujer.
Uso de fórceps sin consentimiento	Uso de instrumental médico sin consentimiento ni explicación previa.	Procedimiento con un alto índice de daño físico e inclusive, emocional.
Negación de atención o trato negligente	Omisión deliberada de la atención médica o un trato denigrante por parte del personal de salud.	Se considera parte de la violencia obstétrica el hecho de la no atención médica, además de que pone en riesgo la salud de la madre y el hijo.

Fuente: Briceño, 2025.

Esta siguiente tabla, resume ahora las experiencias más comunes de la violencia psicológica, en el cual se manifiesta el maltrato verbal, la negación de información o la prohibición de acompañamiento durante el parto. Esta sistematización permite observar como la atención obstétrica, los cuerpos y las emociones de las mujeres se ven afectados de manera simultánea, creando así un fenómeno complejo que combina la vulneración física con la afectación psicológica

Tabla 6. Violencia obstétrica psicológica

Tipo de conducta	Descripción	Consecuencias
Agresiones verbales (burlas, humillaciones, insultos)	Comentarios que pueden llegar a desacreditar	Pérdida de confianza y traumas ocasionados por el personal de salud.
Trato deshumanizado	Conductas que afectan la dignidad de la paciente.	Genera miedo y estrés.
Impedir que las mujeres se expresen o participe en las decisiones	El miedo provocado por el personal no les permite hacer preguntas o expresar sus dudas de los posibles procedimientos que se les realizara.	Afecta el derecho que tienen de recibir la información clara por parte del personal.
Uso de tecnicismos sin posterior explicación	Este tipo de lenguaje es inaccesible para personas con bajo nivel educativo,	Este tipo de lenguaje produce miedo e inseguridad del proceso medico a realizar.
Negar el acompañamiento durante el parto	El prohibir la presencia de una persona de confianza de la madre.	La negación ante este tipo de situación puede producirle ansiedad y estrés, sumado al

		que está experimentando ya con el parto.
No brindar información sobre la evolución del parto	Ocultarle o no brindarle la información del todo del estado de salud materno, neonatal o del periodo del parto en el que se encuentra o de los procedimientos que se le puedan realizar.	Puede causarle inseguridad y angustia a la madre.
Omisión del consentimiento informado	Realizar procedimientos sin explicarle o sin autorización previa.	Viola el derecho de autonomía a la mujer.

Fuente: Briceño, 2025.

El análisis de la información contenida en las tablas anteriormente descritas evidencia que la violencia obstétrica no solo se limita a intervenciones medicas invasivas, sino que se extiende a dimensiones menos visibles, pero igualmente dañinas y perjudiciales para las mujeres.

- i. Para empezar, la violencia obstétrica física se traduce en procedimientos clínicos que se realizan sin la necesidad medica comprobada, sin consentimiento informado o en condiciones que pongan en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, ejemplos de estas prácticas médicas son la maniobra de Kristeller, el uso excesivo de oxitocina, cesáreas innecesarias o episiotomías sistemáticas.

Si bien es cierto, algunos de estos procedimientos pueden ser clínicamente justificados en circunstancias específicas, el uso rutinario refleja un modelo de atención que está centrado en la medicalización del parto más que en el respeto a la fisiología y autonomía de las mujeres como tal.

- ii. Por otro lado, la violencia obstétrica psicológica se manifiesta en expresiones verbales y conductas que generan humillación, miedo o sensación de sentirse indefensas.

Entre las practicas más comunes de violencia obstétrica de tipo psicológica se encuentran los comentarios despectivos acerca del dolor, las burlas sobre la conducta de la paciente durante el trabajo de parto, la infantilización de las mujeres al negarles información clara y comprensible, usando tecnicismos adrede como una forma de crear admiración por parte de las pacientes hacia los médicos, sin entender que ellas, dentro de su parte más interna y uno de los momentos más vulnerables de sus vidas como es el embarazo parto y posparto, lo único que necesitan es claridad y palabras que le brinden tranquilidad y seguridad en momentos de tanto nerviosismo, la restricción del derecho a ser acompañadas por una persona de confianza, entre otras.

Aunque estas formas de violencia no dejan huellas físicas visibles, producen un impacto significativo en la salud mental de las mujeres, afectando así su vivencia del parto y en muchos casos, creando secuelas emocionales duraderas como ansiedad, depresión posparto o incluso rechazo a futuros embarazos.

Un aspecto importante que se desprende del análisis es que al violencia psicológica suele acompañar y legitimar a la violencia física, por ejemplo, cuando una mujer es descalificada por quejarse del dolor, se abre la puerta a que se le practiquen intervenciones

sin consentimiento, bajo el argumento del personal de salud “es lo mejor para ella”, demostrando así que no son fenómenos aislados y que más bien, operan de manera conjunta dentro de una relación de poder asimétrica entre el personal de salud y el desconocimiento de la paciente.

Finalmente, cabe señalar que tanto la violencia física como la psicológica reflejan un modelo de atención obstétrica que históricamente ha colocado a los profesionales de salud en una posición de autoridad incuestionable, relegando a las mujeres a un rol de pasividad en la toma de decisiones sobre sus cuerpos, este modelo no solo contradice los marcos normativos y de derechos humanos revisados en el capítulo, sino que también se perpetúa la desigualdad de género en el ámbito sanitario.

En este eje temático se describirán por medio de una tabla, la comparación del marco legal entre Argentina, México, Venezuela y Costa Rica, en el cual se conocerá por país la ley o la norma, la fecha de publicación y una breve explicación del objetivo con el que se creó dicha norma. Una comparación de países que son considerados pioneros en la creación de las leyes para combatir este tipo de violencia y poder ver como Costa Rica sigue avanzando para ser parte de estos países, creando una legislación y protocolos que busquen acompañar a la mujer en su proceso de gestación, parto y posparto.

