

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN  
CON DETERMINANTES SOCIALES DE LA  
SALUD A PARTIR DE EVIDENCIA  
ESTADÍSTICA EN COSTA RICA (2009-2011 Y  
2016-2018)

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud

EUGENIO FUENTES RODRÍGUEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

## **Dedicatoria**

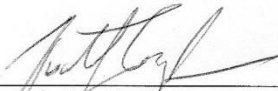
A cada mujer que ha vivido o que no debe vivir ningún tipo de violencia, incluyendo la obstétrica, sean familiares, amistades o no. Sean costarricenses o no, vivan donde vivan, pero sin violencia.

Este trabajo es dedicado a cada persona que contribuyó con su consecución, pero sin duda que la mejor dedicatoria será que contribuya en erradicar este tipo de violencia en Costa Rica, en América Latina y en el orbe.

*“¿Puede extrañar que la prisión se asemeje a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, todos los cuales se asemejan a las prisiones?”*

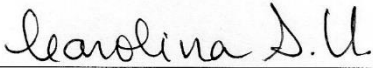
(Foucault, 2003, pág. 210)

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud.”



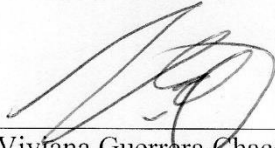
---

Dr. Juan Antonio Carazo Salas  
**Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado**



---

PhD. Carolina Santamaría Ulloa  
**Profesora Guía**



---

M.Sc. Viviana Guerra Chacón  
**Lectora**



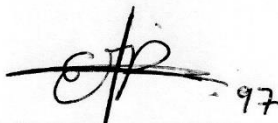
---

M.Sc. Allan Abarca Rodríguez  
**Lector**



---

M.Sc. Luisa Villanueva Salazar  
**Representante del Programa de Posgrado en Salud Pública**



---

Eugenio Fuentes Rodríguez  
**Sustentante**

**Derechos de propiedad  
intelectual**

*Se reservan los derechos de  
propiedad intelectual.*

*Ninguna parte de esta obra puede  
ser reproducida en forma alguna sin  
citar la fuente bibliográfica exacta.*

## **Resumen**

La violencia obstétrica, como categoría que atenta contra los derechos de las mujeres, la salud y la no discriminación, ha estado ausente tanto de las discusiones epistemológicas como en las estadísticas oficiales. En Costa Rica, la primera reglamentación tiene solo una década y la segunda tres años, pero fueron promulgadas sin evidencia estadística y su respectiva comprensión e interpretación.

Esta investigación tuvo por objetivo analizar la forma en que algunos determinantes sociales de la salud seleccionados se relacionan con la violencia obstétrica en Costa Rica, para ofrecer insumos para la toma de decisiones. Para concretar ese objetivo, se utilizó el paradigma cuantitativo, con un diseño exploratorio y correlacional, no experimental, donde por medio de bases de datos se aplicaron diferentes técnicas estadísticas, como regresión logística, correlación Pearson, una prueba de sensibilidad y un modelo multinivel lineal generalizado (MMLG).

A pesar de que el estudio se centra en Costa Rica, se toma de referencia información de Cuba (2014), El Salvador (2014), República Dominicana (2014), Belice (2015-2016), México (2015) y Paraguay (2016)<sup>1</sup>, para tenerles como base de apoyo en el contexto latinoamericano, dado que aplican la misma encuesta modelo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés).

Se realizó una clasificación de los sistemas de salud de los países incluidos en el análisis, con lo que se destacan notorias diferencias en varios indicadores referidos al desarrollo humano, así como en el parto por cesárea y la lactancia inmediata, que se apegan a la realidad de cada sistema.

---

<sup>1</sup> Este es el orden cronológico que se sigue en el resto del documento.

Se obtuvo una perspectiva de cómo se asocian estadísticamente las variables mencionadas de los países con algunos determinantes sociales de la salud. La zona de residencia (urbana - rural), los grupos de edad, el nivel de instrucción, los quintiles de riqueza, y, en el caso costarricense, la tenencia de seguro social y la provincia de residencia de las mujeres que dieron a luz en los últimos dos años, fueron utilizados como variables independientes en el análisis. Esta es información trascendental para la toma de decisiones en el sector público y privado para disminuir este tipo de violencia, en amparo a los derechos humanos de las mujeres y de su salud reproductiva.

## Índice

Dedicatoria.....	i
Derechos de propiedad intelectual.....	iii
Resumen.....	iv
Índice de abreviaturas .....	xiii
Licencia de publicación .....	xiv
Introducción.....	1
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	3
1.1 Justificación y problema de investigación.....	3
1.2 Antecedentes .....	10
1.2.1 Antecedentes internacionales.....	11
1.2.2 Antecedentes nacionales.....	17
1.3 Objetivos .....	19
1.3.1 Objetivo general .....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
Capítulo 2. Abordaje teórico.....	20
1.1 Salud, salud pública y la gerencia de la salud .....	20
a. Salud .....	20
b. Salud pública y su ámbito .....	23
c. Costa Rica: sector salud, nutrición y deporte.....	24
d. Sistemas de salud: segmentación y fragmentación.....	24
e. Gerencia de la salud para la toma de decisiones informadas .....	26
f. Violencia obstétrica e información estadística .....	27
g. Parámetro para la evaluación .....	27
1.2 Derecho humano a la salud y derechos reproductivos .....	30
a. Derecho a la salud.....	30
b. Derechos reproductivos.....	31
1.3 Género: una construcción social identitaria .....	33

a. Concepto de género.....	33
b. Maternidad: maternaje como dimensión de construcción social .....	34
c. Maternaje: momento psíquico e ideológico cúspide de la identidad femenina y su vínculo dérmico .....	35
1.4 Calidad de la atención del trabajo de parto .....	37
a. Concepto de la atención del trabajo de parto .....	38
b. Normativa internacional y nacional .....	39
c. Violencia obstétrica.....	41
1.5 Teoría del desarrollo, desarrollo desigual y los ODS.....	46
1.6 Determinantes sociales de la salud.....	49
1.7 Cierre del abordaje teórico .....	52
Capítulo 3. Estrategia metodológica.....	53
1.8 Paradigma cuantitativo .....	54
1.9 Alcance de la investigación.....	54
1.10 Enfoque cuantitativo y derechos humanos.....	55
1.11 Investigación de tipo comparativo .....	57
1.12 Población y unidad de análisis .....	60
1.13 Descripción de la población .....	60
1.14 Selección de la muestra .....	61
1.15 Análisis de la información.....	63
1.16 Operacionalización de objetivos específicos.....	66
1.17 Técnicas e instrumentos .....	71
1.18 Consideraciones éticas .....	72
Capítulo 4. Discusión de resultados de investigación.....	75
1.19 Sistemas de salud: contexto para comprender la información estadística .....	75
1.20 Determinantes sociales de la salud de los países en estudio .....	81
1.21 Cesárea: variables de contexto costarricense y la EMNA.....	90
1.22 “Cesárea innecesaria”: una discusión necesaria .....	92



1.23Asociación estadística de los determinantes sociales de la salud con la violencia obstétrica.....	94
a. Parto por cesárea.....	94
b. Lactancia inmediata.....	104
c. Parto por cesárea, lactancia inmediata y sistemas de salud.....	114
d. Violencia obstétrica en Costa Rica 2018 y su asociación con los determinantes sociales de la salud.....	116
e. Violencia obstétrica, luego del parto y antes de egresar del centro de salud en Costa Rica.....	121
1.24Descripción de la violencia obstétrica a la luz de los determinantes sociales de la salud.....	127
1.25Propuesta de variable e indicador que contribuya a cuantificar la violencia obstétrica.....	137
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.....	139
Bibliografía.....	143
Anexos.....	159
Anexo 7.1. Esquema del abordaje teórico.....	159
Anexo 7.2. Costa Rica: encuesta MICS 2011, preguntas contempladas del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años.....	160
Anexo 7.3. Costa Rica: encuesta EMNA 2018, preguntas contempladas del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años.....	167
Anexo 7.4. Cronograma.....	183
Anexo 7.5. Presupuesto.....	183
Anexo 7.6. INEC: acceso a las bases de datos.....	184
Anexo 7.7. CEC-UCR: acceso a la bases de datos.....	186

## **Índice de tablas**

Tabla 1.1. Países analizados en la investigación, por país y año de la encuesta MICS.....	15
Tabla 2.1. Tipos de sistemas de salud según su segmentación y fragmentación.....	25
Tabla 2.2. Objetivos de desarrollo sostenible, indicadores y metas relacionados con la investigación. ....	48
Tabla 3.1. Costa Rica: instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados.....	57
Tabla 3.2. Costa Rica: variables utilizadas en el análisis (MICS 2011 y EMNA 2018) .....	72
Tabla 4.1. EMNA: variables sobre violencia obstétrica (2018).....	116

## **Índice de gráficos y mapa**

Gráfico 4.1. Dispersión entre el gasto de bolsillo y la escolaridad promedio, según país.....	79
Gráfico 4.2. Costa Rica: porcentaje de partos por cesárea en el sector público (1980-2017) .....	91
Gráfico 4.3. Costa Rica: porcentaje de menor probabilidad de que las mujeres indiquen que se vivenció al menos un hecho de violencia obstétrica, según quintil (2018) .....	118
Gráfico 4.4. Costa Rica: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que vivenciaron violencia obstétrica en el parto vaginal o por cesárea (2018).....	128
Mapa 4.1. Costa Rica: porcentaje de mujeres que vivenciaron violencia obstétrica durante el parto por provincia (2018).....	129

## **Índice de cuadros**

Cuadro 3.1. Encuestas MICS: descripción de la muestra según país (2011-2018).....	62
Cuadro 4.1. Indicadores de desarrollo humano y de salud, según país (2015 y 2017) .....	76

Cuadro 4.2. Escolaridad promedio, porcentaje de partos fuera de centros de salud, gasto de bolsillo y brecha salarial, según país (2017) .....	78
Cuadro 4.3. Correlación de Pearson entre variables significativas respecto al gasto de bolsillo .....	78
Cuadro 4.4. Clasificación del gasto de bolsillo, según país (2018) .....	80
Cuadro 4.5. Clasificación de la segmentación, fragmentación, gasto de bolsillo y de contexto, según país .....	80
Cuadro 4.6. Porcentaje de mujeres, según país (2018) .....	82
Cuadro 4.7. Zona de residencia de mujeres .....	82
Cuadro 4.8. Nivel de instrucción de mujeres .....	83
Cuadro 4.9. Tipo de personal que intervino en la atención del parto a mujeres .....	84
Cuadro 4.10. Combinaciones de personal que atendió el parto, según país (2011-2018) .....	85
Cuadro 4.11. Sector de salud en el que se atendió el parto a mujeres .....	86
Cuadro 4.12. Tipo de centro de salud en el que se atendió el parto a mujeres .....	87
Cuadro 4.13. Quintiles de riqueza de las mujeres.....	88
Cuadro 4.14. Tipo de parto momento de decisión de la cesárea.....	90
Cuadro 4.15. Costa Rica: porcentaje de partos por sector donde ocurrió (2018) .....	91
Cuadro 4.16. Países de la región: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2011-2018).....	95
Cuadro 4.17. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2011).....	97
Cuadro 4.18. Cuba: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad (2014) .....	98
Cuadro 4.19 El Salvador: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y quintiles de riqueza (2014) .....	98
Cuadro 4.20. República Dominicana: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y grupos de edad, nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2014) .....	99

Cuadro 4.21. Belice: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y quintiles de riqueza (2015-2016).....	100
Cuadro 4.22. México: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y grupos de edad, nivel de instrucción, y quintiles de riqueza (2015).....	101
Cuadro 4.23. Paraguay: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2016).....	102
Cuadro 4.24. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2018).....	103
Cuadro 4.25. Países de la región: porcentaje de amamantamiento inmediato (2014-2018) .....	105
Cuadro 4.26. Países de la región: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y el nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2011-2018) .....	105
Cuadro 4.27. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza de las madres (2011) .....	106
Cuadro 4.28. Cuba: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y los grupos de edad y nivel de instrucción de las madres (2014) .....	107
Cuadro 4.29. El Salvador: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y el nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2014).....	108
Cuadro 4.30. República Dominicana: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción, tipos de centro de salud y quintiles de riqueza de las madres (2014) .....	109
Cuadro 4.31. Belice: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y quintiles de riqueza de las madres (2015-2016).....	110
Cuadro 4.32. México: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2015) .....	111

Cuadro 4.33. Paraguay: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2016) ...	111
Cuadro 4.34. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2018).....	112
Cuadro 4.35. Países analizados: modelo MMLG .....	115
Cuadro 4.36. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre violencia obstétrica, según tipo de violencia y quintiles de riqueza de las madres (2018).....	117
Cuadro 4.37. Costa Rica: variables significativas en el contacto piel a piel y el primer baño según provincial de residencia (2018).....	122
Cuadro 4.38. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre atención inmediata del parto, según tipo de violencia (2018) .....	124
Cuadro 4.39. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre atención inmediata del parto, según tipo de violencia (2018) .....	130
Cuadro 4.40. Costa Rica: características de la violencia obstétrica según determinantes sociales de la salud (2018).....	133
Cuadro 4.41. Costa Rica: violencia obstétrica ampliada para quienes no la vivenciaron durante el parto (2018).....	138

## Índice de abreviaturas

ADC	Asociación Demográfica Costarricense
AyA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CCP	Centro Centroamericano de Población (Universidad de Costa Rica)
CEC-UCR	Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica
CEJIL	Centro por la Justicia y el Derecho Internacional
CENCINAI	Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIEM	Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (Universidad de Costa Rica)
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CONAPDIS	Consejo Nacional de Personas con Discapacidad
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EMNA	Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INCIENSA	Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MMLG	Modelo multinivel lineal generalizado
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud / <i>World Health Organization</i>
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, por sus siglas en inglés
ND	No hay datos
PANARE	Patronato Nacional de Rehabilitación
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
pp	Puntos porcentuales
SEN	Sistema de Estadística Nacional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCR	Universidad de Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés
UPM	Unidad Primaria de Muestreo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés

## Licencia de publicación



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Eugenio Fuentes Rodríguez, con cédula de identidad 1-1140-0751, en mi condición de autor del TFG titulado Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Eugenio Fuentes Rodríguez  
Número de Carné: A01655 Número de cédula: 1-1140-0751  
Correo Electrónico: eugeniofr682@gmail.com  
Fecha: 21 de junio de 2020 Número de teléfono: 8892-0810  
Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Carolina Santamaría Ulca

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## **Introducción**

En la última década, por medio de guías institucionales, el país ha desarrollado los primeros esfuerzos para mejorar la atención del parto y el puerperio (CCSS, 2009; CCSS, 2017), en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta normativa contempla una fuerte posición de respeto y garantía de los derechos reproductivos de las mujeres, con enfoque de género (World Health Organization, 2014). En este contexto, para la toma de decisiones de política pública es estratégico contar con evidencia cuantitativa sobre la violencia obstétrica.

En el presente trabajo se determina una línea base estadística del cumplimiento de la normativa que garantiza la adecuada atención del parto, en términos de respeto a los derechos a la salud y los reproductivos. Se trasciende el paradigma cualitativo, el cual tradicionalmente se ha utilizado para ahondar estas temáticas. Se trata la información desde el paradigma cuantitativo, a partir de Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés), tanto de Costa Rica (2011 y 2018), Cuba (2014), El Salvador (2014), República Dominicana (2014), Belice (2015-2016), México (2015) y Paraguay (2016). En caso de Costa Rica (2018), esta recibió el nombre de Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) (INEC, 2018).

Se describe la situación respecto de la atención del parto y del posparto en centros de salud públicos y privados en Costa Rica entre 2009-2011 y 2016-2018 a la luz de la normativa vigente, lo cual es de utilidad para la toma de decisiones sobre en qué áreas tomar acciones que mejoren la calidad de atención obstétrica y que contribuyan en la mejora de las condiciones de salud de la madre y su hija o hijo.



En primera instancia se especifican los abordajes y estudios previos en la materia, luego se describe la salud como un derecho, se define qué se comprende en esta investigación como salud, salud pública y gerencia de la salud, así como teoría de género vinculada con la maternidad, la atención en salud (parto y posparto), teoría del desarrollo, derechos humanos (a la salud y reproductivos) y ciertos determinantes de la salud (anexo 7.1). Con ello se analiza la información desde el paradigma cuantitativo.

En términos generales, en el estudio se utilizaron las bases de datos de encuestas MICS de los países mencionados anteriormente, para el análisis de la información, según lo indicado por mujeres en edad reproductiva que tuvieron al menos un hijo nacido vivo en los últimos dos años a la aplicación de cada encuesta. En cada país, estas encuestas son las únicas especializadas en atención prenatal, natal y posnatal.

Se analizaron aspectos referidos a los sistemas de salud de los países ya indicados, para considerar su contexto. Además, se estudió la asociación estadística de los determinantes sociales de la salud con tipo de parto, amamantamiento inmediato, violencia obstétrica (tanto en parto vaginal como por cesárea). Asimismo, se analiza cómo este tipo de violencia se asocia con la atención posterior al parto (contacto piel a piel, tiempo del primer baño de la hija o del hijo, revisión médico-obstétrica de la madre antes de egresar del centro de salud y asesoramiento sobre lactancia). Es importante destacar que la variable de quintiles de riqueza es significativa en las asociaciones estimadas.

