

Diario Oficial

# LA GACETA

Costa Rica



Benemérita  
Imprenta Nacional  
Costa Rica

JORGE  
EMILIO  
CASTRO  
FONSECA  
(FIRMA)

Firmado  
digitalmente por  
JORGE EMILIO  
CASTRO  
FONSECA (FIRMA)  
Fecha: 2024.05.10  
16:11:55 -06'00'

## ALCANCE Nº 91 A LA GACETA Nº 84

Año CXLVI

San José, Costa Rica, lunes 13 de mayo del 2024

224 páginas

## PODER LEGISLATIVO PROYECTOS

## PODER EJECUTIVO DECRETOS

Imprenta Nacional  
La Uruca, San José, C. R.

# PODER LEGISLATIVO

## PROYECTOS

### PROYECTO DE LEY

#### **DEROGACIÓN DEL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 10081, DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Expediente N.º 24.260

#### ASAMBLEA LEGISLATIVA

En la actualidad, vivimos en una sociedad en la que el modelo sanitario dominante es el conocido como biomédico. Este modelo defiende la idea de que existe un tratamiento para todo, incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto, que son abordados como si fuesen patologías y que, por tanto, deben ser supervisados y tratados por profesionales de la salud.

Es un modelo altamente jerarquizado, en el que la autoridad y el poder están en manos de los médicos, mientras la paciente adopta la posición de sujeto pasivo. Desde un primer momento, la gestante deposita su plena confianza en los profesionales, convirtiéndose en su objeto de control, en una persona incapaz de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y carente de dominio sobre su propio cuerpo.

Durante la atención del proceso se presentan una serie de acciones en las que se niegan determinados derechos fundamentales a la mujer. No existe la propuesta de alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o los posibles efectos adversos derivados de las actuaciones médicas.

En varias ocasiones no se les proporciona a las mujeres toda la información que se debería, hecho que permite actuar con total potestad a los profesionales de la salud sin tener en cuenta que lo que realmente importa es alcanzar el máximo bienestar de la gestante, en todas sus dimensiones.

También, es común la realización de ciertas técnicas que parecen innecesarias o injustificadas desde el punto de vista médico, que no respetan la singularidad de cada proceso y de las cuales podrían derivarse numerosas complicaciones. Estas actuaciones suelen definirse como violencia obstétrica, reconocida como aquella ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Es una violación a los derechos humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres, como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano. Es un fenómeno multifactorial en el que participa, además, la violencia institucional, dado que estos derechos se violan en el contexto del embarazo, parto y posparto en los centros de salud, tanto públicos como privados.

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

La violencia obstétrica incluye agresiones verbales (comentarios infantilizadores, culpabilización, amenazas), violaciones del consentimiento (ocultación de información, realización de intervenciones sin previo aviso, desestimación de las peticiones de la persona) e incluso agresiones físicas (inmovilización, uso de golpes, entre otros).

De acuerdo con las Naciones Unidas, los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición.

La Comisión de Alto Nivel para la Atención Calificada del parto ha elaborado un instrumento llamado Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto, que postula un conjunto de lineamientos para el apoyo del parto humanizado, el cual es de cumplimiento obligatorio. Entre sus normas están respetar la privacidad durante la labor del parto, garantizar la calidez en la atención, el derecho a ser acompañada, tener acceso a líquidos, ser informada de que los tactos deben ser con consentimiento, no obligar a pujar ni realizar la episiotomía de rutina, si no es necesaria. Esta normativa ha sido fortalecida con la aprobación de la ley para proteger a la mujer embarazada antes, durante y después del parto.

La Convención de Belem Do Para expone, en el artículo 3): “La mujer tiene derecho a vivir libre de violencia”, y agrega en su artículo 4): “Toda mujer tiene derecho al goce, ejercicio y protección de los derechos humanos que comprenden, entre otros, al derecho al respeto de su vida, el derecho a su integridad psíquica, física y moral; y el derecho a que se le respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) suscribe en el documento llamado Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar, en el inciso 9), “que no se justifica el uso rutinario de la episiotomía”.

En Latinoamérica, se ha legislado en la materia durante estos últimos años; en Bolivia, Colombia, Perú, México (1998), Nicaragua (1996), Panamá (1995), Paraguay, Bahamas, República Dominicana (1997) y Venezuela (1998 y 2006), han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra la mujer y proteger sus derechos.