La existencia de leyes específicas no solo pone en clara evidencia a la violencia obstétrica como una forma diferenciada de violencia de género, sino que también establece las obligaciones para los sistemas de salud y los mecanismos de garantía para las mujeres. La revisión comparativa entre los países en estudio en el presente trabajo demuestra una marcada heterogeneidad normativa y lo cual es entendido por las particularidades que tienen cada sistema jurídico de dicho país, así como las dinámicas políticas y sociales en cada contexto.

Mientras que otros países han logrado tipificar expresamente la violencia obstétrica y establecer sanciones legales, otros han optado por regulaciones indirectas o se mantienen aun en una etapa temprana, donde el termino de violencia obstétrica es reconocido en el debate académico y social, pero sin contar todavía con un respaldo legislativo específico.

Es por esto que este eje temático que se tocara a continuación es uno de los más relevantes del trabajo, ya que el reconocimiento normativo de esta problemática determina en gran medida las posibilidades que existen tanto de prevención, denuncia o sanción, así como identificar las buenas prácticas, los vacíos normativos y retos pendientes para la consolidación de políticas públicas integrales en los países, con el fin de que garanticen a las mujeres una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia.

La tabla que es presentada a continuación sintetiza el marco jurídico de los países en cuestión como Argentina, México, Venezuela y Costa Rica, destacando los avances que han tenido cada país, sus normativas y las limitaciones persistentes.

Tabla 7. Tabla comparativa del marco legal sobre la Violencia Obstétrica en Argentina, México, Venezuela y Costa Rica.

País	Ley/Norma	Año	Breve explicación
Argentina	Ley No. 25.929 Derechos de padres e Hijos durante el Nacimiento	2004	En esta ley se reconoce los derechos de la mujer durante el parto, buscando el respeto,

			<p>el derecho a la información, al acompañamiento durante el parto y la evitación de prácticas invasivas sin justificación médica.</p>
	<p>Ley No. 26.485</p> <p>Protección integral contra la Violencia hacia las Mujeres</p>	<p>2009</p>	<p>En esta Ley define la violencia obstétrica como una modalidad específica de violencia, la cual es ejercida por el personal de salud por un trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales.</p>

	Ley No. 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud	2009	Esta ley regula los derechos de los pacientes por un trato digno, autonomía, consentimiento informado, intimidad y confidencialidad en la atención de salud por parte del personal y de las instituciones prestantes de servicios de salud.
México	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	2007	En esta ley no se menciona explícitamente el término de violencia obstétrica como tal, sin embargo, establece los principios generales

			sobre la violencia física y psicológica contra las mujeres.
	Legislación estatal en Chiapas, Veracruz y Guerrero	2014	Estos estados tipifican la violencia obstétrica como un delito, de forma individual entre ellos, pero incluyen sanciones penales, administrativas, incluyendo penas carcelarias y suspensión del permiso de trabajo.
	Proyecto de Reforma al Código Penal Federal (Artículo 199 Septimus)	2025	Este proyecto de ley es una iniciativa para sancionar penalmente diversas formas de violencia obstétrica, identificando

			prácticas injustificadas como la realización de cesares sin necesidad o la esterilización de manera forzada.
Venezuela	Ley No. 38.668 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Libre de Violencia	2007	Esta fue la primera ley en el mundo en incluir y tipificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional, define actos constitutivos e incluso, propone sanciones económicas y establece la responsabilidad para el personal de salud.

	<p>Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia</p>	<p>2021</p>	<p>Esta reforma de ley busca agregar o modificar los artículos de la Ley propuesta en el año 2007, para garantizarle y promover a las mujeres los derechos a una vida libre, sin violencia, fortaleciendo las políticas públicas para prevenir, atender y sancionar cualquier acto de violencia obstétrica, buscando una enseñanza de los derechos de las mujeres en los servicios de educación del país</p>
--	--	-------------	--

			para buscar erradicar este tipo de violencia.
Costa Rica	Decreto Ejecutivo No. 41632-S, Norma Nacional para la Atención Integral a Personas en Situación de Violencia	2019	Ley de carácter obligatorio para todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, la cual establece los lineamientos para una atención integral en personas en situación de violencia, buscando un enfoque hacia el respeto de los derechos humanos, la equidad y la prevención.
	Proyecto de Ley para proteger a la	2015	Iniciativa legislativa presentada y

	<p>mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica</p>		<p>propuesta por un diputado en cuestión, el cual buscaba sancionar la violencia obstétrica en el Código Penal. Este proyecto de ley proponía buscar un control prenatal humanizado, que se respetaran los requisitos mínimos de una atención médica, así como las obligaciones del personal de salud.</p>
	<p>Ley No. 10.081 Derechos de la Mujer durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto,</p>	<p>2022</p>	<p>Ley que busca garantizar la atención medica de las pacientes con un enfoque de los derechos humanos durante el embarazo,</p>

	Posparto y atención del Recién Nacido		parto y posparto, aunque en ella no se menciona explícitamente la violencia obstétrica, busca erradicar prácticas discriminatorias y promover la autonomía y dignidad de las mujeres.
--	--	--	--

Fuente: Briceño, 2025.

Como un análisis comparativo de la tabla anterior, se pueden identificar tres niveles en los avances legislativos en torno a este tema de la violencia obstétrica.

- i. En primer lugar, en los países de Argentina y Venezuela se han tipificado de manera explícita el tipo de violencia en sus marcos normativos.

Dicho esto, según se logró evidenciar y explicar en la investigación realizada en dicho trabajo, Argentina cuenta con unos fundamentos jurídicos y legislativos robustos, en los cuales se incluyen la Ley de Parto Humanizado, propuesta en el año 2004, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia de las Mujeres en el año 2009 y la Ley de los Derechos del Paciente también propuesta en ese mismo año.