## **Capítulo 1. Planteamiento del problema**

### **1.1 Justificación y problema de investigación**

La relevancia de esta investigación reside en su actualidad, ante la pertinencia y oportunidad de tener información cuantitativa sobre la violencia obstétrica, en el marco de la calidad sobre la atención del parto y posparto en Costa Rica, que vaya más allá del paradigma cualitativo local del país. La necesidad de contar con información estadística sobre esta temática ha sido destacada por la misma Defensoría de los Habitantes de Costa Rica (2015).

Tradicionalmente esta temática se ha tratado desde el paradigma cualitativo, por lo que un estudio cuantitativo la complementa y, al mismo tiempo, es un respaldo para la toma de decisiones para el Ministerio de Salud y la CCSS, así como para el monitoreo por parte de la Defensoría y el sector académico. La carencia de información sistemática limita la toma de decisiones (Vargas M. , 1990) pues, aunque hay suficiente y muy valiosa información cualitativa, es necesario contar por primera vez en el país con evidencia cuantitativa, que contribuya a dimensionar de manera más amplia la magnitud de este tipo de violencia.

Se comparan los resultados de dos encuestas nacionales con menos de una década de diferencia con la MICS del trienio 2009-2011 y la otra 2016-2018, en el marco del contexto de otros países latinoamericanos, los cuales se toman como referencia (Cuba, El Salvador, República Dominicana, Belice, México y Paraguay).

La primera fue realizada por el Ministerio de Salud (2011) y la segunda (2018) por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), ambas con auspicio de UNICEF. Se toma como referencia las encuestas de Cuba (2014), El Salvador (2014),

República Dominicana (2014), Belice (2015-2016), México (2015) y Paraguay (2016).

La más reciente encuesta de Costa Rica corresponde a la sexta ronda de la MICS y fue aplicada según lo establecido en el *Memorando de entendimiento entre el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la oficina de UNICEF Costa Rica para ejecutar el proyecto “Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés)”* (Ministerio de Salud, INEC y UNICEF Costa Rica, 2016).

Con el objetivo de evaluar la política pública en materia de la atención del parto se tiene lo dispuesto por la OMS y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La OMS le ha pedido a los países la *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (WHO, 2014), bajo el argumento que “muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios” (WHO, 2014, pág. 1). Es de especial interés el monitoreo de la adecuada atención de las mujeres en esta etapa.

En el ámbito nacional, la CCSS insta a un trato humanizado del parto (CCSS, 2009; CCSS, 2017). En el 2009 emitió la *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto* que, entre otras disposiciones, plantea aspectos relacionadas con el buen trato durante la atención a la mujer. Esta guía parte del modelo holístico donde en esta materia el centro es la madre y su hija o hijo en términos de seguridad y de salud (CCSS, 2009, pág. 16). Lo que enfatiza la CCSS es cumplir con estándares de atención, “... donde las mujeres son bien valoradas, se respeta el proceso fisiológico y se respetan las decisiones... tienen

menores tasas de morbilidad materna e infantil” (CCSS, 2009, pág. 18). Esto con el fin de que “se cumplan los estándares para mejorar los índices de salud materno-infantil y una mayor satisfacción de usuarias, sus familias y los(as) proveedores(as) (sic)” (CCSS, 2009, pág. 18). La guía en sí no expresa en la literalidad el concepto de violencia obstétrica como tal, ni enfatiza en la obligatoriedad de prevenirla.

En agosto de 2017 la CCSS divulgó el documento estratégico *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Esto a partir de un trabajo cualitativo realizado en cada una de las 25 maternidades de los centros de atención a cargo de la CCSS, que resultó en cambios en la atención, con el fin de estandarizar experiencias (Montero, 2017), tal y como se comentó para la guía emitida en el año 2009.

La Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica ha hecho solicitudes para la adecuada atención del parto (2015), esto a partir de una investigación sobre “las deficiencias y situaciones denigrantes de los derechos de las mujeres, que ocurren en la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio y la lactancia, que se le conoce como violencia obstétrica... El estudio de la Defensoría nació a raíz de varias situaciones puntuales en los hospitales de las Mujeres, Limón y Liberia relacionadas, entre otras cosas, con la no autorización del acompañamiento de mujeres embarazadas por una persona de su confianza antes, durante y después del parto; la falta de especialistas que obliga al traslado de las pacientes a otros centros hospitalarios, la carencia de equipo; y denuncias de usuarias por el mal trato recibido durante su estancia en labores de pre y post parto” (Defensoría de los Habitantes, 2015, pág. 1).

Entre ambos procesos (CCSS, 2009; CCSS, 2017), en 2015 se presentó en la Asamblea Legislativa, el Proyecto de Ley 19 537: *Ley para proteger a la mujer*

*embarazada y sancionar la violencia obstétrica*, cuyo objeto (artículo 1) es regular “los mecanismos para una adecuada protección de las mujeres en estado de embarazo, sus hijos o hijas, procurando garantizar una atención integral de calidad, brindada de forma oportuna, eficaz y eficiente con el fin de evitar muertes o malas prácticas médicas”. Sin duda, es una iniciativa importante, pero dentro de su justificación no presenta evidencia cuantitativa de violencia obstétrica en el país.

La presente investigación hace posible monitorear, de forma cuantitativa, el cumplimiento del quinto ODS, sobre igualdad de género que contempla la eliminación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres, por medio de indicadores específicos (Objetivos 3, 5 y 8), lo cual se detalla adelante. Se propone un indicador que sirva para fortalecer el seguimiento de los ODS, que evidencie las condiciones de atención al parto. Se genera un aporte de evidencia científica sobre esta temática, que es de utilidad para el fortalecimiento de la política pública. Esto es posible por la precisión de las encuestas de referencia, que generan información estadística con base en una muestra probabilística, la cual es comparable en el ámbito nacional (respecto a 2011) y es también comparable en el ámbito internacional.

Por otra parte, en este marco se debe resaltar el rol del INEC y su rectoría, debido a que según la Ley 9694 del Sistema de Estadística Nacional (SEN) se le confiere la responsabilidad de la gestión de las estadísticas nacionales para orientar las decisiones que promuevan el desarrollo del país (Ley 9694: Ley del Sistema de Estadística Nacional, 2019).

En el contexto nacional debe tenerse en consideración que la CCSS es el mayor prestador de servicios de salud desde su universalización, la cual se aprobó mediante Ley 2738 de 12 de mayo de 1961 y se concretó en la década de los años 70 con el traspaso de hospitales de las Juntas de Protección y Patronatos a la CCSS, ley 5349 del 24 de setiembre de 1973 (universalización del seguro de enfermedad y

maternidad). Desde entonces se ha contado con servicios de salud accesibles en el país (OPS, 2004).

Al ser los partos un proceso básico en cualquier servicio de salud, desde la atención prenatal, parto y el puerperio, el rol de profesionales en salud sobre la calidad de la atención del parto sin violencia es relevante (CCSS, 2017; Bolaños, Cerdas, & Quesada, 2017; Defensoría de los Habitantes, 2015; CCSS, 2009; Barrantes, 2009; Arguedas, 2013) .

Por no tener una atención adecuada en la labor de parto, el Estado costarricense ha debido presentarse ante instancias internacionales de derechos humanos (CEJIL, 2015; CIDH, 2015). En el caso de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica (CIEM, UCR), por medio de una investigación cualitativa presentaron ante la CIDH experiencias de violencia obstétrica (CEJIL, 2015; CIDH, 2015).

Sin embargo, la reacción de la representación del Estado fue indicar que se tratan “supuestos menoscabos de los derechos humanos de las personas” o de “supuestas violaciones a los derechos humanos” (CIDH, 2015). Además de apelar a una falta de definición conceptual, se indicó que, en el 2015, ya se estaban ejecutando medidas concretas, además que le preocupa al Estado que son “temas de la mayor prioridad nacional e institucional, y que están siendo atendidos con políticas planificadas y medidas concretas que ya se están ejecutando, sean ventilados en esta Comisión, bajo un eventual supuesto de que el país está omitiendo atenderlos de manera adecuada, a nivel doméstico. Esto en especial, cuando se trata de situaciones que se han visto aquí como generalizadas, y más bien se trata de *casos aislados*, y además deben precisarse conceptos comunes y visiones compartidas al respecto” (CIDH, 2015).

Ante tal argumentación, en los resultados esto es debatido, pues es totalmente impreciso y es permisivo con el poder obstétrico, y una forma más de validar este tipo de violencia desde el mismo Estado.

En 2015, la Sala Constitucional del Poder Judicial de Costa Rica, se declaró con lugar el recurso interpuesto por una mujer al considerar que durante el parto no tuvo la privacidad necesaria, pues debió soportar la presencia de estudiantes de medicina, misceláneos y personal masculino de cocina, “por lo que hay que equilibrar los derechos de las mujeres con el cumplimiento del servicio público que se presta” (Resolución 3354-2015, 2015). Dicho fallo supone tomar acciones para erradicar la violencia obstétrica, y no sanciones para el personal.

Tal y como se mencionó anteriormente, en términos investigativos ha predominado el enfoque cualitativo, dentro de los cuales de más reciente data se tiene la realizada por Bolaños, Cerdas y Quesada en 2017. Analizaron la violencia obstétrica en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega, frente a normativa institucional donde destacan que la "Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto" son recomendaciones, no una normativa obligatoria. En esta investigación se halló falta de compromiso y capacitación sobre el tema, además de una fuerte resistencia al cambio por el personal de salud y los entes rectores (Bolaños, Cerdas, & Quesada, 2017, págs. 202-203). Según las mujeres entrevistadas el personal de salud que atendió el parto mostró negligencia, desinterés y arrogancia, a ninguna se le permitió estar acompañada ni tener contacto piel a piel con su hija o hijo, lo que les afectó emocionalmente (Bolaños, Cerdas, & Quesada, 2017, pág. 204). Asimismo, expresan que para una adecuada atención se requiere de inversión en infraestructura, que proporcione seguridad y comodidad.

En algunas zonas del país se ha contextualizado culturalmente la atención, como en la población ngäbe-buglé en el cantón de Coto Brus, en respeto a su cosmovisión

(Rodríguez I. , 2013), pues la construcción de un EBAIS en La Casona, con atención cultural, es “la forma de dar a los indígenas más participación y que sientan que tienen todo para atender su salud. El respetar la cultura, el darles espacios para que diseñaran su EBAIS, es también parte de la salud de esta población” (Rodríguez I. , 2013), lo cual ha sido un hito en la realidad indígena costarricense.

Desde la antropología social, se cuenta con un estudio de casos respecto a la atención del parto en el Área Metropolitana de Costa Rica (Barrantes, 2009). En él se analiza el parto como un ritual, sea institucionalizado o no, donde ocurren relaciones de poder obstétrico; en este estudio se explora la posibilidad del enfoque de “mujer ayudando a mujer” en labor de parto.

En el ámbito internacional, precisamente en Brasil por medio de una encuesta de opinión, se detectó que, en las manifestaciones de violencia obstétrica, lo usual son los gritos por parte del personal que recibe a las mujeres en labor de parto, los procedimientos dolorosos sin el consentimiento de las mujeres embarazadas, la falta de analgesia e incluso la negligencia. Debe resaltarse que esta investigación es puntual y no responde a un programa sistematizado de la calidad de la atención de la institucionalidad brasileña (Serviço Social do Comércio y Fundação Perseu Abramo, 2011).

En los estudios se evidencia una falta de generación de información cuantitativa que permita visualizar la magnitud de la violencia obstétrica, incluso para realizar proyectos de ley o decretos, lo cual limita contar con líneas base definidas para evaluar el impacto de las acciones que se implementen.

De hecho el CIEM de la UCR (O’neal, 2017), luego de una investigación teórica sobre violencia obstétrica (Arguedas, 2013), se planteó la necesidad de establecer el Observatorio de la Violencia Obstétrica, con tres dimensiones complementarias,



siendo la primera de ellas, la generación de datos e información cuantitativa, el análisis crítico de esa información y la incidencia política (UCR, 2016). Es decir, desde la misma academia se ha determinado la necesidad de contar con información cuantitativa de calidad al respecto. Las dos encuestas aplicadas en el país, del programa MICS, ofrecen una oportunidad para tener un panorama nacional, en torno a los determinantes sociales de la salud, como la edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social de las madres.

Respecto a la atención y cobertura de servicios, las encuestas también facilitan información vinculada con la termorregulación neonatal, donde la literatura indica que los procedimientos obstétricos en la atención que en el corto, mediano y largo plazo garantizan el derecho a la salud de la niñez (Martínez & Damian, 2014; Espinoza & Solano, 2012; OMS, 2010).

Con este panorama, la presente investigación se planteó el siguiente problema de investigación, para mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un nacido(a) vivo(a) en los últimos 2 años, ¿de qué forma se relacionan algunos determinantes sociales de salud seleccionados con la violencia obstétrica en Costa Rica, a partir de la normativa vigente y a la luz de la encuesta MICS 2011 y la EMNA 2018, para la toma de decisiones?

## **1.2 Antecedentes**

En cuanto a la atención de calidad durante el parto y a la violencia obstétrica los estudios existentes son de carácter cualitativo. También existen aportes desde lo correspondiente a los procedimientos técnicos desde la medicina, que no son objeto de atención en específico de este estudio. A continuación, se analizan antecedentes internacionales y nacionales, sobre la temática tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

### **1.2.1 Antecedentes internacionales**

Como contexto de lo recientemente avanzado en esta temática, se tiene que “en América Latina, luego del Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento”, realizado en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000, se formó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), la cual reúne y pone en contacto a redes nacionales, agrupaciones y personas, y “propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer” (Pozio, 2016, pág. 102).

Debe destacarse que, en el ámbito internacional, se han desarrollado investigaciones cualitativas, incluso de carácter etnográfico, donde se visualiza la normalización de este tipo de violencia (Castro A. , 2019; Castro & Savage, 2019). Lo anterior, porque en ocasiones una “buena atención” la percibieron con tratamientos efectivos y la garantía de supervivencia y no a los hechos violentos (Castro & Savage, 2019, pág. 131).

Seguidamente se plantean los antecedentes respecto a la dimensión jurídica, el nivel socioeconómico y la violencia obstétrica, y finalmente se explican características generales de las encuestas MICS, que incluye a la EMNA.

#### **a. Dimensión jurídica**

Desde la materia legislativa se tienen dos referencias internacionales, en Argentina y en la República Bolivariana de Venezuela, donde se estableció la protección legal contra la violencia durante el parto, asimismo en la Asamblea Legislativa de Costa Rica existe un proyecto de ley en esta materia. Estas son experiencias muy recientes en la historia.

- En el 2004, en Argentina entró en vigor la Ley 25 929 donde se establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose estas al Programa Médico Obligatorio. Ese mismo año fue publicada la Ley 26 485 denominada Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sin embargo, aún persisten casos de este tipo de violencia, según lo indica el Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (Gambale, 2018).
- En 2014, Venezuela estableció la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Ley 40 548), en la que se protege a las mujeres, entre otros aspectos, ante la violencia obstétrica. Aún no se conoce su impacto, pues recientemente se ha estado implementando el Plan Parto Humanizado en algunos sectores del país (Defensoría del Pueblo de la República Bolivariana de Venezuela, 2017; Lucena, 2017).
- En el caso costarricense, en el poder legislativo se encuentra en proceso una reforma a la Ley General de Salud, con el propósito de sancionar, vía reglamentación, al personal médico que violente a las mujeres gestantes (Reforma del artículo 12 de la Ley General de Salud número 5395, del 30 de octubre de 1973 y sus reformas, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto, 2019)<sup>2</sup>.

En el estudio realizado acerca de la opinión pública en “mujeres brasileñas y género en los espacios públicos y privados” (Serviço Social do Comércio y Fundação Perseu

---

<sup>2</sup> Para argumentar dicho proyecto, algunos medios han utilizado lo reportado por la EMNA para contextualizar la magnitud de la violencia obstétrica (El Mundo CR, 2019).

Abrano, 2011), se detectó que una de cada cuatro mujeres ha experimentado algún tipo de violencia durante el parto. Esta fue una encuesta de opinión realizada en 2001 y en 2010, contando esta última con una muestra de 2 365 mujeres y 1 181 hombres de 15 años y más.

#### **b. Nivel socioeconómico y violencia obstétrica**

En un estudio sobre educación materna y atención del parto en Uganda (Bbaale & Guloba, 2011), con la Encuesta de Demografía y Salud de 2006, se halló que los casos de violencia durante el parto se asocian con las zonas rurales y con la baja productividad agrícola. Además, se enfatiza que el Estado debe mejorar la infraestructura de las comunidades, en un contexto donde el acceso universal a la atención profesional del parto depende de la capacidad de pago; pero fundamentalmente recomiendan la necesidad de aumentar el nivel de instrucción de las mujeres por parte del Estado ugandés.

En la ciudad de São Paulo, Brasil, se recopiló la experiencia de enfermeras obstetras sobre la violencia obstétrica que han ejercido, vivido u observado durante su vida profesional y en diversas instituciones de salud, como unidad básica de salud, hospitales privados y públicos, en un período de 5 a 36 años de formación técnica (Gonçalves, Pinheiro, & Carcaman, 2014). Por medio de la técnica cualitativa de lluvia de ideas, se documentaron expresiones violentas del personal a las mujeres que llegan a recibir el servicio, además de procedimientos innecesarios e iatrogénicos (efectos producto de algún procedimiento).