En Costa Rica, el tema también ha cobrado gran relevancia social, por lo que diversas instituciones se han pronunciado al respecto. El 6 de marzo de 2015, la Sala Constitucional, por medio del voto número 3354-2015, señala la violencia obstétrica como violencia de género y de violación de derechos humanos y reconoce que ninguna mujer debe ser lesionada o agredida físicamente, ni debe ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. La normativa tutela el derecho a la honra y al reconocimiento de la dignidad de las mujeres que se encuentren en etapa de embarazo, parto o posparto.

El siguiente recuadro sintetiza las principales variables de violencia obstétrica que suelen darse en los centros médicos de nuestro país.

<b>Variables sobre violencia obstétrica, según tipo de parto (2018)</b>	
<b>Tipo de parto</b>	<b>Violencia Obstétrica</b>
<b>Vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No permitirle estar acompañada</li> <li>▪ No tener privacidad</li> <li>▪ No tener una posición de parto</li> </ul>
<b>Vaginal o por cesárea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No consultar sobre la aplicación de medicamentos o procedimientos</li> <li>▪ No recibir información comprensible</li> <li>▪ No apoyársele de forma adecuada</li> <li>▪ Recibir sobrenombres, críticas o comentarios peyorativos</li> <li>▪ Obligación para pujar sin ser necesario</li> <li>▪ Agresión física</li> </ul>

**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.

En nuestro país, los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas encuentran amparo en diversas leyes. La salud es un bien jurídico de interés público tutelado por el Estado. El Poder Ejecutivo ejerce, por medio del Ministerio de Salud, la rectoría del sector salud, que define la política nacional, la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país (Ley N.º 5395, de 30 de octubre de 1973 y sus reformas).

Otras leyes que involucran diferentes aspectos de los derechos sexuales y reproductivos son las siguientes:

Ley General de la Persona Joven, que en su artículo 4, inciso d, establece el derecho de la persona joven a la salud, la prevención y el acceso a servicios de

salud que garanticen una vida sana, así como en el artículo 5, inciso a, el deber del Estado de brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología.

En el capítulo II, relacionado con la creación del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, de la Ley de Protección Integral a la Madre Adolescente, se plantea en el artículo 4, inciso e, como atribuciones de dicho Consejo promover la atención integral de las adolescentes, en las clínicas, los centros médicos y las comunidades.

El Código de la Niñez y la Adolescencia también expone los derechos de las personas menores de edad en relación con su salud sexual y reproductiva, y algunas obligaciones del Estado para hacer efectivos estos derechos. En el artículo 41 señala: “Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.”

Además, en enero de 2022 entró a regir la Ley 10 081, Derechos de la Mujer durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, que establece que las mujeres deben recibir un trato cordial por parte del personal del centro médico, información sobre los procedimientos e intervenciones, atención oportuna y estar acompañada durante el parto, entre otros.

La violencia obstétrica es toda acción o procedimiento no imprescindible en la atención de la mujer gestante, que no está clínicamente justificado o que se realiza sin su consentimiento. Esto incluye la negligencia hacia las necesidades y el dolor de las embarazadas, la negación de tratamiento, los tactos vaginales en reiteradas ocasiones o realizados por más de un individuo, así como la ejecución de maniobras bruscas, entre ellas, la restricción de los movimientos y la obligación de mantenerse en la cama durante el parto.

En ocasiones se realizan procedimientos no requeridos como episiotomía y cesárea, sin tomar en cuenta que la episiotomía solo debe realizarse en casos específicos, dado que se ha evidenciado que la herida resultante tarda más tiempo en cicatrizar en un parto natural que la herida por desgarro vaginal; la cesárea, únicamente debe ser realizada con el objetivo de reducir la morbilidad en los embarazos de riesgo.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Laínez Valiente NG, et al. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Dr. José Matías Delgado. Antiguo Cuscatlán, El Salvador.