En este conjunto de leyes que podemos encontrar dentro del marco jurídico de Argentina no solo reconocen la violencia obstétrica como una modalidad específica de violencia de género, sino que también tienen como finalidad el velar y garantizar los derechos de las pacientes, como el consentimiento informado, la confidencialidad y el acompañamiento durante el parto.

Por su parte, en Venezuela, país que fue pionero en la región al ser el primer país en tipificar la violencia obstétrica dentro de su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que fue puesta en ejecución desde el año 2007, situándola como delito sancionable e incorporando la dimensión del trato deshumanizado y el abuso de medicalización como elementos centrales de la definición.

Si bien es cierto, entre estos dos países, Argentina empezó a tener una legislación unos años anteriores con respecto a Venezuela en velar por los derechos reproductivos de las mujeres con la promulgación de la Ley propuesta en el año 2004, es importante recalcar que se reconoce a Venezuela como país pionero antes que Argentina en este tema porque fueron ellos, el primer país en el que pusieron el término de violencia obstétrica dentro de una legislación, dándole una definición dentro de la Ley Orgánica que fue propuesta en el año 2007 y considerándola a este tipo de violencia como un delito sancionable a los personales de salud que incurrieran en esta.

ii. En un segundo lugar, encontramos a México, el cual tiene una peculiaridad, ya que tiene un sistema federal y estatal, lo cual lo diferencia de los demás países en estudio y que nos brinda una perspectiva diferente.

Teniendo en cuenta esto, en México dentro de su marco jurídico Federal reconoce la violencia de género en términos generales, pero no define de manera específica el término de violencia obstétrica como tal y es de ahí donde la regulación recae en las legislaciones estatales.

Este modelo que tiene México a diferencia de los demás países es lo que ha generado un escenario fragmentado, esto porque a niveles estatales algunos de ellos han avanzado en la tipificación y sanción de este tipo de violencia, pero no todos van de la mano, ya que hay otros estados que carecen de normativas claras, generando así una protección desigual para las mujeres y dejándolas vulnerables dependiendo de su lugar de residencia.

Es por eso que la falta homogénea de legislación a nivel estatal representa un desafío significativo como país, ya que se ven estados que si intentan velar por estas pacientes y sus derechos, sin embargo, como se mencionó anteriormente, estos van a depender de su lugar de residencia, llevando así a un conflicto a nivel nacional en la creación de protocolos nacionales estandarizados o propuestas de Ley a nivel nacional que le generen esa seguridad a las mujeres y esa protección que tanto necesitan en todo su periodo de embarazo, parto y posparto.

iii. Finalmente, como tercer nivel podemos ubicar a Costa Rica, nuestro país actualmente no cuenta con una ley específica que tipifique la violencia obstétrica como tal.

Si bien es cierto, en nuestro país se han desarrollado lineamientos y se han creado protocolos clínicos orientados a mejorar la calidad de la atención y crear buenas prácticas médicas como el plan de parto, la promoción del acompañamiento de la persona que la

mama escoja en el momento del parto y del apego precoz, la ausencia de una normativa con fuerza sancionatoria limita la exigibilidad de estos derechos.

En este sentido, nuestro país refleja un atraso con respecto a otros países de la región, lo que deja en evidencia la necesidad que se tiene en avanzar hacia la formulación de un marco legal robusto, que respalde los avances institucionales y que les brinde a las mujeres las herramientas efectivas de denuncia y protección de los derechos humanos y reproductivos de ellas.

Es importante destacar que a pesar del rezago que tiene Costa Rica mencionado anteriormente, ya han existido iniciativas por parte de la Asamblea Legislativa del país en las cuales se han intentado proponer un proyecto de Ley, por medio de un diputado en su momento, con el fin de que se buscara sancionar la violencia obstétrica como tal, añadiendo este tipo de violencia al código penal y que intentaba promover así un parto más humanizado acompañado así desde la perspectiva legal y respetando así los derechos y las posibles sanciones que el incumplimiento a esto pudiera generar en el personal de salud.

Por lo tanto, como análisis final de la información anteriormente descrita en las tablas y párrafos anteriores de los marcos legales de los diferentes países en estudio, se puede observar que se ha aumentado el reconocimiento de la violencia obstétrica por parte de los países de América Latina, aunque los avances siguen siendo desiguales entre ellos.

Argentina y Venezuela parten como los principales modelos a seguir ya que representan los modelos más avanzados a nivel de tipificación de términos dentro de sus legislaciones, México representa un avance parcial condicionado por su marco legal

distribuido en Estatal y Federal, creando vacíos legales y dejando cierta parte de su población vulnerable dependiendo de su residencia y la falta de una iniciativa a nivel nacional que ayude a regular esa problemática que presenta la población con el fin de que todos lleguen a un punto final de beneficio para las mujeres.

Por último, tenemos a Costa Rica el cual también representa un país con vacíos legales, que no cuenta todavía con una ley que sancione dichas acciones de violencia pero que intenta crear una legislación gracias a los avances institucionales que tienen como la formulación de protocolos clínicos.

Por lo tanto, podemos observar que esta diferencia entre normativas, definiciones y sus demás limitaciones que tienen cada país, nos lleva a entender que la erradicación de la violencia obstétrica no solo va a depender del reconocimiento social y académico, sino que necesita de la voluntad política y de la consolidación de marcos legales que sean claros, coherentes y fuertes en las sanciones para poder ofrecer mejores servicios a la población.

Una vez revisadas las definiciones, los tipos de violencia obstétrica y los marcos legales, es necesario examinar como último eje temático planteado, de manera detallada las herramientas y buenas prácticas médicas que, a partir de las diferentes referencias bibliográficas estudiadas proponen para buscar hacer un cambio en la atención y buscar una erradicación de la violencia obstétrica a futuro, promoviendo la conservación de los derechos humanos de las mujeres y los recién nacidos, así como las herramientas que proponen las leyes y normativas de estos países.