Por su parte, en otro estudio en el que se evaluó el acceso equitativo a servicios de salud para mujeres indígenas y afrodescendientes en América Latina, se determinaron las barreras que lo limitan (Castro, Savage, & Hannah, 2015). Se

encontró que la primera barrera para la atención de calidad es la discriminación contra ellas.

En Estados Unidos al aumentar la cobertura de atención pública en salud se ha develado el maltrato y coerción durante el parto por el personal de salud (Diaz-Tello, 2016). Es en este sentido es que, por medio de estudio de casos, se visualiza lo sistemático que es la violencia obstétrica. Además, se evidencia que el no tener un amparo jurídico para evitarla o lo complejo de demostrarlo en alguna causa por agravios, se puede canalizar por medio de la legislación sobre la violencia contra las mujeres. Finalmente recomienda la necesidad de hacer cambios en la legislación y de sensibilización a quienes brindan servicios de salud.

Desde la antropología, las discusiones internacionales sobre ginecoobstetricia se han ido feminizando, así como la problematización entorno a la violencia obstétrica, al menos en el contexto occidental (Pozio, 2016). Se describe, de forma cualitativa, cómo explican y reaccionan las mujeres ginecobstetras ante el parto humanizado para disminuir la violencia obstétrica, lo cual es orientador en los estereotipos y actitudes para generar cambios.

En un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe, se determinó que la “gran mayoría de muertes maternas en América Latina y el Caribe pueden evitarse con una atención obstétrica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio” (UNICEF & Tulane University, 2016, pág. 10). Asimismo, se enfatizó que las cesáreas innecesarias pueden ser consideradas un acto de violencia obstétrica, pues son procedimientos que violan la integridad corporal de las mujeres (UNICEF & Tulane University, 2016, pág. 38). Dicho argumento es encontrado en otros estudios (Castro A. , 2019, pág. 105; Castro A. , 1999).

Por otra parte, se destaca que las “mujeres de sectores de población desfavorecidos social y económicamente tienen más probabilidades de experimentar retrasos a la hora de buscar cuidados de salud materna, de llegar a los establecimientos de salud y de recibir una atención apropiada en estos” (UNICEF & Tulane University, 2016, pág. 41), lo cual es central en el presente análisis.

### c. Sobre las encuestas MICS

Las encuestas MICS, son un programa mundial que tiene UNICEF desde la década de 1990 en diferentes países del planeta, especialmente en el hemisferio sur. Por medio de encuestas representativas, permite generar estadísticas sólidas y de calidad para niñez, adolescencia y mujeres en edad reproductiva, con lo que se le da seguimiento a los ODS (UNICEF, 2018).

Luego de que se aplicara en Costa Rica la ronda cuatro de las encuestas MICS (MICS4), algunos otros países aplicaron la quinta ronda (MICS5). El país junto con Surinam fueron los primeros países en aplicar la sexta ronda en el continente (MICS, 2018). Es estratégico contar con un parámetro internacional para conocer la situación del país en esta materia. Los siguientes son los países del continente que aplicaron MICS5 y que se analizarán en este estudio:

Tabla 1.1. Países analizados en la investigación, por país y año de la encuesta MICS.

<b>País</b>	<b>Año</b>
Costa Rica	2011 y 2018
Cuba	2014
El Salvador	2014
República Dominicana	2014
Belice	2015-2016
México	2015
Paraguay	2016

Fuente: (MICS, 2018).

De las encuestas analizadas se tienen indicadores sobre el porcentaje de mujeres en edad reproductiva con al menos un nacimiento en los últimos dos años, sobre si recibieron o no consulta prenatal y posnatal, el lugar o institución en el que ocurrió el parto, si fue vaginal o por cesárea. Con base en estos datos se destacan diferencias entre países, teniendo Cuba y Costa Rica, un panorama más favorable en contraposición con República Dominicana, México y Paraguay.

En el tipo de parto, se destaca que en esos países los porcentajes de partos por cesárea son elevados. En El Salvador es el 31,1 %, en Belice el 34,2 %, en Cuba el 40,4 %, en México el 40,7 %, en Paraguay el 45,9 % y en República Dominicana el 58,1 % (Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Nacional de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015; Dirección General de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Unicef Paraguay, 2017; Statistical Institute of Belize and Unicef Belize, 2017; Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, 2016; Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana y Unicef, 2016; Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública, 2015).

Respecto a este último indicador la Organización Mundial de la Salud desde 1985 expresa que debería oscilar entre el 10 % y el 15 % (World Health Organization, 2015). Esto es relevante al problematizarlo con el término de la “cesárea innecesaria”. Adelante se estudia la magnitud de los partos por cesárea, en contraste con lo recomendado por la OMS.

### 1.2.2 Antecedentes nacionales

Más que los estudios locales mencionados en la justificación, en el ámbito nacional los de tipo académico recientes son escasos, incluso desde el enfoque cualitativo o en cuanto a los procedimientos médicos y de enfermería.

En la Maestría profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, se realizó una propuesta de una guía clínica para el abordaje de enfermería ginecobstétrica y perinatal en la atención del parto distócico o disfuncional (Espinoza & Solano, 2012), es decir, complicaciones en el parto, en el que se utiliza la perspectiva del parto humanizado.

En el ámbito nacional, en el periodo 2009-2011, donde el 98,4 % de los partos fueron institucionalizados (UNICEF, 2011, págs. 123, 15, 69, 21), el 26 % de los nacimientos fueron por cesárea, cuya probabilidad aumenta con la edad de la mujer. Según la OMS, la prevalencia de cesárea debe oscilar entre el 10 % y el 15 % (World Health Organization, 2015). Es necesario revisar la magnitud de este dato, pues ese margen extra de al menos 8 puntos porcentuales sobre el límite superior establecido por la OMS, es una posible manifestación de violencia obstétrica, pues la decisión de esta intervención quirúrgica podría estar mediada por personas de los centros de salud (públicos o privados). Esto podría estar asociado con los denominados determinantes sociales de la salud (edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social).

Recientemente, la CCSS difundió la noticia de una fuerte inversión en las maternidades del país, donde “ la institución puso en marcha el Modelo de atención calificada del embarazo, parto, posparto centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades institucionales, el cual ha permitido efectuar cambios en las 25 maternidades que tiene la institución a lo largo y ancho del territorio nacional” (Solís, 2019). Este



aspecto debe ser analizado de forma posterior, dado su reciente implementación, desde 2017.

En términos de movimientos sociales, acciones de presión política y derecho internacional, se han realizado audiencias ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), donde organizaciones civiles y entes académicos han expresado las diferentes formas de manifestación de este tipo de violencia (CEJIL, 2015; CIDH, 2015). Como se logra apreciar son estudios cualitativos recientes.

Ante la carencia de elementos cuantitativos sobre la magnitud de la violencia obstétrica y cómo se manifiesta según los determinantes sociales seleccionados (edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social), es que se procede a plantear los objetivos de la investigación.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar la forma en que se relacionan algunos determinantes sociales de la salud seleccionados con la violencia obstétrica en Costa Rica, para la toma de decisiones

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Describir los determinantes sociales de salud seleccionados sobre la violencia obstétrica y de la atención del parto de las mujeres en los periodos 2009-2011 y 2016-2018.
2. Caracterizar cómo se asocian los determinantes con la violencia obstétrica que hayan vivenciado las mujeres en los últimos dos años.
3. Comparar estadísticamente las características de la violencia obstétrica del país respecto a Cuba, El Salvador, República Dominicana, Belice, México y Paraguay, según las últimas encuestas MICS.
4. Evaluar la asociación estadística entre los determinantes sociales de la salud con la violencia obstétrica a la luz de la normativa vigente, para la toma de decisiones, a partir de brechas, falencias o retrocesos que sean detectados y su relación con los ODS.

## **Capítulo 2. Abordaje teórico**

Se presenta el fundamento teórico el cual constituye la base del estudio y en la interpretación de los resultados, por lo que se parte de las definiciones de salud, salud pública, gerencia de la salud y los derechos humanos a la salud y los reproductivos. También se conceptualizan los términos de género y de maternidad, lo cual es central en la vivencia del parto.

Además, se teoriza respecto de la calidad de atención, el ámbito de las políticas públicas y la violencia obstétrica. Adicional a ello, se toma en consideración el desarrollo desigual, pues los determinantes sociales condicionan diferenciales geográficos, de edad de la madre, nivel de instrucción y el tipo de centro en que se atiende el parto, entre otros. Finalmente, se realiza un cierre de cómo estos elementos se articulan para comprender el problema de investigación.

### **1.1 Salud, salud pública y la gerencia de la salud**

Es necesario tener elementos teóricos para el adecuado análisis de los resultados de la información, para lo que se requiere conceptualizar la salud, salud pública, sector salud y la gerencia de la salud, en el marco de una línea para la evaluación de la calidad de la atención y el cumplimiento o no de lo estipulado en el sistema de salud, que incluye el sector privado (Vargas M. , 1990).

#### **a. Salud**

En este apartado se explica el desarrollo histórico sobre este concepto, fluyendo a un cierre conceptual sobre el posicionamiento sobre esta materia, el cual es eje central del análisis.

Desde 1948 se inició la construcción de la conceptualización de la salud, pasando por elementos individualistas y clínicos, donde la recién instaurada OMS indicó que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (World Health Organization, 1948, pág. 100). Este es un concepto que ha evolucionado, en donde esta se entiende en tiempos más recientes como un punto de encuentro de lo biológico con lo social, la persona y la comunidad, siendo que los logros en salud individual y los sociales están estrechamente relacionados (Lalonde, 1974; Frenk, 1992).

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 indica que la salud se percibe “como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de una noción positiva que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, 1986).

La salud, además de *bienestar*, “se ve como sustento de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud surge como una tarea fundamental de la política pública” (Gutiérrez, Monteoliva, & Albiñara, 2008, pág. 30).

En este contexto, la “Declaración de Adelaida sobre salud en todas las políticas” (2010) indica que “Una población sana es un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad. La reducción de las inequidades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todas (las) interacciones entre la salud, el bienestar y el desarrollo económico han recibido gran impulso en las agendas políticas de todos los países. Cada vez más, las comunidades, los

empleadores y las industrias esperan y demandan acciones de gobierno fuertes y coordinadas para abordar los determinantes de la salud y el bienestar, y evitar la duplicación y fragmentación de medidas” (OMS, 2010, pág. 2).

En síntesis, en el posicionamiento teórico sobre la salud se tiene que en ella confluyen lo individual, lo social, los múltiples contextos (normativos, políticos, económicos, culturales) en el que se preserva o vulnera el bienestar físico y mental de una población. Debe tenerse presente en la salud pública esta última es su ámbito de acción.

Para esta investigación, se tiene que el concepto de “salud” conlleva a varios aspectos epistemológicos importantes:

1. Al hacer referencia a las oportunidades reales de salud, en términos de política pública, se debe reconocer el aporte de la “salud pública” y la “gerencia de la salud”.
2. Cómo el parto o el nacimiento, a pesar de ser un hecho biológico y demográfico, constituye un hecho identitario de construcción social de lo femenino, por lo que es necesario ahondar los términos de género, de maternidad, violencia obstétrica y derechos reproductivos, pues constituyen una afrenta a los derechos humanos de las mujeres, en términos de violencia o negación (Castro, 2019, pág. 109).
3. Finalmente, en el contexto latinoamericano es necesario problematizar en términos teóricos qué es desarrollo desigual, en cuanto a su desarrollo histórico y que esto se podría traducir en desigualdades de las mencionadas oportunidades de salud o de equidad sanitaria, lo cual conlleva el abordar los determinantes sociales.

En el trasfondo, el parto se produce de modo desigual según los determinantes sociales de la salud, por lo que la violencia obstétrica también puede serlo. Esto lleva

a la necesidad de plantear la función de la salud pública y las formas de gerenciarla, entendiendo la gerencia como el campo de la toma de decisiones y la negociación (Carnota, 2013; Hunter, 2002; Alderslade & Hunter, 1994; Vargas M. , 1990).

### **b. Salud pública y su ámbito**

Esta corresponde al “esfuerzo (organizado o no) de la sociedad que surge de su compromiso con la búsqueda de la satisfacción o el alcance de sus ideales de salud” (OPS, 1992, pág. 4). Consiste en un área del conocimiento que se refiere a los esfuerzos organizados orientados a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, teniendo en consideración que con “pública” confiere al ámbito poblacional o colectivo (Frenk, 1992, pág. 75). Ello incluye los procesos biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen con la salud individual o de una población.

La salud pública es la disciplina cuyo objetivo central es la salud de la población, pero que no posee un objeto de estudio exclusivo o definido (González, 2007), sino que se construye necesariamente mediante una perspectiva transdisciplinar. La salud pública se encuentra ligada a la normativa que le rige, con el objetivo de tomar decisiones de forma socialmente organizada, de ahí que posteriormente se aborden las temáticas de derechos humanos y políticas públicas, con la gerencia de la salud (Vargas M. , 1990). De ahí su vínculo con la atención del parto, pues esta va acorde con la gerencia de la salud y la importancia que esta tiene en su carácter decisorio y de gestión de los servicios con respecto a la eliminación de la violencia obstétrica.

### **c. Costa Rica: sector salud, nutrición y deporte**

De conformidad con el Decreto Ejecutivo No. 40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR (2017, págs. 10-11)<sup>3</sup>, el sector está conformado por instituciones centralizadas y descentralizadas, a saber: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), CCSS, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

Para efectos de este estudio, para Costa Rica se tomó en consideración tanto el sector público, como el privado dadas las características que captan las dos encuestas de interés.

### **d. Sistemas de salud: segmentación y fragmentación**

Con el propósito de contextualizar los sistemas de salud de las madres en los países analizados (Costa Rica, Cuba, El Salvador, República Dominicana, Belice, México y Paraguay), se estudió:

- Los sistemas de salud (segmentación y fragmentación)
- Los indicadores de contexto para las mujeres que han tenido al menos un nacimiento en los últimos dos años

---

<sup>3</sup> Aún vigente.

Con el fin de tener una perspectiva amplia sobre el contexto en el que las mujeres dan a luz a sus hijas e hijos, se debe considerar su nivel de segmentación y de fragmentación del sistema de salud de su país, para lo cual es importante caracterizar los sistemas (tabla 2.1). Su relevancia consiste en el aporte para la interpretación de la información cuantitativa.

En este análisis de los sistemas de salud, la segmentación corresponde a aquellos sistemas de salud donde se segmenta a la población según su capacidad de pago, es decir, se dirige a grupos socioeconómicos, lo que genera inequidad de acceso, y que puede coexistir con el sector privado. Dentro del Estado puede haber uno o más prestadores de servicios de salud. Por su parte, la fragmentación se refiere a que las unidades prestadoras de cuidados estén desarticuladas y desconozcan el trabajo de cada una, es decir, sin integración. En ella se atiende a diferentes sectores de la población y, a su vez, es económicamente ineficiente (Pan American Health Organization, 2019; Infante, 2019).

Tabla 2.1. Tipos de sistemas de salud según su segmentación y fragmentación.

Ámbito	Segmentación	Fragmentación
Característica principal	Segmentación social por capacidad de pago o inserción al mercado laboral	Las unidades prestadoras servicios de salud trabajan desconociendo a aquellas otras que actúan en un mismo territorio
Modalidades	Financiamiento, afiliación y provisión	Entes estatales no integrados (sin interconexión)
Estratificación	Dirigidos a ciertos grupos socioeconómicos	Atiende a diferentes sectores de la población
Servicios privados	A mayor segmentación, mayor presencia del sector privado.	A mayor fragmentación, mayor presencia del sector privado.

Fuente: elaboración propia a partir de (Pan American Health Organization, 2019; Infante, 2019).



Posterior al análisis estadístico, se integraron las características de la tabla 2.1 con el resultado cuantitativo, de modo que contribuya con la interpretación de la información generada en la investigación, aspecto que es profundizado adelante.

Dada la importancia de esta clasificación, es que se analiza estadísticamente la asociación entre diferentes variables para clasificar los sistemas de salud, lo cual contribuye a la comprensión de los resultados de la investigación.

#### **e. Gerencia de la salud para la toma de decisiones informadas**

La gerencia de la salud es un concepto de reciente data, en especial en el área de conocimiento de la salud donde tiene particularidades teóricas y metodológicas, pero que de manera básica se enfoca en la toma de decisiones informadas (Carnota, 2013, pág. 502). Tradicionalmente se ha definido como el uso óptimo de los recursos de la sociedad y sus servicios de salud para mejorar la experiencia de salud de la población (Alderslade & Hunter, 1994), comprendiendo que los recursos son limitados y las necesidades son ilimitadas, tal y como lo plantean los principios generales de la economía.

Otro aspecto relevante, es que la gestión en salud se refiere a la toma de decisiones que trascienden lo administrativo, pues estas direccionan a una organización a una meta (Vargas M. , 1990). Se vincula con *la acción* y con *efectuar el cambio* en esta área (Hunter, 2002, págs. 10-11). La administración centra su atención en el qué hacer (ordenamiento de recursos, control legal de las acciones, la contratación y selección de personal e insumos, entre otros), mientras que la gerencia se concentra en cómo hacerlo, en cómo lograr con mayor eficiencia el alcance de los propósitos organizacionales y ello pasa por la toma de decisiones informadas.