El número de cesáreas injustificadas conlleva una mayor morbilidad materna y aumenta el riesgo de complicaciones como placenta previa (es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Por lo general, se manifiesta como sangrado vaginal indoloro después de las 20 semanas de edad gestacional), acretismo placentario (una enfermedad caracterizada por una implantación anormal de la placenta, que se adhiere más de lo usual a la pared del útero. De esta manera, cuando llega el momento de expulsarla, el proceso no ocurre de manera normal y se presenta sangrado abundante que puede llevar a complicaciones mortales, si el tratamiento no es el apropiado) y hemorragia obstétrica (sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500 ml de sangre en el momento del parto vaginal o 1,000 ml durante la cesárea, con la caída de la concentración de hemoglobina).

Entre las intervenciones no recomendadas por la OMS, que se siguen realizando en Latinoamérica sin tomar en cuenta las indicaciones puntuales, está el uso de oxitocina para inducir el parto, enemas y la maniobra de Kristeller. La estimulación del trabajo de parto se ha realizado tradicionalmente con el uso de infusión de oxitocina intravenosa. La administración de este medicamento requiere cautela, debido a sus efectos adversos importantes. Los errores que se relacionan con su uso son comunes y están relacionados con dosis altas, lo que puede causar una actividad uterina excesiva. Asimismo, se utilizan enemas en el período de dilatación, siendo este un procedimiento incómodo, además de no haber evidencia sobre los efectos en las condiciones sanitarias del parto o sobre la disminución en los riesgos de infección, tanto para la madre como para el recién nacido.

La maniobra de Kristeller suele indicarse cuando existe sospecha de sufrimiento fetal, distocia o agotamiento materno y consiste en presionar con las manos en el fondo uterino para evitar la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto o recurrir al parto operatorio. La presión que debe ejercerse ha de tener una duración de entre cinco y ocho segundos y estar sincronizada con la contracción uterina y con el pujo de la madre.

Sin embargo, la evidencia científica indica que no está demostrada su efectividad, pero sí sus posibles efectos secundarios. A veces se realiza justo antes de dar a luz y otras desde su comienzo. La impresión general es que se usa con demasiada frecuencia, no estando demostrada su efectividad. Entre los riesgos para madre se encuentran los siguientes:

- Hemorragia y contusiones.
- Rotura uterina e inversión uterina, que pueden provocar hemorragias graves y, en casos extremos, desembocar en la extirpación de útero.
- Aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, perineales y vaginales.

- Prolapso urogenital (el descenso de alguno de los órganos de la pelvis en forma de bulto por la vagina).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Fractura costal.
- Contusiones.

La episiotomía tampoco es un procedimiento beneficioso, porque no ayuda a la expulsión del niño ni evita desgarros vaginales en la mujer, sino que se relaciona con desgarros más severos.

La evolución del parto es un determinante para la lactancia materna y los problemas presentados en esta pueden estar relacionados con las intervenciones realizadas a la paciente. Dentro de los más frecuentes están el uso de antibióticos que podría alterar la microbiota y provocar obstrucción en el conducto mamario e incluso mastitis; el dolor provocado por la cesárea podría ser un inconveniente para la madre al momento de amamantar; un parto prematuro inducido puede ocasionar que el recién nacido no tenga la fuerza suficiente para succionar; de igual manera, es posible que algunas madres desarrollen el síndrome de estrés postraumático y se les dificulte o impida la lactancia.

Asimismo, la incontinencia puede presentarse en distintos grados y es causada por diversos motivos, entre ellos: pujos dirigidos, episiotomía o el uso de instrumentalización. En un 10 % de los casos es severa y, si no hay un adecuado tratamiento, aumenta el riesgo de complicaciones.

En cuanto a las secuelas psicológicas destaca la depresión posparto. De acuerdo con diversos estudios, su incidencia mundial es del 15 por ciento y en países de desarrollo intermedio una de cada cinco mujeres padece este problema. Durante el puerperio se aumenta el riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo debido a los cambios fisiológicos y niveles de estrés que se experimentan. Una de las principales complicaciones de no tratarla o de diagnosticarla de manera tardía es el suicidio y filicidio, siendo el primero una razón significativa de mortalidad materna en el periodo perinatal.

El síndrome de estrés postraumático también es resultado del inadecuado manejo obstétrico y la percepción de cuidados inapropiados en el embarazo, parto o posparto. Las pacientes suelen presentar concentraciones menores de oxitocina en su cuerpo y aumenta la secreción de adrenalina, lo que interfiere en los mecanismos innatos del vínculo madre e hijo y la lactancia. Al no concretar este vínculo, pueden desarrollarse conductas negativas de la madre hacia el recién nacido, como no saber cargarlo, amamantarlo e incluso rechazarlo.