El análisis de estas prácticas es de gran relevancia porque refleja el grado de compromiso que tienen los sistemas de salud con la transformación de la atención obstétrica hacia un modelo más humanizado, centrado en los derechos de las mujeres y el respeto a su autonomía.

Si bien la existencia de los marcos legales constituye un paso muy importante, casi fundamental para visibilizar y sancionar la violencia obstétrica, puede resultar insuficiente si no se ve acompañado de medidas o protocolos que impacten directamente la función clínica y del personal de salud como conjunto.

Las buenas prácticas médicas permiten materializar los principios normativos en acciones concretas dentro de los servicios de salud, de modo que no se queden relegados únicamente en el plano legal. La sistematización de estas experiencias permite identificar los patrones comunes y los enfoques diferenciados según los países, sus modelos de atención de salud y el enfoque que tengan, ya que hay países que priorizan el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres mediante el consentimiento informado y la planificación del plan de parto, para otros el énfasis va más dirigido hacia la atención psicológica y emocional, particularmente situaciones de pérdidas gestacionales.

De esta manera, las buenas prácticas médicas no solo constituyen a un conjunto de lineamientos técnicos, sino que también representan un cambio cultural dentro de la relación médico-paciente, donde la voz de la mujer pasa a ser muy importante dentro de la toma de decisiones sobre su proceso, siempre y cuando no se ponga en riesgo ninguna vida.

En este sentido, la tabla que se presentara a continuación resume las principales estrategias desarrolladas por los países en estudio, entre las que destacan el plan de parto, la

promoción del acompañamiento durante el trabajo de parto y posparto, el respeto al consentimiento informado, la atención al duelo perinatal y la garantía de apego precoz y lactancia materna inmediata.

Tabla 8. Herramientas y buenas prácticas médicas contra la violencia obstétrica por país:

País	Herramienta/ Buenas prácticas médicas	Descripción breve
Argentina	Ley No. 25.929	Esta Ley garantiza el derecho de las mujeres a decidir sobre su proceso de parto, la persona que las acompaña y evitar intervenciones necesarias.
	Consentimiento informado	Las mujeres tienen derecho a saber con antelación sobre los procedimientos que se les realizará a lo largo de su etapa de gestación, parto y posparto y de aclarar las dudas que tuvieran de dichos procedimientos.

	Trato digno y respetuoso	Las leyes No. 26.485 y No. 26.529 hablan de que el personal de salud está en la obligación de brindarle una atención médica con un trato donde abunde el respeto y se promueva la dignidad de las pacientes.
	Apego precoz del recién nacido	Se incentiva el contacto madre-hijo para fortalecer ese primer vínculo que se forma inmediatamente este bebé nazca, aclarando que puede saltarse dicho proceso si alguno de los dos requiere atención medica especial en el momento.
México	Modelo de parto humanizado	A partir de la propuesta legislativa de carácter federal, se busca garantizarles a las mujeres un parto respetado, sin

		violencia médica y con un enfoque en la autonomía reproductiva de la mujer.
	Información sobre lactancia materna y demás procedimientos	Iniciativas locales y federales que lleven a incentivar la lactancia materna en esta población, informar sobre sus beneficios y ventajas para el niño. Además, el derecho que tienen las mujeres para tener acceso a una información clara y detallada de los procedimientos a los que pueden estar sometidas durante su proceso.
	Sanciones ante prácticas que promuevan la violación de los derechos de las mujeres	Según la legislación federal de los tres estados mexicanos, Chiapas, Guerrero y Veracruz, el personal de salud y las

		<p>instituciones están en la obligación de respetar los derechos de las mujeres y no incurrir a prácticas incorrectas como cesáreas sin necesidad médica, esterilizaciones forzadas o un trato deshumanizado, ya que estas pueden ser sancionadas según dicte la ley de cada estado.</p>
Venezuela	Parto vertical	<p>La Ley Orgánica, en su artículo 51, reconoce el parto vertical como un método donde la mujer pueda tener a su hijo con menos dolor, ya que el parto horizontal, al estar acostada, puede llevar a un parto más prolongado y una disminución del flujo</p>

		sanguíneo por compresión con la vena cava inferior.
	Control del uso de técnicas medicas invasivas	Actualmente, las practicas invasivas están reguladas, ya que se consideran parte de la violencia obstétrica por realizarlas sin necesidad médica, ya que se habla de que si el proceso natural del parto es normal, no hay necesidad de buscar acelerar ningún proceso, sino que al contrario, puede llevar a molestias y a estrés de las madres.
	Promoción del apego inmediato madre-hijo	Se penaliza la obstrucción injustificada al contacto precoz madre-hijo.
	Cesárea solo con indicación médica	La conversión al parto quirúrgico debe ser justificado medicamente, al contrario, no debe ser

		impuesto hacia la mujer sin previo consentimiento, ya que es considerado un acto de violencia obstétrica esta práctica.
Costa Rica	Atención oportuna y personalizada	Según la estrategia presentada por la presidenta de la CCSS, el personal de salud y las instituciones tienen que promover un modelo de atención integral, basado en la equidad, prevención y riesgo.
	Trato respetuoso y comunicación clara	El personal está en la obligación de brindarle la información accesible a las mujeres, sin tecnicismos innecesarios que puedan llegar a confundir a las pacientes y, a su vez, buscar un trato empático con ellas

		en caso de no entender algún procedimiento.
	Evitar intervenciones innecesarias	Incentivar al personal de salud y a las instituciones en eliminar o discontinuar el uso de prácticas como episiotomías rutinarias, amniotomía temprana, oxitocina sin indicación o maniobra de Kristeller.
	Ingreso de un acompañante de confianza	Se promueve el acompañamiento de la persona de elección según cada madre, esto le genera a ella tranquilidad y serenidad en un proceso donde predomina el estrés y la incertidumbre, aún más siendo madres primerizas.
	Lactancia inmediata y apego precoz	Incentivar el inicio de la lactancia materna y el apego precoz madre-hijo, para