#### **f. Violencia obstétrica e información estadística**

En este caso se plantea el uso de información cuantitativa referente a la atención de las mujeres en las etapas parto y posparto, a fin de orientar las políticas en este importante campo de la salud pública. Es trascendental la creación de capacidades para mejorar las posibilidades de una implementación efectiva de las políticas de salud, lo cual trasciende la promulgación escrita de normativas o políticas, pues atiende a elementos paulatinos que deben ser sujetos a evaluación.

Para la gerencia de salud, en el marco de la rectoría del Ministerio de Salud, del principal prestador de servicios (CCSS), la academia y las organizaciones de la sociedad civil, es necesaria la toma adecuada de decisiones, más aun si se hace con información de calidad que proviene del rector en Estadística, como es el caso del INEC. Esto porque por medio de la Ley 9694 del Sistema de Estadística Nacional se establece al instituto como el ente técnico rector de las estadísticas nacionales y coordinador del SEN. En la misión del instituto se destaca la responsabilidad de la gestión de las estadísticas nacionales para orientar las decisiones que promuevan el desarrollo del país (INEC, 2018).

#### **g. Parámetro para la evaluación**

Con la información de calidad generada por la EMNA, a cargo del INEC, en conjunto con el Ministerio de Salud y UNICEF, es posible establecer una línea base estadística, o estado de situación, de la aplicación de la normativa contra la violencia obstétrica, para que posteriormente pueda evaluarse su situación. Para ello debe tenerse presente que “la evaluación constituye una parte esencial del proceso de planificación, que tiene como objetivo medir, controlar y dar seguimiento a los resultados obtenidos con las actividades desarrolladas en un período definido y

analizar los factores que consideraron el éxito total o parcial de los mismos” (Vargas M. , 1990, págs. 79-80).

En el contexto de que en la negociación y toma de decisiones de las políticas públicas podría detectarse una brecha de implementación, es decir, la “que existe entre la decisión y la realidad de su aplicación” (Roth, 2007, pág. 107), hecho usual en todo sistema de evaluación y de auditoría. Con los determinantes sociales seleccionados, se visualiza dónde existen brechas en la implementación de la atención del parto.

Una vez ejecutada la evaluación, se puede tomar medidas correctivas, actualizar el diagnóstico, conocer las variaciones de la demanda y de la oferta de servicios y factores condicionantes, con lo que se retroalimenta la gerencia del sistema de salud en todos sus niveles (Vargas M. , 1990, pág. 80). Como se mencionó anteriormente, esto desde la rectoría del Ministerio de Salud y del principal prestador de servicios (CCSS), además desde la perspectiva académica y de la sociedad civil. En este estudio se evaluó la normativa vigente a partir de la asociación estadística entre las variables sobre violencia obstétrica y los determinantes sociales de salud.

Al comprender la salud pública como la respuesta organizada por parte de la sociedad, como se discutió anteriormente, las políticas públicas y la violencia obstétrica poseen un eje central y estas tienen un vínculo con la acción para alcanzar los derechos humanos, por lo que es prudente y necesario buscar el equilibrio en esta temática.

De hecho, las políticas públicas “han surgido como respuesta de atención sobre derechos económicos y sociales, que... son los derechos que hacen posible la concreción de otros derechos como los civiles y políticos. Por esto, la atención sobre el campo de las políticas públicas por parte de los promotores de derechos humanos

es apenas obvia y necesaria” (Jiménez, 2007, pág. 40). De allí que toda política pública ha de estar relacionada con las normas jurídicas, y estas últimas vinculadas con la protección de los derechos humanos, por lo que es importante indicar que toda política pública pasa por las etapas de decisión política, jurídica, técnica y administrativa.

Las políticas públicas son instrumentos primordiales para garantizar la universalidad del derecho (Guendel, 2007, pág. 61). No obstante, la misma Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2007) advierte que la judicialización de los derechos podría ser negativa pues se depende también de la disponibilidad de recursos y de quienes demandan el cumplimiento de derechos.

En términos pragmáticos, las políticas públicas en salud deben procurar mantener y mejorar esta capacidad de recursos para la prestación de servicios, al satisfacer las necesidades de salud (Gutiérrez, Monteoliva, & Albiñara, 2008, pág. 30). Claramente son procesos de integración social que poseen una visión ideológica, y que algunas veces se resuelven sin mayor problematización (Testa, 1992, pág. 221).

Hasta este punto, se observa que los conceptos de salud, salud pública, el sistema de salud, la gerencia, la violencia obstétrica y la evaluación se articulan en el hecho que una inadecuada atención a una mujer y su hija o hijo, responde a un sistema de salud que no se encuentra sensibilizado, no genera evaluaciones y no cuenta con perspectiva de derechos humanos. La gerencia, sea este hospital, clínica o cualquier otra denominación, del centro y del sistema de salud en su conjunto, no han visualizado o no tienen información al respecto y es ahí donde falla el sistema y no responde a una salud inclusiva para todas las personas y poblaciones.

## 1.2 Derecho humano a la salud y derechos reproductivos

En este apartado teórico se desarrolla cómo se comprende el derecho a la salud y los derechos reproductivos, especialmente en el marco normativo en vigencia, pues con esto se dimensiona aún más la trascendencia del estudio.

### a. Derecho a la salud

Para Vargas (2010, pág. 454) el derecho a la salud “se trata de un derecho fundamental inherente al ser humano que debe ser tutelado por el Estado”. A pesar que este no se encuentra de forma expresa en la Constitución Política, la Sala Constitucional ha reiterado que este se deriva del artículo 21, donde la vida humana es inviolable, el último párrafo del artículo 50<sup>4</sup> y podría indicarse que también se contiene como derecho en el artículo 73, en el que se establece, entre otros, el seguro por maternidad.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000):

*(...) la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.*

---

<sup>4</sup> El artículo 50 dispone que “El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza. Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Por ello, está legitimada para denunciar los actos que infrinjan ese derecho y para reclamar la reparación del daño causado. El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho. La ley determinará las responsabilidades y las sanciones correspondientes” (Constitución política de la República de Costa Rica, 2015).

Este derecho humano se encuentra vinculado con otros y, simultáneamente, depende de ellos (Comité de Derechos Sociales y Culturales, 2000). Los otros derechos vinculados son parte de los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, vivienda, educación, dignidad humana, no discriminación, igualdad, la no tortura, y acceso a la información, entre otros.

## **b. Derechos reproductivos**

El presente trabajo se enfatiza en la salud reproductiva, la cual “entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1994), lo que se encuentra contemplado en la normativa vigente (CCSS, 2009; CCSS, 2017).

De conformidad con el “Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo”:

*“(...) los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso (Esto incluye el) derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos... La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos... deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia” (ONU, 1994).*

Los derechos reproductivos son transversales y necesarios para el cumplimiento de otros, pero históricamente han sido invisibilizados, además, su incumplimiento muestra elementos de discriminación por estigmatizaciones socioeconómicas.

La salud reproductiva posee algunos dominios, donde se destacan la salud y enfermedad física y la psicológica, así como dolor y malestar (Sadana, 2002). Referente al “bienestar” relacionado con este tipo de salud, hay elementos que le

contravienen, a saber, las sanciones y estigmas sociales, y los roles sociales asignados. Además, existen otros criterios, como las definiciones del contexto y la pertinencia o uso de políticas y programas.

Por su parte, la salud reproductiva es un asunto de desarrollo humano y del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados (OPS, 2013, pág. 3), por lo que no es un tema menor, pero del que no se cuenta con evidencia cuantitativa.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013, pág. 4) también ha instado a los países miembros a tomar acciones que trascienden a los ministerios de salud, y se ubican en el campo de la política pública, por ejemplo, adoptar políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad; priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano; y promover el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva. Todo lo anterior se vincula con la atención de calidad del parto, concepto que se analiza más adelante.

Al ser la salud y la salud reproductiva elementos trascendentes de los derechos humanos y en el desarrollo de las mujeres en particular, es relevante tomar en consideración elementos sociales que son centrales, como aquellos aspectos de la construcción social del género y la maternidad relacionados con la labor de parto y del inmediato puerperio en los centros de salud.

### **1.3 Género: una construcción social identitaria**

El cómo se construye y cómo se vive el ser mujer y su vínculo con el ámbito reproductivo desde la perspectiva biológica y la social, debe tenerse presente en el análisis de la información vinculado con la atención al parto. De ahí que en este apartado se trate el concepto de género, maternidad y maternaje.

#### **a. Concepto de género**

Corresponde a la construcción, asignación, asimilación y vivencia social que se fundamenta en el carácter fisiológico de las personas, que se reproducen en relaciones de poder-sumisión entre los hombres y mujeres (Lagarde, 1990; De Barbieri, 1996; Flores, 2001; Fuentes, 2007).

En este sentido, Paterna y Martínez indican que “El sexo tiene un núcleo biológico que es la sexualidad reproductiva de la especie, mientras que el género está ligado a la reproducción social en su totalidad” (2005, págs. 35-36). Como construcción social se encuentra asociado a un conjunto de otras categorías sociales, como la edad, la etnia y la clase social (Achío, Rodríguez, & Vargas, 2005), dado que estas tienden a mostrar una mayor diferenciación entre las mismas mujeres.

A partir de esa construcción dicotómica o binaria (hombre-mujer), surgen otras, como la que genera equivalencias entre el hombre y la producción (espacios públicos), y la mujer con la reproducción (espacios privados o domésticos) (Camacho, 1997; Flores, 2001; Paterna & Martínez, 2005). Es la capacidad reproductiva la que marca diferencia entre los sexos y géneros, a partir de allí se trata de dominar y controlar el cuerpo de las mujeres, ya que es el único que puede generar otro ser humano (De Barbieri, 1996, pág. 58), con lo que se ha “biologizado” la naturaleza femenina (Paterna & Martínez, 2005, pág. 14).



A partir de lo anterior se establece una equivalencia entre ser mujer y ser mamá, con lo cual la maternidad desde esta perspectiva, es una condición de lo femenino con profundo arraigo ideológico (Fuentes, 2007; Achío, Rodríguez, & Vargas, 2005; Lagarde, 1990).

### **b. Maternidad: maternaje como dimensión de construcción social**

Los estudios de género se han enfocado en las dos dimensiones de la maternidad, a saber, maternaje y maternazgo. En la articulación de ambas es donde ideológicamente se ejerce control y mantenimiento de la maternidad, como institución social.

Por un lado, existe el maternaje, el cual se refiere de forma explícita al aspecto biológico, es decir, la maternidad pasa por la corporalidad femenina (Fuentes, 2007; Camacho, 1997; Lagarde, 1990)<sup>5</sup>. El maternaje o el parto es el propio estereotipo de la maternidad, al ser su momento cúspide y, consecuentemente, de ser mujer (Lagarde, 1990, pág. 386). La otra dimensión es el maternazgo, que responde al “anclaje social” que tiene lo biológico en la vida cotidiana de las mujeres (Camacho, 1997; Lagarde, 1990).

De ello se deriva que la reproducción humana, además de ser un hecho biológico, es también una construcción social, pues por socialización genérica las mujeres tienden a maternizar sus múltiples relaciones sociales, por la centralidad que la maternidad (maternaje) tiene en la vida de las mujeres (Fuentes, 2007, pág. 58).

---

<sup>5</sup> Esta investigación se concentra en este tipo de maternidad, en la biológica, sin perder de perspectiva de cómo el contexto actúa o se relaciona con esta.

Es pertinente destacar que “la maternidad como construcción social del patriarcado induce el relegar a la mujer al ámbito privado, producto de la división sexual del trabajo. A pesar de esto el discurso ha sido biologizado, atemporalizado y mistificado para mantener el orden establecido, focalizando la maternidad al anhelo instintivo al parto y a la relación madre-hijo o madre-hija durante la crianza” (Fuentes, 2007, pág. 70).

Desde una perspectiva histórica, para visualizar la centralidad de esta vivencia se tiene que, una vez conformados los Estado-Nación latinoamericanos, se buscó la exaltación del maternaje para fomentar su gratificación creando festejos para tal fin. En el caso costarricense se tiene registro de las “primeras festividades y concursos sobre las madres, como la Fiesta de las Madres (12/10/1923) y el Día del Culto a la Mujer (1/1/1927). (Sin embargo, su celebración se consolidó gracias a la) iniciativa de la Escuela Nicolás Ulloa de Heredia, la cual propuso la creación del Día de la Madre, práctica ya instaurada en muchos otros países. Dicha actividad se estableció por decreto a partir del 15 de agosto de 1932 (fecha que) coincide con la celebración de la Asunción de la Virgen María, modelo de mujer y de madre” (Rodríguez E. , 1998, págs. 39, 40).

### **c. Maternaje: momento psíquico e ideológico cúspide de la identidad femenina y su vínculo dérmico**

Una vez construido socialmente el maternaje (ser biológicamente mamá) con todo su significado y sentido identitario, según las teorías de género planteadas, además del cotidiano condicionamiento y naturalización de la maternidad por medio del parto (vaginal o cesárea), la reproducción social se garantiza en la experiencia psíquica de la mujer que pasa por la labor de parto, que como acto es fuertemente simbólico.

Diferentes estudios psicoanalíticos y de género han profundizado en este hecho biológico y demográfico en tanto experiencia psíquica (Vizental, 2013). La gestación devela el rol de relegación/sumisión de la mujer para con otras personas, en vista de que “da vida”, en este sentido gestar “es manifestar mediante un acto corporal sexual su sumisión pasiva condicionante, su aceptación condicionada activamente o la donación incondicional de sí a las leyes de la creación” (Dolto, 1996, pág. 148).

Para Chodorow (1978) la maternidad y su gratificación están psicológicamente reforzadas, cuyo ejercicio inicia en la relación madre-bebé, en la que se establece la actitud psicológica básica para lo maternal, instala una intimidad única, y provee el fundamento de la expectativa de que las mujeres sean madres.

Por su parte, Vizental, indica que pasar a ser “madre conlleva la reactivación de una doble identificación, por un lado, reactivación de la identificación con la niña que ha sido, de la hija que es y de la que le hubiera gustado ser. Por otro lado, reactivación de la imagen interna de los propios padres, los que ha tenido, los que tiene internamente y los que le hubiera gustado tener” (2013, pág. 36).

Continuando con los temas que corresponden al parto, este se efectúa también en el contacto piel a piel, pues inmediatamente acontecido el parto, el neonato “se encuentra en un estado de alerta, tranquilo, en el que puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea” (Martínez & Damian, 2014, págs. 62-63), lo cual contribuye no solo en su termorregulación y primera alimentación, sino que establece un momento clave en el vínculo afectivo entre la madre y su hija o hijo. Además, en el caso del neonato se reduce el riesgo de infección, la frecuencia cardiorrespiratoria es estable o se estabiliza y disminuyen los periodos de llanto, mientras que para la madre disminuye la probabilidad de la depresión posparto y favorece la involución uterina (Martínez & Damian, 2014, pág. 63).

Erick Erickson plantea, desde la perspectiva de la persona menor a 12 o 18 meses de edad, que en su *modo psicosexual* se genera la *confianza básica* donde se “comprende la asimilación de los patrones somáticos, mentales y sociales por el sistema sensorio motor, oral y respiratorio, mediante los cuales el niño (y la niña) aprende a recibir y a aceptar lo que le es dado” (Bordignon, 2005, pág. 53).

La salud como un derecho, así como la salud reproductiva, además de lo central de la maternidad en la identidad femenina de muchas mujeres, denotan lo trascendente de la calidad de la atención del trabajo de parto, además del amparo normativo.

Estos aspectos son relevantes para comprender la trascendencia del parto y puerperio, y la interferencia que supone la violencia obstétrica, dada la trascendencia psicológica y sociocultural que esta posee.

#### **1.4 Calidad de la atención del trabajo de parto**

En detalle, seguidamente se desarrollan los conceptos sobre la atención del trabajo de parto, la normativa internacional y nacional sobre esta, el vínculo de los derechos humanos y, finalmente, la violencia obstétrica.

De la bibliografía consultada se destaca que la calidad de atención en salud tiene como centro a la persona, aunque por definición una mujer en labor de parto no está en condiciones “de enfermedad”, pero su salud como la de su hija o hijo, podrían estar en condiciones de vulnerabilidad ante alguna eventualidad. La prestación de servicios debería ser estandarizada y segura, humanizada y ética. De las encuestas de referencia se obtienen los criterios de evaluación, actividad que es atinente a la

gerencia de la salud, en su condición de disciplina orientada a la toma de decisiones informadas.

#### **a. Concepto de la atención del trabajo de parto**

La calidad de atención se refiere a “los juicios de valores que son aplicados a distintos aspectos, propiedades, dimensiones o ingredientes del proceso llamado atención médica” (Wajajay, 2013, pág. 19). Esto se refiere a habilidades técnicas del trabajador, así como a habilidades interpersonales y comunicativas (Wajajay, 2013; Donabedian, 2005).

Existe un enfoque vinculado con la “satisfacción de la persona paciente”, fundamentadas en sus experiencias en la atención en los servicios salud (Sofaer & Firminger, 2005; Crow, Gage, Hampson, & Hart, 2002). A efectos de esta investigación el interés se centra en lo sucedido durante la atención del parto y de posparto antes de egresar la mujer del centro de salud y no en las expectativas del trabajo de parto, el cual consiste en los fenómenos fisiológicos, maternos y fetales.