En esa misma línea, los pensamientos negativos, imprudencia y excitación por sentimientos constantes de preocupación terminan generando ansiedad. Las mujeres en el período del puerperio, por efecto de los cambios hormonales, son más susceptibles a la presentación o agravamiento de trastornos de ansiedad.

En el caso concreto de los bebés, el aumento de las cesáreas y de las inducciones al parto ha provocado un incremento del número de partos prematuros o bebés con bajo peso, que a su vez puede ser desencadenante de ciertas complicaciones en el recién nacido. Entre otras consecuencias derivadas de una cesárea se incluye una mayor morbilidad fetal y neonatal con respecto a los partos naturales.

La maniobra de Kristeller es la que genera mayores consecuencias para el bebé:

- Aumento de la probabilidad de las complicaciones propias de la distocia de hombros (fractura de clavícula, trauma encefálico y desgarro del músculo esternocleidomastoideo).
- Parálisis de Erb, que es consecuencia de una lesión en los nervios del plexo braquial que controlan el movimiento de hombros, brazos y manos.
- Fractura de húmero o de costillas.
- Hipoxia (reducido suministro de oxígeno a órganos y tejidos).
- Lesiones de órganos internos.
- Hematomas.
- Incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales (en especial cuando el parto es instrumentalizado).

No existen mayores estudios estadísticos sobre la frecuencia de la maniobra de Kristeller, pero es habitual su realización sin que después se refleje en la historia clínica, de ahí que reciba el nombre de "maniobra invisible".

En el Foro Internacional del Parto (Roma, 2005) se estableció que era imposible cuantificar el daño causado a las parturientas y a los recién nacidos por tal maniobra, ya que muchas veces se ocultan los daños causados por razones legales. La realización de cualquiera de estas prácticas incrementa el riesgo del bebé de ser ingresado al nacer, padecer patologías respiratorias, problemas de aprendizaje o trastornos del espectro autista. Si las lesiones son a nivel nervioso pueden generar consecuencias que permanecen varios años y hasta de por vida.

Numerosas secuelas también derivan de la separación de la madre y el recién nacido. A estas consecuencias hay que añadir las repercusiones que puede ocasionar al bebé el hecho de que su madre permanezca durante varias semanas recuperándose del parto. Muchas intervenciones llevadas a cabo durante el proceso pueden ocasionar en las mujeres situaciones que le dificultan cuidar al recién nacido de la mejor manera posible, ni disfrutar de él como de seguro le gustaría.

Ningún procedimiento debería existir simplemente por intereses del desempeño del personal hospitalario; la práctica ha demostrado que pueden facilitar el trabajo, pero que no son las más fisiológicas o apropiadas para la atención del parto. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien del bebé y las necesidades individuales y deseos particulares de la madre.

La prevención y erradicación de la violencia obstétrica debe ir más allá de una guía redactada en términos de sugerencias o en establecer más infraestructura. La respuesta ante este tipo de violencia debe ser una exigencia en la gestión, con mecanismos claros para que las mujeres puedan denunciar y establecer el proceso administrativo que corresponda. No puede existir fecha de prescripción para la denuncia, mucho menos para exigir la debida atención, cuando existe evidente de violencia obstétrica.

Por este motivo, invito a las señoras diputadas y los señores diputados a apoyar la siguiente reforma, que procura derogar la prescripción de la acción para iniciar el procedimiento, con el fin de perseguir las infracciones motivadas por violencia obstétrica contra la mujer, su bebé o ambos.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA  
DECRETA:

**DEROGACIÓN DEL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 10081, DERECHOS DE  
LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA  
Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO  
Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

ARTÍCULO 1- Se deroga el artículo 17 de la Ley 10 081, Derechos de la Mujer durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, de 13 de enero de 2022, y se corra la numeración.

Rige a partir de su publicación.

Paola Nájera Abarca  
**Diputada**

NOTA: Este proyecto cumplió el trámite de revisión de errores formales, materiales e idiomáticos en el Departamento de Servicios Parlamentarios.

1 vez.—Exonerado.—( IN2024862307 ).