		<p>estimular ese primer vínculo entre ellos, así como explicarles los beneficios que esto puede tener, al igual que los beneficios de la lactancia materna.</p>
	<p>Plan de parto y consentimiento informado</p>	<p>Uso de herramientas como formularios de carácter obligatorio, que deben ser explicados previamente por el médico tratante y aclararles cualquier duda que tengan en relación con las ideas del plan de parto, para saber si son médicamente viables, sin poner en riesgo ninguna vida y que este plan tiene que ser respetado por el resto del personal de salud en el momento del parto.</p>

Fuente: Briceño, 2025.

El análisis comparativo de las herramientas y buenas prácticas médicas demuestra que aunque existen importantes avances en todos los países en estudio, la profundidad, el alcance y la obligatoriedad de las medidas varían considerablemente entre ellos.

- i. En primer lugar, se destaca la implementación del plan de parto, una herramienta que le permite a la mujer expresar de manera anticipada a sus deseos, expectativas y límites en relación con la atención del parto.

Este es un recurso que constituye un mecanismo de empoderamiento de la madre, ya que desplaza la toma de decisiones que siempre fue exclusivo del personal médico hacia un modelo que es compartido y respetuoso con la autonomía de la paciente.

Países como Argentina y México han impulsado esta herramienta dentro de sus sistemas de salud, eso sí, con sus diferencias en cuanto a obligatoriedad y eficacia, mientras que Costa Rica ha comenzado a incorporarla como parte de los lineamientos institucionales para favorecer una atención más humanizada, ya que este plan de parto representa una forma de establecer los límites del consentimiento informado y es considerado una de las prácticas más relevantes para prevenir la violencia obstétrica.

- ii. Otra práctica comúnmente reconocida es el acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto, considerándolo como un derecho fundamental en varios de los marcos legales que fueron estudiados y revisados en el trabajo.

Este acompañamiento no solo le brinda a la mujer un soporte emocional, sino que también constituye un mecanismo de supervisión social de las prácticas médicas, reduciendo el riesgo de conductas abusivas por parte del personal.

En países como Argentina, este derecho está garantizado por la Ley de Parto Humanizado, mientras que en Costa Rica se ha convertido en una de las políticas promovidas en la última década, aunque en la práctica médica como tal a veces puede llegar a tener unas limitaciones dependiendo del hospital, debido a la saturación de los servicios o en situaciones de emergencias obstétricas como tal.

- iii. El consentimiento informado se plantea como otro pilar esencial en la prevención de la violencia obstétrica.

En países como Argentina y Venezuela, la obligatoriedad está respaldada por la legislación, lo que brinda a las mujeres una herramienta jurídica para exigir la información clara, comprensible y oportuna antes de cualquier procedimiento o intervención médica. En México, aunque existe un reconocimiento formal, su aplicación depende en gran medida de la voluntad que tenga el personal de salud y de la existencia de los protocolos hospitalarios, lo que evidencia una complicación en la implementación.

En Costa Rica, el consentimiento informado se promueve como parte de las buenas prácticas médicas, pero al no estar tipificada la violencia obstétrica, su incumplimiento carece de consecuencias jurídicas para el personal de salud, lo que reduce la efectividad como tal.

- iv. Un aporte especial en buenas prácticas médicas lo constituye la atención al duelo perinatal.

Este aporte es más evidente en Costa Rica, país donde se ha comenzado a reconocer la importancia de brindarle apoyo psicológico y médico a las mujeres que atraviesan la pérdida de un recién nacido, esta práctica que si bien no es bien definida como tal en otros países,

nos da una perspectiva diferente dentro de las prácticas médicas, buscando acercarnos más hacia la parte humana de la atención brindada por el personal tocando temas o aspectos emocionales y psicológicos que forman parte también de la experiencia reproductiva.

- v. Finalmente, la promoción del apego precoz y la lactancia materna inmediata que constituye otra buena práctica médica, respaldada por evidencia científica y organismos internacionales como la OMS.

El contacto con la piel entre la madre y el recién nacido durante los primeros minutos del parto no solo ayuda a fortalecer el vínculo afectivo entre ambos, sino que se ha evidenciado los beneficios fisiológicos y emocionales comprobados.

La revisión de los países en estudio muestra que es una práctica que ha sido adoptada con distintos grados de formalidad, siendo reconocida como un derecho en Argentina y promovida activamente en Costa Rica, mientras que en otros contextos todavía se enfrenta a obstáculos derivados de la cultura hospitalaria y medicalización excesiva del parto.

Por tanto, el análisis de herramientas y buenas prácticas médicas evidencia que los países de la región han avanzado en el diseño de medidas orientadas a transformar la atención obstétrica, pero persisten retos significativos. Mientras Argentina y Venezuela cuentan con un respaldo legal robusto que fortalece la implementación de buenas prácticas, México y Costa Rica enfrentan desafíos relacionados con la fragmentación normativa y la ausencia de tipificación a pesar de formulación de protocolos y lineamientos, los avances van a depender de la formación del personal médico y los enfoques de derechos humanos y perspectiva de género.

## **CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A partir del análisis realizado en esta tesis sobre la violencia obstétrica en los países de Argentina, México, Venezuela y Costa Rica, se expondrán una serie de conclusiones y recomendaciones que permiten comprender el estado actual de esta problemática desde la perspectiva médico-legal y de derechos humanos. Estas conclusiones que se presentarán a continuación corresponden a cada uno de los objetivos específicos planteados en este trabajo, identificando los avances normativos, prácticas clínicas utilizadas y los desafíos que persisten en la atención obstétrica de estos países, seguidamente de las recomendaciones finales que van orientadas a mejorar la calidad y la dignidad en la atención de las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y posparto y buscar los puntos a fortalecer de los marcos institucionales que garanticen la erradicación de este tipo de violencia.