Debe tenerse presente que el parto es un evento natural que necesita cuidados y no de “atención de la enfermedad”, en donde se requiere mayor participación de personal de enfermería obstétrica considerando que su formación es orientada al cuidado y no a la intervención, lo cual modifica la visión hegemónica de este hecho que no se constriñe meramente a lo biológico (Rabelo & de Oliveira, 2010).

Dada la trascendencia vista sobre la construcción identitaria, el equipo de salud que atiende a la mujer debe proporcionarle un ambiente de respeto y atender sus dudas con respuestas claras y comprensibles (Wrobel & Ribeiro, 2006, pág. 17), además del acompañamiento de la pareja u otra persona que ella decida, lo que fue captado

por la EMNA 2018. Incluso esto se relaciona con lo comentado anteriormente sobre el contacto piel a piel (Martínez & Damian, 2014).

## **b. Normativa internacional y nacional**

La ONU, la OMS y la OPS han emitido normativas sobre la atención del parto, lo cual debiera ser cumplido por los estados parte (World Health Organization, 2015; World Health Organization, 2014; OPS, 2013; OMS, 1996; ONU, 1994). Sin embargo, un hito histórico ha sido la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y su plan de acción (ONU, 1994).

En ese plan se define la atención de la salud reproductiva “como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 1994).

En 1996, la OMS divulgó el documento “Cuidados en el parto normal: Una guía práctica” en la que se indica que se debe (OMS, 1996, pág. 8):

1. *“Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos.*
2. *Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.*
3. *Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.*
4. *Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado”.*

También la normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que la mujer sobreviva al embarazo y al parto (OPS, 2013, pág. 2).

En la resolución CD51.R12, los Ministros de Salud instan a sus Estados Miembros a que “promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano” (OPS, 2013, págs. 2, 51).

Uno de los mecanismos más recientes, es el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), en seguimiento con la Conferencia de 1994, donde se destaca que se acuerda:

*Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales (2013, pág. 20).*

En el caso de Costa Rica, la norma constitucional del país establece en el artículo 33 que “Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana”. Asimismo, en el artículo 73 y conexos de la Constitución Política de la República de Costa Rica establece la autonomía de la CCSS, lo cual debe tenerse en consideración en la normativa implementada, en el contexto de la pirámide kelseniana, para el país, en el artículo 6 de la Ley General de la Administración Pública que indica de la jerarquía del ordenamiento jurídico.

Tal y como se analizó en la justificación, el país cuenta con normativa en cuanto a la atención del parto (CCSS, 2017; CCSS, 2009). Siendo la CCSS, constitucionalmente,

una institución autónoma, también la obliga a regirse por las demás leyes de la República, como en lo respectivo a la responsabilidad de la administración y de la persona servidora pública (Título séptimo de la Ley General de la Administración Pública), en particular lo correspondiente al acto con dolo contemplado en los artículos 210 y 213 de la supracitada ley. Este último, hace alusión a la culpa o negligencia de algún funcionario, que a sabiendas de alguna prohibición normativa de algún acto o hecho de igual forma lo acomete. Aunado a lo anterior, se tiene que el artículo 129 de la Constitución Política de la República de Costa Rica expresa que “Nadie puede alegar ignorancia de la ley, salvo en los casos que la misma lo autorice”.

En este contexto, se encuentran actores oficiales (Barba, 2005), a saber, la CCSS, la Defensoría de los Habitantes, la UCR y diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG), que abogan por el trato igualitario de respeto de modo universal a las personas beneficiarias (mujer, hija o hijo). Se aboga por la protección de derechos sociales, que trasciende el asistencialismo. Esto responde a una política progresiva, que busca respeto, bienestar y equidad, sin distinción alguna.

### **c. Violencia obstétrica**

Michel Foucault plantea que algunas instituciones de salud funcionan estructuralmente como un *panóptico*<sup>6</sup>, en los cuales se ejerce poder y control desde el personal médico sobre la persona paciente, en las que operan vigilancias

---

<sup>6</sup> Su principio arquitectónico es: “en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta (sic), con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviese la celda de una parte a otra. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre...” (Foucault, 2003, p.184).



jerarquizadas, donde más que un lugar de cobijo son materialmente un operador terapéutico (Foucault, 2003, págs. 159, 160).

Desde esta coyuntura es que se resalta el concepto de “poder disciplinario”, puesto que, el mismo hospital o centro de salud, opera como un “lugar de formación y de confrontación de los conocimientos: inversión de las relaciones de poder y constitución de un saber. El hospital bien “disciplinado” constituirá el lugar adecuado de la “disciplina” médica; ésta (sic) podrá entonces perder su carácter textual, y tomar sus referencias menos en la tradición de los autores decisivos que en un dominio de objetos perpetuamente ofrecidos al examen” (Foucault, 2003, págs. 172-173). Debe tenerse que en estas relaciones de poder el parto pasa a ser una relación biopolítica (Arguedas, 2013).

A partir de la interacción social, “paciente” versus “profesional de salud”, se establece una relación de poder implícita, a partir del conocimiento que supone el profesionalismo ante el rol pasivo que supone lo contrario. Lo anterior es, reforzado por los atavíos sociales que porta e identifica a quien “posee las destrezas”, con una suerte de objetos o tótems, tales como instrumentos, vestimenta, lugar de trabajo, entre otros (Berger & Luckmann, 2003; Ritzer, 1993). Esto es meramente simbólico, sin verbalizar palabra alguna, pues precede al encuentro de las personas “cara a cara”, en tiempo y espacio. A partir de esa relación de poder, se instaura simbólicamente un rol activo a quien tiene el conocimiento y, por dicotomía, uno pasivo a quien no, punto de origen del *poder obstétrico* (Arguedas G. , 2013; 2016). Si a esto se le suma que la labor de parto se asocia simbólicamente como consecuencia de un acto coital, sin importar si es deseado o no, se tiende a sexualizarlo. Como se trata de una mujer, saltan elementos patriarcales que visualizan a la mujer como elemento pasivo, pero de pureza, no de lo sexualizado (Lagarde, 1990).

Entonces en esa “relación de poder disciplinario” se encuentra una mujer con su derecho a la salud y con una construcción identitaria, en la cual la maternidad podría poseer cierta centralidad. Es ahí donde debe tomarse en consideración el concepto de “violencia obstétrica”, pues hay una relación de poder, que puede derivar en violencia (física o psicológica), afectando a las mujeres en su dignidad, sus derechos reproductivos y a no ser discriminadas, y evidentemente alterando de forma negativa la calidad de la atención, en contraposición a lo indicado en la normativa vigente.

Arguedas (2013, pág. 147), explica la violencia obstétrica como “un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. Según lo comentado anteriormente, el *poder obstétrico* constituye una forma de poder disciplinario... que produce cuerpos sexuados y dóciles... el cuerpo sexuado no es solo el dato anatómico codificado en la red simbólica de la sociedad patriarcal, binaria en términos del sexo y el género. Para producir unos cuerpos que obedecen a los mandatos de la socialización de género en la sociedad patriarcal”. De esto último, por ejemplo, Marcela Lagarde da una explicación histórica e ideológica sobre cómo las sociedades patriarcales se encuentran conformadas (1990), que ha sido un clásico en los estudios de género en la región latinoamericana.

En varios estudios se detalla lo referente al control, la disciplina, al ambiente hospitalario, el trato, el descrédito a externar opiniones no técnico-médicas, entre otros (Sadler, Santos, Ruiz, Leiva, & et al, 2007; Gherardi, 2016; Arguedas, 2013).

Fue en 2014 que la OMS emitió la “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*” (WHO, 2014)<sup>7</sup>,

---

<sup>7</sup> “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos” (WHO, 2014).

donde se destaca que el trato irrespetuoso en el trabajo de parto violenta el derecho a la salud, daña la integridad y evidencia la discriminación. Esto queda se referenció en los antecedentes nacionales en esta temática (Bolaños, Cerdas, & Quesada, 2017; Barrantes, 2009).

Según la legislación vigente de la República Bolivariana de Venezuela, “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” (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, pág. 7)<sup>8</sup>.

Sintéticamente, se evidencia la interacción conceptual de género, maternidad, derecho a la salud, salud reproductiva, políticas públicas y atención del parto. Esta es una temática novedosa desde el punto de vista estadístico, pues este no ha sido sujeto a análisis, a pesar de la existencia de algunos datos.

Se resalta que con este trabajo es posible darle seguimiento a lo estipulado en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (UNICEF, 2010), la Plataforma de Acción Beijing (ONU Mujeres, 1995) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (CEPAL, 2016), en especial a lo que se estipula en cuanto a erradicación de cualquier forma de violencia contra las mujeres, en este caso, de tipo obstétrico.

Independientemente del abordaje conceptual o enfoque con el que se analice el fenómeno, uno de los aspectos que interesa, entre otras cosas, es que se logren medir

---

<sup>8</sup> Artículo 15, inciso 6.

lo que las mujeres declaren de lo sucedido en los centros de salud (Savage & Castro, 2017).

En seguimiento al argumento anterior, a partir de la operacionalización de la CCSS (2017) sobre la violencia en la atención del parto fue que los siguientes aspectos se plantearon como preguntas en la EMNA:

- Permitirle a la mujer, en caso de ser parto vaginal, estar acompañada
- Realizar explicaciones sobre procedimientos
- Contar con información comprensible
- Tratar a la mujer sin sobrenombres o comentarios peyorativos
- Poder decidir, la mujer, la posición del parto
- Tener la privacidad respecto a otras personas
- No obligarles a pujar sin ser necesario
- No sufrir agresión psicológica o física

Para efectos de la presente investigación, se puede obtener una “violencia obstétrica ampliada” donde al menos se cumple alguna de las siguientes condiciones del maltrato o negación en la atención:

- Violencia en parto vaginal o por cesárea, descrita anteriormente
- No dar amamantamiento inmediato
- No se presentó contacto piel a piel inmediato o con la persona neonata envuelta
- Primer baño antes de las 24 horas del nacimiento
- El que no se le revisara a la mamá su salud antes del egreso hospitalario
- El que no se les revisara a la persona neonata su salud antes del egreso hospitalario
- No habersele asesorado en la observación de la lactancia

Estos son los aspectos centrales en esta investigación, a partir del contexto de otros países de la región, que al no tener esas preguntas se toman como referencia aspectos como el parto por cesárea y el amamantamiento inmediato. Se considera en este punto, dentro de la violencia obstétrica, lo que sucede con la persona recién nacida, dada la trascendencia identitaria para las mujeres que socialmente se les ha impuesto a las mujeres, en términos de parto y de las hijas o hijos (Martínez & Damian, 2014; Vizental, 2013; Espinoza & Solano, 2012; Bordignon, 2005; Dolto, 1996; Chodorow, 1978).

### **1.5 Teoría del desarrollo, desarrollo desigual y los ODS**

La vivencia del maternaje y, en específico, de la atención del parto, no se encuentran ajenas a aspectos estructurales de cada país, como las posibles brechas geográficas, las edades, los niveles socioeconómicos, los tipos de centro de salud, entre otras, que podrían relacionarse con comportamientos diferenciales en la atención del parto y el posparto, lo cual es objeto de análisis de la presente investigación.

A inicios de la década de 1950, cuando la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realizaba sus primeros estudios, tuvo origen uno de los primeros aportes teóricos desde América Latina en materia de sociología y economía, a saber, lo conceptualizado como desarrollo desigual, teoría de la dependencia o heterogeneidad estructural, en contraposición a la visión economicista de la “ley del derrame” (Sunkel & Paz, 1999, págs. 29-32).

Por el modo en que América Latina se vinculó al sistema económico internacional desde la época colonial, los “países centrales” (con poder económico y militar) extraían materias primas, lo cual se acrecentó una vez establecida la Revolución Industrial. Esto produjo que se concentrara riqueza en los países centrales, así como

en lo interno de algunos sectores sociales y geográficos en los “países periféricos”, generando centros de poder económico a lo interno. A ellos se les conceptualiza como “bisagras”, pues históricamente han sido los enlaces con los centros económicos mundiales (Fuentes, 2007; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976; Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970).

Con este proceso histórico arraigado, se consolidó el desequilibrio hacia adentro con fuertes desigualdades iniciales, que perduran o se han hecho más grandes, por ello se indica que la desigualdad socioeconómica es histórica y estructural (Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976).

Ahora bien, por medio del Sistema de Naciones Unidas se renuevan con cierta periodicidad acuerdos mundiales que constituyen los objetivos mundiales en determinado plazo, motivo por el cual en 2015 se emitieron los ODS (tabla 2.2). Para ello se podrán abordar indicadores sobre los siguientes objetivos (CEPAL, 2016).

Los ODS tienen relación con salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud, ADC, CCP y UNFPA, 2016, pág. 11), que a su vez se vincula con los determinantes sociales seleccionados (edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social), que se describen en la tabla 2.2.

En específico, el vínculo del estudio con los ODS y sus indicadores son varios, sobre tres objetivos, cinco indicadores y siete metas, lo cual le fundamenta como una investigación que aporta a la discusión y al monitoreo de la dignidad de las mujeres. Dicho monitoreo es responsabilidad de cada país y de cada ente rector de la materia, así como del acompañamiento de las organizaciones internacionales.

Tabla 2.2. Objetivos de desarrollo sostenible, indicadores y metas relacionados con la investigación.

Temática	ODS	Indicador	Meta
Tasa de mortalidad materna	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	3.1.1 Tasa de mortalidad materna 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado
Porcentaje de inversión del Estado en el sistema de salud	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades	3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario
Derechos reproductivos	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos)
Derechos reproductivos	5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas	5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus	5.6.1 Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva

Temática	ODS	Indicador	Meta
		conferencias de examen	5.6.2 Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto
Brecha salarial entre hombres y mujeres	8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos	8.5 De aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor	8.5.1 Ingreso medio por hora de empleadas y empleados, desglosado por ocupación, edad y personas con discapacidad

Fuente: elaboración propia a partir de (PNUD, 2018; UNSTATS, 2019)

## 1.6 Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son los factores que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de poblaciones específicas y generales. Según lo establecido por la OMS los determinantes se refieren a las condiciones socioeconómicas de las personas y sus comunidades, muy asociadas a la distribución de la riqueza, la desigualdad y la exclusión (World Health Organization, 2018; Solar & Irwin, 2007; World Health Organization, 2003). En cuanto a estos aspectos, las condiciones de desarrollo desigual vulneran a poblaciones particulares, entre ellas a las mujeres, de zonas rurales y de condiciones socioeconómicas desfavorables en general.

La investigación contempla determinantes relacionados con el contexto socioeconómico y político, en las políticas del estado. En cuanto a los ejes de



desigualdad engloba su totalidad, pues abarca temáticas de clase social, género, edad, etnia y territorio. Para lo que son los determinantes intermedios, estos se centran en factores psicosociales, conductuales y biológicos, además del acceso a la salud. Con todo ello en el trabajo se puede profundizar en las desigualdades de salud (World Health Organization, 2018).

El Instituto Canadiense de Investigación Avanzada determinó que el impacto estimado en los determinantes de salud en el estado de salud de la población, el 50 % se debe a determinantes socioeconómicos, el 25 % al sistema de salud, el 15 % a condiciones biológicas-genéticas y el 10 % al desarrollo psicológico (Canadian Population Health Institute, 2003).

El trato humanizado del parto, independientemente de la zona del país donde sea atendido debiera obviar diferencias geográficas y socioeconómicas de las comunidades o las etarias y socioeconómicas de las mujeres que son atendidas. Como se ha mencionado, los determinantes sociales de la salud que serán analizados, y que se articulan con la violencia obstétrica, son: edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social, los cuales fueron analizados estadísticamente por medio de modelos de regresión logística.

Es decir, se evalúa estadísticamente el grupo de edad “donde son colocados esos cuerpos desde la mirada de quien ocupa un lugar privilegiado con relación a ese cuerpo gestante, dentro de la institución sanitaria (si es percibido como joven o muy viejo), la clase, el estatus migratorio, profundizan la vulnerabilidad y también el ensañamiento con el que se ejerce ese poder obstétrico” (Arguedas G. , 2016, pág. 71).

Dado que dentro del sistema de salud opera el poder obstétrico, es relevante conocer cuáles determinantes sociales se relacionan con este tipo de violencia en su ejercicio,

a partir de evidencia estadística, para la correcta orientación de la toma de decisiones en políticas públicas, donde se articula lo teórico con lo empírico (CEPAL, 2007; Jiménez, 2007; Guendel, 2007; Roth, 2007; Testa, 1992; Vargas M. , 1990).

Con el propósito de garantizar el derecho a la salud “se requieren acciones positivas por parte del Estado, a nivel de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación (desde la perspectiva biomédica). En razón de ello, resulta necesario encontrar puntos de equilibrio mediante los cuales se pueda dar una solución satisfactoria al conflicto que, en muchas ocasiones, se presenta entre la defensa del interés individual frente a la defensa del interés público, discusión que, de forma constante, enfrenta a autoridades sanitarias y a las jurisdiccionales” (Vargas K. , 2010, pág. 95).

El visualizar estadísticamente la magnitud de la violencia obstétrica es relevante desde la perspectiva gerencial, pues fomenta la toma de decisiones en procura de la tutela del derecho a la salud y a los derechos reproductivos de las mujeres.

La presente investigación reconoce los determinantes sociales de la salud como aquellos que generan inequidades y los que se analizan en este protocolo son los incluidos en los programas de encuestas MICS, salvo la atención del parto incluida solamente en Costa Rica y que cuyas asociaciones sean estadísticamente significativas.