Objetivo específico 1:

Describir los protocolos y normativas existentes en Argentina, México y Venezuela para la atención de la violencia obstétrica, recopilando información sobre su impacto en la calidad de atención a las pacientes.

Conclusiones:

- La creación de leyes específicas, primeramente en Venezuela como pionera en el mundo con la Ley No. 38.668 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y posteriormente Argentina con la Ley No. 25.929 y la Ley No. 26.485, han sido clave para visibilizar y sancionar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género.

- En México, la falta de una legislación federal específica debilita los esfuerzos realizados para una atención homogénea a pesar de los avances y los intentos que han tenido algunas entidades federales.
- Las normativas implementadas en estos países significan mejoras significativas y específicas en la atención obstétrica, sin embargo, todavía persisten ciertas prácticas que atentan contra los derechos humanos y reproductivos de las mujeres y se debe a la falta de capacitación por parte del personal de salud y por falta de supervisión.

#### Recomendaciones:

- Desde el marco legal y normativo, nuestro país debe de tomar como ejemplo los casos de Argentina y Venezuela, estudiar sus leyes para conocer los alcances y limitaciones que tienen para tipificar la violencia obstétrica dentro de su legislación nacional.
- Se recomienda que las instituciones de salud en Costa Rica estudien y evalúen los protocolos actuales del país y se comparen con los modelos estudiados de Argentina y Venezuela que ya hayan tenido resultados positivos en las mujeres gestantes.
- Es fundamental realizar auditorías periódicas, con el fin de estudiar las normativas, conocerlas, así como actualizarse en relación con prácticas médicas que pueden llegar a ser perjudiciales y que pueden estar en desuso para prevenir las consecuencias para las mujeres y promover desde la formación universitaria y postgrado para brindar así una atención humanizada, integral, con respeto y dignidad hacia las mujeres.

#### Objetivo específico 2:

Comparar los avances en buenas prácticas médicas para la prevención y atención de la violencia obstétrica en Argentina, México y Venezuela con las medidas implementadas en Costa Rica, identificando similitudes y diferencias en su aplicación.

#### Conclusiones:

- Los países en estudio han adoptado diferentes estrategias enfocadas en el respeto a los derechos reproductivos, cada una dependiendo de la legislación de su país, por lo que difieren en la implementación institucional entre ellos.
- Costa Rica ha desarrollado buenas prácticas médicas como el plan de parto, el acompañamiento durante el parto y la lactancia materna y apego precoz madre-hijo gracias al protocolo que se realizó en el año 2022, sin embargo, a pesar de estos cambios, no siguen una legislación específica que sancione la violencia obstétrica.

#### Recomendaciones:

- Fortalecer y fomentar la vigilancia del uso obligatorio del instrumento para el plan de parto en las mujeres, así como respetarlo al momento del parto, ya que esto prevalece la conservación de los derechos humanos de las mujeres, donde prevalece la autonomía y hace que la mujer participe de una manera activa sobre su parto, para que sea un proceso donde predomine el respeto y se conserve su dignidad.
- Se necesita fortalecer la educación continua del personal médico costarricense, así como de estudiantes de la carrera de medicina indistintamente de la universidad en la que cursen y médicos de posgrado en formación, para fomentar el uso y prácticas respetuosas, una atención humanizada para prevenir y promover ambientes

obstétricos en las maternidades o salas de parto de los centros de salud óptimos para ellas.

- Promover acuerdos regionales, de colaboración paralela y continua donde permitan compartir experiencias exitosas de buenas prácticas médicas a los países en estudio, así como ser un país que promueva la erradicación de este tipo de violencia y que sirva de ejemplo para que más países vecinos se unan a la lucha de estos derechos reproductivos.

#### Objetivo específico 3:

Examinar la documentación existente sobre la posible aplicabilidad de estrategias utilizadas en Argentina, México y Venezuela dentro del contexto costarricense, considerando experiencias reportadas en la literatura científica.

#### Conclusiones:

- La experiencia de estos países como Argentina y Venezuela demuestra que es posible incorporar los modelos legales y médicos que promuevan un trato digno, respetuoso y con un enfoque a los derechos humanos de las mujeres durante su embarazo, parto y posparto.
- La estructura sólida del modelo de salud de Costa Rica permite implementar estrategias efectivas, esto ya que el modelo de salud es uno de los mejores de la región, con grandes profesionales y especialistas tanto en el área público como privado.
- El desconocimiento de las pacientes sobre sus derechos reproductivos es una de las barreras en la lucha para la erradicación de la violencia obstétrica en los países en

estudio, sin excepción de Costa Rica, siendo las mujeres de escasos recursos o de un bajo nivel educativo quienes están expuestas en mayor cantidad a no hacer valer sus derechos, esto por la falta de información brindada y poca promoción hacia sus derechos.

#### Recomendaciones:

- Implementar campañas de educación dirigidas a mujeres embarazadas sobre sus derechos durante el embarazo, parto y posparto, buscando alcanzar a toda la población para que conozcan de sus derechos y no estar expuestas a malos tratos ni ningún tipo de violencia.
- Establecer canales institucionales para la denuncia y atención inmediata en casos de violencia obstétrica, ya sea en hospitales o clínicas del país tanto públicas como privadas y ofrecer dicha información a la población para que estén enteradas y así buscar combatir este tipo de violencia.
- Impulsar una reforma legislativa que cree y que incorpore una definición a nivel nacional de la violencia obstétrica, con el fin de tener parámetros claros que permitan la sanción de conductas claramente tipificadas, tomando como ejemplo las medidas legislativas de Argentina y Venezuela.