## 1.7 Cierre del abordaje teórico

En síntesis, la salud como condición de bienestar, derecho humano, las condiciones<sup>9</sup> y la lucha contra la violencia obstétrica, debe ser protegida por la Constitución y el derecho común, e impulsada por las políticas públicas, que es el eje central de esta investigación y con lo que se garantiza la salud pública. Entre las dimensiones de la salud, se encuentra la reproductiva, la que se utiliza para evaluar la política pública vigente en la atención del parto y posparto.

Dada la centralidad de la maternidad en la identidad de muchas mujeres se vincula con la atención de calidad del parto. Sin embargo, esto se encuentra condicionado por las desigualdades sociales que surgen por el modelo de desarrollo del país, como las desigualdades geográficas y socioeconómicas. Es bajo este panorama conceptual que es pertinente plantear los objetivos y la estrategia metodológica con la que se le ha dado respuesta al problema de investigación planteado.

---

<sup>9</sup> Vinculado con los determinantes sociales.

### Capítulo 3. Estrategia metodológica

Al inicio del documento se mencionó que la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica (2015) ha enfatizado, de forma explícita, que existe necesidad de tener información cuantitativa sobre la violencia obstétrica en el país. También se comentó sobre importantes estudios cualitativos, donde hay suficiente evidencia sobre la violencia obstétrica en centros de salud (Bolaños, Cerdas, & Quesada, 2017; CEJIL, 2015; CIDH, 2015; Barrantes, 2009).

La presente investigación analiza la violencia obstétrica desde el paradigma cuantitativo, con un enfoque de género y de derechos humanos de tipo comparativo por medio de estadística. Para ello se tienen como referencia las estadísticas de Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) entre las mujeres que hayan tenido al menos una hija o un hijo nacido vivo en los últimos dos años anteriores al momento de las entrevistas (2009-2011 y 2016-2018); además se analizan las encuestas realizadas en siete países, por medio de muestras probabilísticas representativas. Con ello se realizó un análisis de asociación estadística entre las variables dependientes de esos modelos, con los determinantes sociales de la salud seleccionados.

Los instrumentos de derecho internacional y nacional enfocado en las mujeres y en los derechos reproductivos, centrales para comprender la dimensión de la violencia obstétrica, son el parámetro para el análisis estadístico, en el ámbito internacional y nacional, lo cual permitió analizar la construcción e interpretación de los hallazgos del estudio. En el apartado sobre “Enfoque cuantitativo y derechos humanos” se profundiza respecto a este tema.

Desde el punto de vista de Frenk (1992, pág. 77), este trabajo se enfoca en la *respuesta* social organizada a las condiciones de salud de la atención del parto, en

que no intervienen solo aspectos del hecho biológico. Según la tipología de la investigación en salud de Frenk, la presente se enfoca en lo macro del sistema de salud, específicamente en las políticas de salud de la calidad de atención del parto (1992, págs. 78, 92). Lo que se realizó fue contrastar lo establecido en los reglamentos para erradicar la violencia obstétrica en la CCSS y las respuestas de las mujeres y no de entes administrativos de los centros ni de su personal, por medio de pruebas estadísticas paramétricas (Hernández O. , 2012, págs. 173-175; Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, págs. 452-453).

### **1.8 Paradigma cuantitativo**

Esta investigación es de paradigma cuantitativo, pues cumple con las siguientes características (Ramírez, Arcila, Buriticá, & Castrillón, 2004):

1. Cuantifica la magnitud del fenómeno de estudio.
2. Tiene fuentes primarias de dos encuestas nacionales, una de 2011 y otra de 2018 (Hernández O. , 2012, pág. 38), así como de seis internacionales (Cuba 2014, El Salvador 2014, República Dominicana 2014, Belice 2015-2016, México 2015 y de Paraguay 2016).
3. Se relacionan variables y se determina la variación de factores en el tiempo y el espacio, donde interesa la descripción y no de los factores explicativos.
4. Contempla el proceso inductivo, al trabajar con muestras probabilísticas.
5. Se utilizan variables para el análisis con posibles asociaciones.

### **1.9 Alcance de la investigación**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006, págs. 100-108) este es un estudio exploratorio y correlacional:

1. Es exploratorio porque, desde el punto de vista cuantitativo, es un tema poco o nada estudiado, de lo que se profundiza en el apartado sobre el tipo de investigación. Su valor reside en conocer la magnitud y dimensiones del fenómeno de estudio en el ámbito nacional y provincial.
2. Es correlacional pues se busca asociar las variables mediante un patrón predecible, para un grupo o población. Esto para conocer la relación entre dos variables en un contexto determinado. Tiene un valor explicativo para los temas medidos en las encuestas de referencia.

El análisis desarrollado se enfoca en la investigación de políticas de salud (Frenk, 1992), la cual se debe dimensionar en el nivel macro, con la salud pública como campo de conocimiento y de prácticas transdisciplinarias (González, 2007). A partir de este punto, se procura la orientación de cómo gestionar un ambiente libre de violencia durante el parto y el posparto en los servicios de atención de salud, a partir de la evidencia estadística.

### **1.10 Enfoque cuantitativo y derechos humanos**

Usualmente se privilegia al paradigma cualitativo sobre el cuantitativo en cuanto a su profundidad en el análisis de las razones y motivaciones (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006; Ramírez, Arcila, Buriticá, & Castrillón, 2004), lo cual es parte de su fortaleza ontológica. Sin embargo, se pierde la generalidad de un mismo estudio y de cómo se asocian las variables, para la toma de decisiones.

De conformidad con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006), el enfoque de derechos humanos es un marco conceptual para su comprensión. Este cuenta con una dimensión normativa

internacional y otra operacional, para promoción y protección de los derechos humanos.

La perspectiva de derechos humanos posee como objetivo el análisis de desigualdades de poblaciones particularmente vulnerabilizadas, para la generación de políticas, planes y procesos de desarrollo. Esta se centra en poblaciones excluidas y marginalizadas del desarrollo y aquellas cuyos derechos corren el riesgo de ser infringidos, sobre la premisa de que los países no pueden avanzar en la universalidad de los derechos humanos. En este contexto, cuando diferentes exclusiones se intersecan sus lecturas son más complejas.

Desde la perspectiva de derechos humanos hay titulares o personas sujetas de derechos y aquello a lo que tienen derecho, así como los titulares de deberes y obligaciones vinculados. Es decir, se plantean las bases para la exigibilidad de derechos por parte de sus titulares ante quienes tienen la responsabilidad de velar por ellos. Es decir, se cuenta con un marco social, político y legal que determina la relación entre las instituciones y las exigencias.

Para el enfoque de derechos es fundamental el proceso participativo, donde se reflejen los intereses de las personas cuyos derechos son infringidos junto con quienes tienen el deber de actuar para garantizar su cumplimiento. En síntesis, es anteponerse a la negación de derechos. Los siguientes son instrumentos internacionales ratificados por Costa Rica en materia de salud y derechos humanos:

Tabla 3.1. Costa Rica: instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados

<b>Instrumento</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos
Declaración Alma Ata
Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”
Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Consenso de Brasilia en el 2010
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer: Convención de Belem do Para
Convención sobre derechos políticos de la mujer
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)
Décima Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, realizada en Ecuador en 2007: Consenso de Quito
Plataforma de Acción Beijing
Convención sobre los Derechos del Niño (sic)
Consenso de Montevideo

**Fuente:** elaboración propia.

Los hallazgos facilitarían orientar las políticas de salud en esta materia y a dar sustento a la toma de decisiones mediante información objetiva, de grandes áreas geográficas que contribuya a respaldar lo evidenciado desde el enfoque cualitativo, y que también apoye a organizaciones de derechos humanos en su argumentación y lucha.

### **1.11 Investigación de tipo comparativo**

Según los tipos de estudio en salud, el actual es de tipo correlacional y no experimental (Monje, 2011, pág. 24), pues asocia variables y no interviene directamente con la población de estudio. Asimismo, al ser dos periodos específicos en el tiempo con diferentes personas que responden los cuestionarios de un año a otro, por lo que no es de panel (Bray & Regmi, 2016), dado que no se le da un seguimiento individualizado a las personas u hogares en el tiempo. Al mismo tiempo, es comparativa porque se contrasta la información respecto a países de la región



(Cuba 2014, El Salvador 2014, República Dominicana 2014, Belice 2015-2016, México 2015, Panamá 2013 y Paraguay 2016).

En la investigación se analizó la asociación entre la violencia obstétrica y los determinantes sociales de la salud (edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social)<sup>10</sup>:

1. Determinantes sociales de la salud relacionadas con la violencia obstétrica:
  - a. Variables geográficas
    - i. Provincia de residencia de la madre (solo para Costa Rica 2018)
    - ii. Zona de residencia de la madre
    - iii. Migración reciente de la madre (solo para Costa Rica 2018)
  - b. Variables sociodemográficas de la madre
    - i. Edad
    - ii. Nivel de instrucción
    - iii. Seguro social (solo para Costa Rica 2018)
  - c. Lugar de ocurrencia del nacimiento de la niña o niño
    - i. Hospital
    - ii. Clínica
    - iii. Otros
  - d. Persona que atiende a la madre durante el parto (DSS):
    - i. Personal médico o de enfermería obstétrico
    - ii. Personal médico o de enfermería general
    - iii. Personas no calificadas
  
2. Variables de referencia para realizar comparaciones entre los países:

---

<sup>10</sup> Para cada elemento se destaca si es considerado como parte de la violencia obstétrica o como determinante social de la salud (DSS).

- a. Atención del parto
    - i. Tipo del parto
      - Momento de la decisión de la cesárea
  - b. Amamantamiento inmediato
3. Violencia obstétrica:
- a. Durante el parto
    - i. No permitirle estar acompañada (parto vaginal)
    - ii. No recibir explicaciones sobre procedimientos
    - iii. No recibir información comprensible
    - iv. Recibir sobrenombres o comentarios peyorativos
    - v. No tener una posición de parto
    - vi. No tener privacidad
    - vii. Obligación para pujar sin ser necesario
    - viii. Agresión física
  - c. Atención posnatal (“violencia obstétrica ampliada”)
    - i. Termorregulación neonatal
      - Contacto piel a piel sin envolver ni secar
      - Primer baño antes de las 24 horas luego del parto
    - ii. Interacción madre-hija/hijo
      - Primer amamantamiento no inmediato
    - iii. Verificación de la condición de salud antes del egreso del centro:
      - De la madre
      - De la hija o hijo
    - iv. Asesoramiento sobre lactancia

Lo anterior puede equipararse, en la medida de lo posible, con las mismas variables de este tipo en las encuestas de Cuba 2014, El Salvador 2014, República Dominicana 2014, Belice 2015-2016, México 2015, Panamá 2013 y Paraguay 2016, con excepción de las preguntas sobre violencia obstétrica, que son exclusivas de Costa Rica, hasta el momento.

Para Costa Rica al haber introducido dos preguntas explícitas sobre violencia obstétrica, fue posible analizar la asociación entre este tipo de evidencia y los determinantes sociales seleccionados (edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, migración reciente, nivel de instrucción y seguridad social). Este es un aporte importante, pues independientemente de los resultados obtenidos para el equipo MICS Unicef es un elemento relevante para valorar la inclusión de las preguntas sobre violencia obstétrica en la próxima ronda de encuestas a nivel mundial.

### **1.12 Población y unidad de análisis**

Mujeres en edad reproductiva que hayan tenido al menos una hija o un hijo en los últimos dos años (2009-2011 y 2016-2018).

### **1.13 Descripción de la población**

Mujeres de 15 a 49 años que hayan tenido algún hijo nacido vivo en los últimos dos años anteriores al período de la encuesta.

### **1.14 Selección de la muestra**

En el caso costarricense, para ambas encuestas, se recopiló información para dos trienios cada una, la encuesta MICS se realizó la selección de la muestra representativa por provincia (San José, Alajuela, Cartago, Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón) (UNICEF, 2011). Se desarrolló un muestreo multietápico, donde primero se seleccionaron conglomerados de diferentes tamaños, hasta establecer las unidades de la muestra (Hernández O. , 2012, pág. 19).

Para el 2011, el diseño muestral consistió en identificar como estrato de muestreo principal “las áreas urbanas y rurales dentro de cada provincia... y la muestra se seleccionó en dos etapas. En cada estrato, se seleccionaron de manera sistemática 20 segmentos censales con probabilidad proporcional al tamaño con excepción de Limón en que se seleccionaron 60 segmentos en cada área, adicionalmente en el área urbana de San José y el área rural de Puntarenas se seleccionaron 40 segmentos” (UNICEF, 2011, pág. 33), para tener mayor probabilidad de captar poblaciones en condiciones más desventajosas.

En el 2018, de las 500 unidades primarias de muestreo (UPM), 300 de ellas fueron seleccionadas de forma aleatoria, en distritos caracterizados por tener los indicadores socioeconómicos más bajos en niñez y adolescencia del país, según se determinó con el X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda (IMAS, 2014; UNICEF, 2012). Esto se hizo así por haberse realizado el último censo en 2011 y dada la fuerte reducción de la fecundidad en el país. Por ello, para la EMNA 2018 se debió realizar un listado previo, donde se seleccionan 20 viviendas por UPM, 10 de ellas con al menos un niño o niña menor a 5 años y 10 sin personas en ese grupo de edad. Esto evidentemente no fue posible realizarlo de forma homogénea en todo el país, dadas

las bajas tasas de fecundidad en zonas urbanas y rurales por lo que fue necesario sobremuestrear a dicha población.

Por la metodología de MICS, al ser un programa mundial de encuestas, procura mantener una metodología similar entre los países, pero depende de los recursos de información y capacidades técnicas y operativas de cada país. En el siguiente cuadro se consigan el tamaño muestral de cada encuesta seleccionada.

Cuadro 3.1. Encuestas MICS: descripción de la muestra según país (2011-2018).

País <sup>1/</sup>	Año	Muestra (hogares)	Tasa de respuesta (hogares)	Mujeres de 15 a 49 años entrevistadas	% de mujeres de 15 a 49 años con al menos un nacido vivo en los dos últimos años
Costa Rica	2011	6 767	90,8	5 084	16,5
Cuba	2014	9 958	99,1	8 995	7,1
El Salvador	2014	14 160	93,2	13 350	13,7
República Dominicana	2014	33 097	96,0	29 200	15,4
Belice	2015-2016	5 242	94,6	4 699	15,8
México	2015	11 825	93,7	12 110	14,3
Paraguay	2016	8 008	96,3	7 311	15,7
Costa Rica	2018	10 093	90,4	7 502	15,8

**Nota:** 1/ En orden cronológico.

**Fuente:** (MICS, 2018).

Se debe tener presente que las encuestas MICS, incluyendo la EMNA, no cuentan con factores de expansión, los cuales buscan estimar cuánto pesa en la población cada observación. Es decir, por el diseño muestral no es posible indicar la cantidad de personas en términos absolutos. Lo que aplica la metodología MICS es la estandarización de la muestra, así que esta se ajusta según algunas características definidas en cada país (MICS, 2019).

### 1.15 Análisis de la información

Se analizó la información con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* en su versión 21 (SPSS 21), para lo que se elaboró una sola base de datos con la información de mujeres que dieron a luz en los últimos dos años, se construyeron tablas de contingencia y los tabulados respectivos, acorde con lo establecido en la operacionalización de variables.

En primer término, se realizaron descripciones de resultados generales, con el propósito de profundizar en las variables por medio de técnicas de regresión estadística, lo cual contribuye en comprender el fenómeno de la violencia obstétrica desde el paradigma cuantitativo<sup>11</sup>.

A partir de las variables como parto por cesárea, amamantamiento al nacer y violencia obstétrica, se les aplicó a cada cual un modelo de regresión logística con los diferentes determinantes sociales de la salud comentados anteriormente.

La regresión logística consiste en analizar variables categóricas, no continuas (Pandey, 2018). A partir de esta es posible:

- Determinar si existe una asociación estadísticamente significativa, donde el valor “p” sea menor a 5 % ( $p < 0,05$ ). En los cuadros de resultados se presenta como “Significancia”.
- Se analizan los datos con al menos el 95 % de nivel de confianza, es decir, no es un hecho que se deba al azar y que son altamente probables que sucedan.
- El modelo brinda el valor *odds ratio* (OR), el cual muestra la probabilidad de que un evento se presente. Para efectos de interpretación:

---

<sup>11</sup> En los anexos 7.4 y 7.5 se encuentran el cronograma y presupuesto de la investigación.

- a. Si fue mayor a 1 ( $OR > 1$ ), evidencia la cantidad de veces en que aumenta la probabilidad de que el evento suceda por cada unidad de aumento de la variable independiente. Para mayor facilidad, en algunos casos, se calculó el porcentaje de probabilidad  $((OR-1) * 100)$ .
  - b. Si fue menor a uno ( $OR < 1$ ), indica una disminución en la probabilidad de que el evento suceda, por cada unidad de aumento de la variable independiente. Para mayor facilidad de interpretación, también se calculó el porcentaje cuando se consideró necesario.
- Se parte de la hipótesis nula ( $H_0$ ) de que existe asociación entre las variables dependientes e independientes, por lo que el “valor de p” determina si esto es así siempre y cuando sea menor a 0,05.