## Referencias

1. Pérez-Martínez A, Rodríguez-Fernández A. La violencia contra la mujer, una revisión sistematizada. *Universitas* [Internet]. 2024 Feb 23;(40):139–58. Available from: <https://doi.org/10.17163/uni.n40.2024.06>
2. De Los Ángeles Iglesias Ortuño E. Percepción de la violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso. *Perfiles Latinoamericanos* [Internet]. 2022 Jan 1;30(59). Available from: <https://doi.org/10.18504/pl3059-008-2022>
3. Figueroa Mesen C, Padilla Cerdas G. CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEGISLACIÓN COSTARRICENSE A PARTIR DE LOS PRINCIPIOS CONTENIDOS EN LA CONVENCIÓN BELÉM DO PARÁ [Internet] [Tesis de Licenciatura en Derecho]. Universidad de Costa Rica; 2022. Available from: <https://ijj.ucr.ac.cr/sites/default/files/2023-04/TESIS%20PARA%20IMPRIMIR.pdf>
4. Fuentes Rodríguez E. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COSTA RICA DESDE LA EVIDENCIA ESTADÍSTICA: Retos para la Gerencia de la Salud y la tutela de los derechos reproductivos [Internet]. Fondo De Población De Naciones Unidas. 2021 [cited 2025 Feb 9]. Available from: [https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa\\_rica.pdf](https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa_rica.pdf)
5. Los orígenes de la violencia [Internet]. UNESCO. 2020 [cited 2025 Feb 19]. Available from: <https://courier.unesco.org/es/articles/los-origenes-de-la-violencia>
6. Arteaga Gómez AC, Gorbea Chávez V, Reyes Muñoz E, Castro Llamas J, Pimentel Nieto D. Implementación del Seminario en Bioética para las Buenas Prácticas clínicas dirigido a médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del

Instituto Nacional de Perinatología [Internet]. Instituto Nacional De Perinatologia Isidro Espinoza De Los Reyes. INPer; Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782491/PRIMER\\_GRADO.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782491/PRIMER_GRADO.pdf)

7. VÁZQUEZ MORALES, Fabiola; NAZAR BEUTELSPACHER, Austreberta; SALVATIERRA IZABA, Benito; ZAPATA MARTELO, Emma; SÁNCHEZ RAMÍREZ, Georgina (2023) “Violencia obstétrica en Chiapas, México: entre la revictimización, el saber médico y la suerte” en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°41. Año 15. Abril 2023-Julio 2023. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 45-53.
8. Sotelo RNG. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. Revista De Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social [Internet]. 2021 Mar 23;28(4). Available from: <https://doi.org/10.24875/reimss.m20000019>  
Disponibile en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/524>
9. Tendero Bollain AD. Derechos Humanos y Grupos Vulnerables en Centroamérica y el Caribe [Internet]. Centro De Investigaciones Sobre América Latina Y El Caribe. 2020 [cited 2025 Feb 19]. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/679c67e7-da2d-4960-bdae-1c218be92423/content>
10. Producción socio-legal de la violencia obstétrica: Apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la Argentina del siglo XXI. Revista Uruguaya De Antropología Y Etnografía [Internet]. 2023 Jun 12;8(1). Available from: <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1789>

11. Prevención de la violencia [Internet]. Organización Panamericana De La Salud. [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
12. Távara-Orozco Luis. Cómo entendemos la violencia obstétrica. Rev. Perú, ginecol. obstet. [Internet]. 2024 Abr [citado 2025 Jul 11]; 70( 2): 00016. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322024000200016&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322024000200016&lng=es). Epub 25-Jun-2024. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v70i2640>.
13. Ministerio de Salud Pública. "Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco -obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud" Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaria de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública – MSP, 2023. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
14. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Hablemos de violencia ginecológica y obstétrica [Internet]. Santiago de Chile: INJUV; [2024] [citado 2025 jul 11]. Disponible en: [\[https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/hablemos-de-violencias/hablemos-de-violencia-ginecologica-y-obstretica/\]\(https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/hablemos-de-violencias/hablemos-de-violencia-ginecologica-y-obstretica/\)](https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/hablemos-de-violencias/hablemos-de-violencia-ginecologica-y-obstretica/)
15. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev. Panam Salud Publica. 2022;46:e24. doi:10.26633/RPSP.2022.24. PMID: 35432497; PMCID: PMC9004691.
16. Ministerio Público de la Defensa de la Nación (Argentina). Violencia obstétrica: boletín de jurisprudencia [Internet]. Ed. actualizada mayo de 2024. Buenos Aires:

- Escuela de la Defensa Pública; 2024 [citado 2025 jul 11]. Disponible en: <https://repositorio.mpd.gov.ar/jspui/bitstream/123456789/41/3/Violencia%20obstétrica%202024.pdf>
17. Ramallo-Castillo RM, Lozano-Vidal M, Durán-Castellanos I, Corrales-Gutiérrez I. Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. Revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (2): 85-96. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395>.
  18. Rodríguez-Roque S, Rodríguez-Rico D, Rodríguez-Rico G, Jiménez-Malavé R. Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. Rev Obstet Ginecol Venez. 2020;80(4):280-91. Disponible en: [[https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/2020\\_vol80\\_num4\\_4.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/2020_vol80_num4_4.pdf)]([https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/2020\\_vol80\\_num4\\_4.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/2020_vol80_num4_4.pdf))
  19. Al Adib Mendiri Miriam, Ibáñez Bernáldez María, Casado Blanco Mariano, Santos Redondo Pedro. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [cited 2025 July 12]; 34(1): 104-111. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en).
  20. Rodríguez Mir Javier, Martínez Gandolfi Alejandra. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 2021 Jun [citado 2025 Feb 20] ; 35( 3 ): 211-212. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112021000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112021000300001&lng=es)  
&lng=es. Epub 20-Dic-2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.01>