En los cuadros que se presentan en esta investigación se expone el límite superior e inferior del nivel de confianza del OR, así como el Chi Cuadrado de cada modelo, como referencia, mas este último no se analiza, pues el interés se centra en el comportamiento del *OR* cuando valor de p es menor a 0,05.

Asimismo, al analizar los diferentes sistemas de salud considerados en el estudio se aplicó una correlación de Pearson entre todas las variables consideradas para su clasificación. Esa técnica corresponde a una medida de asociación lineal, que varía entre -1 y 1, es decir,  $-1 \leq r \leq 1$ . Mide la fuerza de la asociación entre dos variables, y las asociaciones se visualizan por medio de un gráfico de dispersión (Hernández, 2012, págs. 182-190).

Una de las variables que indica si el parto fue en el sector público o privado, requirió de una prueba de sensibilidad estadística, con el fin de identificar correctamente a aquellos que tienen cierta condición o característica por medio de probabilidad estadística (Gordis, 2014, págs. 89-92).

Se estimó un modelo multinivel lineal generalizado, en el que se evaluó la incidencia de los sistemas de salud en las variables dependientes seleccionadas, el parto por cesárea y la lactancia inmediata (Andréu, 2011; Pardo, Ruiz, & San Martín, 2007). Dicho modelo consiste en determinar jerarquías para analizar datos cuando los casos están agrupados en unidades de información más amplias (Pardo, Ruiz, & San Martín, 2007, pág. 308). Al considerar países con distintos niveles de segmentación y de fragmentación sistemas de salud, se aplicó el MMLG, con el propósito de visualizar cómo las variables de sistema pueden estar relacionados con dos variables dependientes a nivel individual (parto por cesárea y lactancia inmediata) (Andréu, 2011; Pardo, Ruiz, & San Martín, 2007).



## 1.16 Operacionalización de objetivos específicos

En este apartado se toma cada objetivo y se detallan sus categorías de análisis, el concepto, los indicadores, la técnica y la fuente de información, de modo que la investigación se garantice lograrlos y poder responder el problema de investigación planteado.

**1. Objetivo específico 1:** Describir los determinantes sociales de salud seleccionados y de la atención del parto de las mujeres en los periodos 2009-2011 y 2016-2018.

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
Contextual	Determinantes sociales	% de las madres por lugar de nacimiento	Encuesta, análisis descriptivo	MICS Costa Rica 2011, Cuba 2014, El Salvador 2014, República Dominicana 2014, Belice 2015-2016, México 2015, Paraguay 2016, EMNA 2018
		% de madres por zona de residencia		
		% de madres que migraron recientemente <sup>12</sup>		
		Edad de las madres		
		Nivel de instrucción de las madres		
		% de madres con seguro social <sup>11</sup>		
		Quintiles de riqueza		
	Atención del parto	% de madres atendidas durante el parto por sector		
		% de madres atendidas durante el parto por tipo de centro		
		% de madres atendidas durante el parto por personal que la atiende		

<sup>12</sup> Solo Costa Rica 2018 cuenta con esta variable.

**2. Objetivo específico 2:** Caracterizar cómo se asocian los determinantes con la violencia obstétrica que hayan vivenciado las mujeres en los últimos dos años.

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
Contextual	Determinantes sociales	% de las madres por lugar de nacimiento	Encuesta, análisis de asociación para variables nominales dicotómicas	MICS Costa Rica 2011, Cuba 2014, El Salvador 2014, República Dominicana 2014, Belice 2015-2016, México 2015, Paraguay 2016, EMNA 2018
		% de madres por zona de residencia		
		% de madres que migraron recientemente		
		Edad de las madres		
		Nivel de instrucción de las madres		
		% de madres con seguro social		
		Quintiles de riqueza		
	Atención del parto	% de madres atendidas durante el parto en el sector público		
		% de madres atendidas durante el parto por sector		
		% de madres atendidas durante el parto por tipo de centro		
% de madres atendidas durante el parto por personal que la atiende				
Violencia obstétrica en el parto	Violencia obstétrica	% de madres por tipo de parto		
		% de casos en que se decidió la cesárea		
		% de madres que experimentaron algún tipo de violencia obstétrica		
		No se le permitió estar acompañada		
		No se le explicó algún procedimiento		
		No comprendió las explicaciones que se le dio		
		Se le dijo sobrenombres o comentarios peyorativos		
		La posición del parto no fue cómoda		
		No se contó con la privacidad necesaria		
		Se le obligó a pujar sin ser necesario		
Se le agredió físicamente				
% de madres que tuvieron contacto piel a piel una vez ocurrido el parto de su hija o hijo				
Tiempo transcurrido hasta el primer amamantamiento				

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
		Tiempo transcurrido hasta el primer baño de la persona recién nacida		
		% de madres a las que se les asesoró sobre el amamantamiento		
		% de madres a las que se les verificó su condición de salud antes de salir del centro de salud		
		% de niñas y niños a los que se les verificó su condición de salud antes de salir del centro de salud		

**3. Objetivo específico 3:** Comparar estadísticamente las características de la violencia obstétrica del país respecto a Cuba, El Salvador, República Dominicana, Belice, México y Paraguay, según las últimas encuestas MICS.

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
Contextual	Determinantes sociales	% de las madres por lugar de nacimiento	Encuesta, análisis de asociación para variables nominales dicotómicas.  Comparar las características por país.	MICS Costa Rica 2011, Belice 2015-2016, Cuba 2014, República Dominicana 2014, El Salvador 2014, México 2015, Paraguay 2016, EMNA 2018
		% de madres por zona de residencia		
		% de madres que migraron recientemente		
		Edad de las madres		
		Nivel de instrucción de las madres		
		% de madres con seguro social		
		Quintiles de riqueza		
	Atención del parto	% de madres atendidas durante el parto en el sector público		
		% de madres atendidas durante el parto por sector		
		% de madres atendidas durante el parto por tipo de centro		
% de madres atendidas durante el parto por personal que la atiende				
Violencia obstétrica en el parto	Violencia obstétrica	% de madres por tipo de parto		
		% de casos en que se decidió la cesárea		
		% de madres que experimentaron algún tipo de violencia obstétrica <sup>13</sup>		
		No se le permitió estar acompañada		
		No se le explicó algún procedimiento		
	No comprendió las explicaciones que se le dio			

<sup>13</sup> Solo Costa Rica 2018 cuenta con esta variable.

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
		Se le dijo sobrenombres o comentarios peyorativos		
		La posición del parto no fue cómoda		
		No se contó con la privacidad necesaria		
		Se le obligó a pujar sin ser necesario		
		Se le agredió físicamente		
		% de madres que tuvieron contacto piel a piel una vez ocurrido el parto de su hija o hijo		
		Tiempo aproximado del primer amamantamiento		
		Tiempo aproximado del primer baño de la persona recién nacida		
		% de madres a las que se les asesoró sobre el amamantamiento		
		% de madres a las que se les verificó su condición de salud antes de salir del centro de salud		
		% de niñas y niños a los que se les verificó su condición de salud antes de salir del centro de salud		

**4. Objetivo específico 4:** Evaluar la asociación estadística entre los determinantes sociales de la salud con la violencia obstétrica a la luz de la normativa vigente, para la toma de decisiones, a partir de brechas, falencias o retrocesos que sean detectados y su relación con los ODS.

Dimensión	Variable	Indicador	Técnica	Fuente
Contexto	Determinantes sociales	OR para la asociación entre los determinantes sociales de la salud seleccionados y alguna de las siguientes variables dependientes:	Análisis de asociación	MICS Costa Rica 2011, EMNA 2018
	Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto por cesárea</li> <li>• Amamantamiento inmediato</li> <li>• Violencia obstétrica, para Costa Rica 2018.</li> </ul>	Tablas de contingencia	
Política pública contra violencia obstétrica en el parto	Violencia obstétrica		Análisis de la política pública	
	Políticas públicas contra la violencia obstétrica	% de madres que tuvieron el parto por cesárea		
		% de madres que experimentaron algún tipo de violencia obstétrica		
		No se le permitió estar acompañada		
		No se le explicó algún procedimiento		
		No comprendió las explicaciones que se le dio		

<b>Dimensión</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Técnica</b>	<b>Fuente</b>
		Se le dijo sobrenombres o comentarios peyorativos		
		La posición del parto no fue cómoda		
		No se contó con la privacidad necesaria		
		Se le obligó a pujar sin ser necesario		
		Se le agredió físicamente		
Indicadores asociados con otras manifestaciones violencia obstétrica				

En este cuarto objetivo se contrastan los mismos aspectos de los dos objetivos anteriores, solo que se trasciende a los valores que han modificado entre una encuesta nacional a otra. Al ser los indicadores de violencia obstétrica elementos contemplados por la normativa actual (CCSS, 2017), con la EMNA y este estudio se cuenta con una línea base estadística de la violencia obstétrica.

### **1.17 Técnicas e instrumentos**

Se utilizaron los instrumentos y bases de datos de la MICS 2011 y la EMNA 2018 para el caso costarricense. Estas son fuentes primarias anonimizadas, asimismo se estudiaron las correspondientes a los países de Cuba (2014), El Salvador (2014), República Dominicana (2014), Belice (2015-2016), México (2015) y Paraguay (2016). La anonimización, se detalla en el apartado de Ética de la investigación.

En el anexo 7.2 se encuentran los módulos de la encuesta MICS de 2011 que se utilizaron para el análisis (UNICEF, 2011, págs. 278-284), y en el anexo 7.3 los módulos correspondientes a la EMNA 2018 (Cuestionario de Mujeres) (INEC, 2018).

El programa de encuestas MICS de UNICEF, utiliza módulos (temáticas específicas con al menos dos preguntas o ítems) y procura no modificar de una ronda de encuestas a otra la numeración de preguntas, sin embargo, ocurrida una ronda lo que hace el equipo mundial de MICS es ajustar y mejorar los cuestionarios, considerando los idiomas oficiales de la ONU (árabe, el chino, español, francés, inglés y ruso).

Se analizaron preguntas específicas del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un nacimiento en los últimos dos años en cada país mencionado (anexos 7.1 y 7.2). Seguidamente se presentan las preguntas utilizadas del país, indicando con un *check* la presencia de la temática en la encuesta o una equis en caso contrario (por su extensión no se presenta la totalidad de los cuestionarios):

Tabla 3.2. Costa Rica: variables utilizadas en el análisis  
(MICS 2011 y EMNA 2018)

Módulo	Variable	Temáticas	
		MICS 2011	EMNA 2018
WM. Panel de información de la mujer	Lugar de residencia	✓	✓
	Zona	✓	✓
WB. Antecedentes de la mujer	Edad	✓	✓
	Alfabetismo	✓	✓
	Nivel de instrucción	✓	✓
	Migración internacional	✓	✗
	Migración interna (zona)	✗	✓
	Seguro social	✓	✓
MN. Salud materna y de la persona recién nacida	Personal que atendió el parto	✓	✓
	Lugar donde ocurrió el parto	✓	✓
	Parto vaginal o por cesárea	✓	✓
	Momento de decisión de la cesárea	✗	✓
	Violencia obstétrica	✗	✓
	Contacto piel a piel	✗	✓
	Termorregulación	✗	✓
	Lactancia	✓	✓
PN. Controles de salud posnatal	Estado de salud de la persona recién nacida (en centro de salud)	✗	✓
	Estado de salud de la mamá	✗	✓
	Estado de salud de la persona recién nacida (luego de salir del centro de salud)	✗	✓

Simbología: ✓ Se encuentra presente en la encuesta  
✗ No se encuentra presente en la encuesta

Fuente: elaboración propia a partir de (INEC, 2018; UNICEF, 2011).

Se puede apreciar que la mayor cantidad de temáticas son comparables, pues la formulación es estándar, aunque con acepciones propias de cada país, en el caso de las que no lo son, se utilizó lo disponible para el 2018, lo cual constituye la línea base de la evaluación de la política pública.

### 1.18 Consideraciones éticas

El 15 de marzo de 2016, el Ministerio de Salud, el INEC y UNICEF suscribieron el memorando de entendimiento para ejecutar el proyecto MICS (Ministerio de Salud, INEC y UNICEF Costa Rica, 2016), y es en el INEC, donde se realiza el procesamiento y se generó la base de datos. Lo anterior, con el apoyo del equipo técnico de UNICEF de la región latinoamericana y del Ministerio de Salud, contrapartes del convenio interinstitucional para implementar este tipo de

encuestas (Ministerio de Salud, INEC y UNICEF Costa Rica, 2016), siendo la regional de UNICEF una de las contrapartes técnicas y financieras de la EMNA.

Tanto UNICEF como el INEC tienen sus protocolos en la recolección de información, es decir, incluso en el manejo de la entrevista, pues al abordar temas sensibles las entrevistadoras reciben capacitación de cómo manejar la entrevista y el manejo de situaciones complejas (INEC, 2018).

Las bases de datos que se utilizaron fueron previamente anonimizadas, es decir, no hay forma de identificar a las personas informantes ni a sus hogares. Esto garantiza la confidencialidad, según la Ley 9694, lo que se les asegura desde el momento de la entrevista (Ley 9694: Ley del Sistema de Estadística Nacional, 2019) (anexos 7.2 y 7.3), lo cual es considerado un principio ético, jurídico y científico, que bajo ninguna circunstancia amerita excepción alguna, incluso para la normativa legal vigente y su reglamento (Ley 5349)<sup>14</sup>.

Este procedimiento, tradicional e institucionalmente, consiste en:

1. Reenumerar conglomerados
2. Eliminar direcciones
3. Eliminar nombres y, cuando existen, direcciones o números teléfono

Con ello se imposibilita el hecho que una persona externa pueda averiguar (en una base no expandida) quién es la que respondió, con lo cual se respeta la confidencialidad garantizada en la Ley 9694 del Sistema Estadístico Nacional de 2019, la que creó al INEC (2018, pág. 7). Esta confidencialidad se encuentra garantizada incluso en el ámbito internacional (Lakner, Lugo, Medina-Giopp, & Viveros, 2016; Templ, Meindl, Kowarik, & Chen, 2014; ICO, 2012).

---

<sup>14</sup> Artículo 25. Si bien la investigación no es de carácter biomédico, es relevante tomar este principio ético en consideración, amparado por esta ley y la 9694.



A efectos de hacer constar el debido proceso, se tiene la respuesta oficial del INEC en la que se facilitó al autor de esta investigación las bases de datos solicitadas (anexo 7.6), así como la aprobación del Comité Ético Científico de la UCR (CEC-UCR) (anexo 7.7).

## **Capítulo 4. Discusión de resultados de investigación**

En respuesta al problema de investigación planteado, la sustentación teórica y metodológica, en este capítulo se presenta una caracterización de los sistemas de salud de los países que se han seleccionado.

Posteriormente se estudian los determinantes sociales para cada país según su más reciente encuesta MICS, para llegar a las asociaciones estadísticas entre dichos determinantes y la prevalencia de cesárea, el momento del primer amamantamiento y la violencia obstétrica; este último solo para Costa Rica en 2018. Se concluye con un análisis descriptivo de ese tipo de violencia, resaltando lo que está asociado estadísticamente con los determinantes resultantes.

### **1.19 Sistemas de salud: contexto para comprender la información estadística**

En el análisis de los sistemas de salud es recurrente considerar indicadores generales que sintetizan las condiciones de salud y de desigualdad de los países (Maceira, 2012), lo cual contribuye a la comprensión de los sistemas y cómo esto incide en las condiciones que facilitan o limitan el acceso a los servicios de salud (cuadro 4.1). Este apartado contribuye con el objetivo específico 3 de la presente investigación.

Las diferencias en el índice de desarrollo humano, teniendo condiciones muy favorables para el caso de Costa Rica y Cuba, en contraposición con Paraguay y El Salvador, siendo este último el único de los países analizados con desarrollo humano medio, de conformidad con la clasificación hecha por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a escala mundial.

Cuadro 4.1. Indicadores de desarrollo humano y de salud, según país  
(2015 y 2017)

País	Posición IDH	Índice	Tipo de IDH	% del PIB en salud (2015)	Coefficiente de Gini <sup>a/, b/</sup>	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad materna (2015) <sup>e/</sup>
Costa Rica	63	0,794	Alto	8,1	48,3 <sup>d/</sup>	80,0	25
Cuba	73	0,777	Alto	11,1 <sup>f/</sup>	ND	79,9	39
El Salvador	121	0,674	Medio	6,9	38,0	73,8	54
República Dominicana	94	0,736	Alto	6,2	45,7 <sup>f/</sup>	74,0	92
Belice	106	0,708	Alto	6,2	53,3 <sup>e/</sup>	70,6	28
México	74	0,774	Alto	5,9	43,4	77,3	38
Paraguay	110	0,700	Alto	7,8	48,8	71,7	132

**Notas:** c/ Muertes por cada 100 000 personas nacidas vivas

d/ Año 2017

e/ Año 1999

f/ Año 2016

**Fuente:** elaboración propia a partir de (PNUD, 2018)

b/ (Banco Mundial, 2019) y (WHO, 2019).

Se observa que los países con mayor desarrollo humano son los que invierten un mayor porcentaje del producto interno bruto (PIB). Respecto a la esperanza de vida al nacer, una persona que nació en Costa Rica en 2015 tenía cerca de 10 años más de expectativa de vida en comparación con las personas nacidas en Belice en ese mismo año.