21. Salazar Aguilera S, Torres Blanco Y. Condiciones sociopolíticas existentes para la elaboración de una política pública que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos [tesis]. San Ramón (CR): Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Departamento de Ciencias Sociales; 2018. 278 p.
22. Quattrocchi P, Magnone N, coordinadores. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Buenos Aires: EDUNLa; 2020..Capitulo 8.
23. Díaz García LI, Fernández M Y. Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Rev. Derecho (Valparaíso). 2018;(51):123–152. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-68512018000200123&lng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123&lng=es)
24. Luévano Cantú MS. Iniciativa que reforma el Código Penal Federal para regular la violencia obstétrica. Ciudad de México: Cámara de Diputados; 2025 mar 11 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2025/03/asun\\_4851928\\_20250311\\_1741129232.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2025/03/asun_4851928_20250311_1741129232.pdf)
25. Campos Serrano C, Páez Díaz de León L. La violencia obstétrica y sus implicaciones legales en México. Cuest Const. 2024;(50):27–52. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-91932024000100027&lng=es&nrm=iso](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-91932024000100027&lng=es&nrm=iso)

26. Marcano Anaid, Palacios Yrali. Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias. Comunidad y Salud [Internet]. 2017 Jun [citado 2025 Jul 14]; 15 (1): 73-85. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932017000100009&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100009&lng=es).
27. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N°38.668; 2007 abr 23 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: <https://tugacetaoficial.com/leyes/ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-indexada-gaceta-38668-2007-texto/16/>
28. López Vargas PJ, Peña Pereira MK. Análisis de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. San José (CR): Corte Interamericana de Derechos Humanos; 2023 [citado 2025 jul 13]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30742.pdf>
29. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N°6.667 Extraordinario, 16 de diciembre de 2021. Disponible en: [<https://tugacetaoficial.com/leyes/ley-de-violencia-contra-la-mujer-vigente-en-venezuela/>](<https://tugacetaoficial.com/leyes/ley-de-violencia-contra-la-mujer-vigente-en-venezuela/>)
30. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 jun [citado 2025 jul 10];75(2):81–90. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002)

31. Ministerio de Salud de Costa Rica. Norma nacional para la atención integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 2018 [citado 2025 jun 11]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Norma%20nacional%20para%20la%20atención%20integral%20a%20personas%20en%20situación%20de%20violencia%20en%20los%20servicios%20de%20salud-1.pdf>
32. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Proyecto de Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. San José (CR): Asamblea Legislativa; 2015 [citado 2025 jun 11].
33. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de parto y nacimiento en la atención institucional del parto en Costa Rica [Internet]. San José (CR): CCSS; 2018 [citado 2025 jun 11]. Disponible en: [PDF]
34. Caja Costarricense de Seguro Social. Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud [Internet]. San José (CR): CCSS; 2022 [citado 2025 jun 11]. <https://www.ccss.sa.cr>
35. Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS marca la ruta para el fortalecimiento de la prestación de servicios obstétricos a nivel de maternidades y áreas de salud [Internet]. San José (CR): CCSS; 10 feb 2023 [citado 2025 jun 25]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=ccss-marca-la-ruta-para-el-fortalecimiento-de-la-prestacion-de-servicios-obstetricos-a-nivel-de-maternidades-y-areas-de-salud>
36. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley N°10081: Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido [Internet]. San José (CR): Asamblea Legislativa; 2022

- ene 27 [citado 2025 jun 25]. Disponible en:  
[https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/01/27/COMP\\_27\\_01\\_2022.html](https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/01/27/COMP_27_01_2022.html)
37. Castro Castillo S. CCSS oficializó estrategia contra violencia obstétrica. CCSS Blog de noticias [Internet]. 2024 jun 4 [citado 2025 jul 12]; Disponible en: [\[https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=511410210239\]](https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=511410210239)(<https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=511410210239>)([CCSS][2])
38. Arce, E y Peralta A. (2024). Percepción sobre violencia obstétrica en la zona de Liberia, Guanacaste en el periodo 2015-2020 para generar estrategias dirigidas a la atención integral. [Trabajo final de investigación aplicada, modalidad Seminario, para optar por el grado y título de Licenciatura en Psicología.] Universidad de Costa Rica, Sede Guanacaste. Disponible en:  
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/028ab79c-be9c-4579-a90b-57a7a885e169/content>
39. Natalben Contribuyen al Desarrollo Optimo del Bebé. Maniobra de Kristeller: todo lo que debes saber [Internet]. Natalben; [fecha de publicación no disponible] [citado 2025 jul 12]. Disponible en: [\[https://www.natalben.com/parto/maniobra-de-kristeller-parto\]](https://www.natalben.com/parto/maniobra-de-kristeller-parto)
40. Dirección de Género y Diversidad, Gobierno de Mendoza. Guía de abordaje institucional de la violencia obstétrica [Internet]. Mendoza: Gobierno de Mendoza; [2019] [citado 2025 jul 13]. Disponible en: [\[https://www.mendoza.gov.ar/generoydiversidad/wp-content/uploads/sites/30/2016/04/Gu%C3%ADa-violencia-obst%C3%A9trica-web-red.pdf\]](https://www.mendoza.gov.ar/generoydiversidad/wp-content/uploads/sites/30/2016/04/Gu%C3%ADa-violencia-obst%C3%A9trica-web-red.pdf)([167](https://www.mendoza.gov.ar/generoydiversidad/wp-</a></p></div><div data-bbox=)

content/uploads/sites/30/2016/04/Gu%C3%ADa-violencia-obst%C3%A9trica-web-red.pdf)([Gobierno de Mendoza][1])