En relación con la mortalidad materna, se observa que en Paraguay en 2015 era 5,3 veces mayor respecto a Costa Rica en ese mismo año, lo cual fue de 3,7 veces en el caso dominicano y el doble que en el caso salvadoreño. Este indicador resume un elemento central en la salud reproductiva propiamente de las mujeres (World Health Organization, 2019), pues “ilustra una situación estructural de desigualdad y exclusión” (Arguedas G., 2016, pág. 72).

Lo anterior es trascendental comprenderlo, pues se evidencian diferencias en las condiciones de salud pública, con lo que es pertinente analizar algunos indicadores que puedan aproximar los factores de protección o barreras de acceso a los servicios.

Actualmente se tiene acceso a diversos indicadores para los países, los cuales podrían influir en la comprensión del contexto de cada sistema. Los evaluados para este estudio fueron:

- Brecha salarial entre hombres y mujeres
- Coeficiente de Gini
- Escolaridad promedio
- Esperanza de vida al nacer
- Gasto catastrófico en salud
- Gasto de bolsillo
- Índice de Desarrollo Humano
- Porcentaje de partos fuera de centros de salud
- Tasa de mortalidad materna

De esos se seleccionaron estratégicamente cuatro (cuadro 4.2), bajo el criterio que no estén previamente correlacionados entre sí, de modo que se eviten asociaciones espurias y, consecuentemente, se afecte la interpretación.

A esta información se le aplicó la correlación de Pearson ( $R$  Pearson) entre todas las variables (Hernández, 2012, págs. 182-190), encontrando asociaciones mostradas en el cuadro 4.3.

Cuadro 4.2. Escolaridad promedio, porcentaje de partos fuera de centros de salud, gasto de bolsillo y brecha salarial, según país (2017)

País	Escolaridad promedio <sup>a/</sup>	% de partos fuera de centro de salud <sup>b/</sup>	Gasto de bolsillo (2018) <sup>c/</sup>	Brecha salarial (2017) <sup>a/ y d/</sup>
<b>Región latinoamericana</b>	<b>8,5</b>	<b>-</b>	<b>35,0 <sup>e/</sup></b>	<b>0,540</b>
Costa Rica	8,8	0,8	22,1	0,553
Cuba	11,8	0,6	11,1 <sup>f/, e/</sup>	0,563 <sup>g/</sup>
El Salvador	6,9	2,2	27,2	0,599
República Dominicana	7,8	0,6	44,6	0,470
Belice	11,5	2,0	22,9	0,657
México	8,6	2,8	40,4	0,484
Paraguay	8,4	4,7	37,9	0,592

**Nota:**

d/ Corresponde la razón de dólares que ganan las mujeres por cada dólar que ganan los hombres. Referido a la paridad de poder adquisitivo (PPA) en dólares de 2011 y con datos información de 2017.

e/ Valor aproximado a 2015.

f/ Cuba no cuenta con esta información disponible, por lo que se le asignó el porcentaje de inversión en el sector salud por parte del Estado como el equivalente al gasto de bolsillo.

g/ Se tomó el ingreso per cápita reportado para el país y se le aplicó el promedio de los otros en el ingreso de mujeres respecto a los hombres.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de:

a/ (PNUD, 2018)

b/ (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública, 2015; Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Nacional de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015; Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana y Unicef, 2016; Statistical Institute of Belize and Unicef Belize, 2017; Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, 2016; Dirección General de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Unicef Paraguay, 2017)

c/ (WHO, 2019)

Cuadro 4.3. Correlación de Pearson entre variables significativas respecto al gasto de bolsillo <sup>1/</sup>

Variabes correlacionadas	R Pearson
Escolaridad promedio y gasto de bolsillo	-0,67
Brecha salarial y escolaridad promedio	0,40
Gasto de bolsillo y brecha salarial	-0,56
% partos fuera de centro de salud y gasto de bolsillo	0,41

**Nota:** 1/ Se muestra solo a las correlaciones mayores o menores a 0,4.

**Fuente:** elaboración propia.

Del cuadro 4.3, se desprende que en los países analizados:

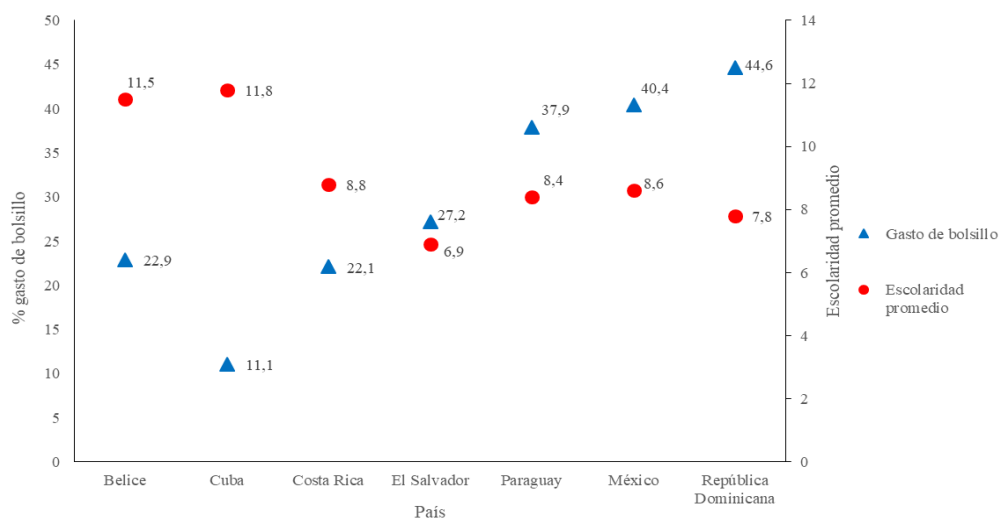
- A menor nivel de instrucción, mayor el gasto de bolsillo y mayor la brecha salarial
- A menor brecha salarial entre hombres y mujeres, mayor el gasto de bolsillo y mayor porcentaje de partos fuera del centro de salud

El gasto de bolsillo tiene una mayor incidencia en el análisis, al ser relevante en 3 de 4 correlaciones. Por ello es conveniente tomarle de referencia para clasificar los sistemas de salud, lo que se verá adelante.

El gráfico 4.1 muestra la dispersión entre ambas variables y su asociación inversa, entre la escolaridad promedio y el gasto de bolsillo, por país. Conforme el nivel de instrucción es más bajo en un país, el gasto de bolsillo aumenta; pero bajo ninguna circunstancia esto corresponde a una causalidad directa, para ello se debe considerar la segmentación y fragmentación de cada sistema de salud analizado (tabla 2.1).

El gráfico 4.1, evidencia la dirección del vector del R Pearson, pues al ser una asociación inversa (cuadro 4.3), se evidencia que a menor nivel de instrucción mayor el gasto de bolsillo. Esto devela las desigualdades sociales de cada país y sus contextos, donde deben involucrarse los sistemas segmentados y fragmentados.

Gráfico 4.1. Dispersión entre el gasto de bolsillo y la escolaridad promedio, según país <sup>1/</sup>



**Nota:** 1/ Cuba no cuenta con esta información disponible, por lo que a criterio del autor se le asignó el porcentaje de inversión en el sector salud por parte del Estado como el equivalente al gasto de bolsillo.

**Fuente:** elaboración propia.

Producto de este análisis y atinente al objeto de estudio, que permite visualizar las desigualdades entre los sistemas de salud considerados, el gasto de bolsillo es el que permite tener una mayor variabilidad en la clasificación de los países.

Cuadro 4.4. Clasificación del gasto de bolsillo, según país (2018)

País	Gasto de bolsillo (2018)	Clasificación del gasto de bolsillo
Cuba	11,1	Bajo
Costa Rica	22,1	Bajo
Belice	22,9	Bajo
El Salvador	27,2	Medio
Paraguay	37,9	Medio
México	40,4	Alto
República Dominicana	44,6	Alto

**Fuente:** Elaboración propia a partir de (WHO, 2019).

Al considerar los diferentes sistemas de salud de los países de referencia y el gasto de bolsillo, así como la segmentación y fragmentación de dichos sistemas, se obtiene una clasificación cualitativa de cuán favorable es ese contexto para las mujeres que dan a luz a una hija o un hijo.

Cuadro 4.5. Clasificación de la segmentación, fragmentación, gasto de bolsillo y de contexto, según país

País	Segmentación	Fragmentación	Gasto de bolsillo	Contexto
Cuba	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Muy favorable
Costa Rica	Inexistente	Inexistente	Bajo	Muy favorable
Belice	Amplia	Inexistente	Bajo	Favorable
El Salvador	Amplia	Media	Medio	Desfavorable
Paraguay	Amplia	Alta	Medio	Muy desfavorable
República Dominicana	Amplia	Alta	Alto	Muy desfavorable
México	Amplia	Alta	Alto	Muy desfavorable

**Fuente:** elaboración propia.

El cuadro 4.5, sintetiza la información previa de esta sección y utiliza una coloración tipo “semáforo”. Las *condiciones contextuales* son muy favorables para las mujeres en Cuba y Costa Rica. Es favorable en Belice, desfavorable en El Salvador, así como muy desfavorable en Paraguay, República Dominicana y

México. Debe tenerse en cuenta que, a mayor gasto de bolsillo, mayor es la desigualdad social.

La información elaborada en este apartado representa la base por medio de la cual se analiza de forma descriptiva y con regresión logística, pues da sentido a los resultados, en vista que una asociación, estadísticamente significativa no se traduce en una causalidad.

### **1.20 Determinantes sociales de la salud de los países en estudio**

Con el propósito de describir los determinantes sociales de salud seleccionados y de la atención del parto de las mujeres en edad reproductiva que tuvieron al menos una hija o un hijo nacido vivo, en los periodos 2009-2011 y 2016-2018, con indicadores de MICS 2011 y la EMNA 2018, seguidamente se estudia la forma en que los determinantes sociales de la salud muestran el contexto particular de las mujeres, en atención al objetivo específico 3.

Los determinantes sociales por analizar son: grupos de edad, zona de residencia, nivel de instrucción, personal que atendió el parto (profesional o no) y el sector del centro en que se dio a luz. Asimismo, se contempla el parto y el momento en que se decidió ejecutar la cesárea.

En primer término, se tiene la forma en que se distribuye la proporción de nacimientos por grupos etarios en cada país (cuadro 4.6). México y República Dominicana tienen una fecundidad más temprana, pues más del 74 % de los partos corresponden a mujeres menores de 30 años. Esto es relevante, pues desde la teoría demográfica tradicionalmente se ha argumentado que los niveles de mayor desarrollo están asociados con fecundidad baja y tardía (CCP, 2006).



Cuadro 4.6. Porcentaje de mujeres <sup>1/</sup>, según país (2018)

País	Grupos de edad				
	Total	15-19	20-29	30-39	40-49
Costa Rica 2011	100,0	9,9	61,6	24,9	3,6
Cuba 2014	100,0	8,0	62,2	25,1	4,7
El Salvador 2014	100,0	17,2	51,4	26,8	4,6
República Dominicana 2014	100,0	15,8	58,8	23,2	2,2
Belice 2015-2016	100,0	11,7	56,3	27,9	4,1
México 2015	100,0	12,9	57,1	26,0	4,0
Paraguay 2016	100,0	13,2	49,3	33,5	4,0
Costa Rica 2018	100,0	8,1	55,0	34,3	2,6

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

Por zona, son interesantes las tendencias de una fecundidad predominantemente rural en Belice (58,8 %), así como el peso relevante en El Salvador (42,4 %) (cuadro 4.7). En el caso costarricense se observa un cambio importante de una encuesta a otra en esta materia, lo cual podría estar condicionado a los cambios ocurridos con el país en el rápido proceso de urbanización.

Cuadro 4.7. Zona de residencia de mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

País	Zona		
	Total	Urbana	Rural
Costa Rica 2011	100,0	58,3	41,7
Cuba 2014	100,0	74,4	25,6
El Salvador 2014	100,0	57,6	42,4
República Dominicana 2014	100,0	74,7	25,3
Belice 2015-2016	100,0	41,2	58,8
México 2015	100,0	74,7	25,3
Paraguay 2016	100,0	60,7	39,3
Costa Rica 2018	100,0	74,7	25,3

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

Salvo el caso beliceño (2015-2016), la fecundidad en los países de referencia es predominantemente urbana, por lo que está asociada a la facilidad de acceso a servicios (salud, transporte, electricidad, agua, entre otros)<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> “Para efectos de la EMNA:

- Urbana: las áreas urbanas se delimitaron a priori con criterio físico y funcional, tomando en cuenta elementos tangibles, como cuadrantes claramente definidos, calles, aceras, servicios urbanos (recolección de basura, alumbrado público) y actividades económicas.

Respecto al nivel de instrucción, en grandes grupos, es notorio que, en El Salvador, República Dominicana, Belice y en Paraguay, más del 15 % de los nacimientos en los últimos dos años corresponde a madres con primaria incompleta o menos, es decir, con menos de 6 años de nivel de instrucción (cuadro 4.8). En contraposición a ello, se encuentra el caso de Cuba con 80,3 % con al menos un año de estudios superiores.

Cuadro 4.8. Nivel de instrucción de mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

País	Total	Primaria incompleta o menos	Primaria completa	Secundaria incompleta o completa	Con estudios superiores
Costa Rica 2011	100,0	9,9	20,5	46,8	22,8
Cuba 2014	100,0	0,1	0,8	18,8	80,3
El Salvador 2014	100,0	22,6	10,8	55,9	10,8
República Dominicana 2014	100,0	21,6	8,0	43,6	26,8
Belice 2015-2016	100,0	19,8	25,8	35,2	19,2
México 2015	100,0	4,4	13,6	69,4	12,5
Paraguay 2016	100,0	14,4	14,1	46,9	24,5
Costa Rica 2018	100,0	5,7	14,4	52,9	27,0

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

Es importante considerar estas brechas educativas, pues son un parámetro relevante para comprender su asociación con otras variables analizadas adelante, pues el nivel de instrucción y el desarrollo se encuentran estrechamente relacionados (PNUD, 2018).

Referente al personal que atendió el parto hay varias formas de analizar, pues una mujer en labor de parto pudo ser atendida por una o más personas (cuadro 4.9 y

- 
- Rural: abarca los poblados no ubicados en el área urbana, que reúnen ciertas características, como las siguientes: predominio de actividades agropecuarias; puede presentar tanto viviendas agrupadas o contiguas como dispersas; disposición de algunos servicios de infraestructura, como electricidad, agua potable y teléfono; cuentan con servicios como escuela, iglesia, parque o plaza de esparcimiento, centro de salud, guardia rural, etc., pequeños o medianos comercios relacionados algunos con el suministro de bienes para la producción agropecuaria y un nombre determinado que los distingue” (INEC, 2018, pág. 71).

4.10), así mismo es posible analizar las combinaciones del personal que le atendió, sea calificado o no (cuadro 4.10).

Cuadro 4.9. Tipo de personal que intervino en la atención del parto a mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018) <sup>2/</sup>

País	Medicina general u obstétrica	Enfermería general u obstétrica	No profesional
Costa Rica 2011	92,1	66,0	11,2
Cuba 2014	98,9	61,7	3,0
El Salvador 2014	96,2	48,0	3,7
República Dominicana 2014	97,5	36,4	3,7
Belice 2015-2016	71,1	78,2	12,5
México 2015	93,3	57,7	8,7
Paraguay 2016	76,8	73,4	8,3
Costa Rica 2018	91,2	38,1	3,0

1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

2/ Una mujer puede ser atendida por una o más personas, por lo que es posible que ella esté duplicada, motivo por el que al sumar los porcentajes superen el 100 %.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

De conformidad con el cuadro 4.9, se observa que los partos ocurridos en Belice y de Paraguay son en menor medida atendidos por personal médico general u obstetra respecto a los otros países. Por otra parte, en República Dominicana y en Costa Rica 2018, es donde interviene en menor porcentaje el personal de enfermería, en contraposición de Belice y Paraguay.

Ante este panorama y de conformidad con las encuestas de referencia, fue importante visualizar las combinaciones en los mismos países (cuadro 4.10). En República Dominicana y en Costa Rica 2018, más de la mitad de los partos son atendidos solo por personal médico (general u obstetra). En el caso costarricense se observa un aumento de cerca 30 puntos porcentuales en solo siete años en cuanto a que la atención fue brindada solo por personal médico.

Cuadro 4.10. Combinaciones de personal que atendió el parto <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

Personal	Total	Pers méd	Pers méd enfer	Pers méd enfer u otra	Pers enfer	Pers enfer otra	Pers otra	Pers todos
Costa Rica 2011	100,0	29,9	52,8	2,6	6,0	0,3	1,6	6,7
Cuba 2014	100,0	35,3	59,7	0,6	0,7	0,0	0,5	3,1
El Salvador 2014	100,0	49,1	46,0	0,4	1,4	0,0	2,2	0,9
República Dominicana 2014	100,0	64,4	30,8	1,1	0,9	0,0	0,8	2,1
Belice 2015-2016	100,0	17,6	46,4	1,0	23,4	2,4	3,0	6,0
México 2015	100,0	39,0	48,7	0,4	4,3	0,1	1,6	6,0
Paraguay 2016	100,0	23,1	52,6	0,5	16,9	0,0	3,6	3,3
Costa Rica 2018	100,0	57,4	36,9	1,2	2,6	0,0	1,3	0,8

Nota: 1/ Pers méd: solo personal médico

Pers méd enfer: personal médico y de enfermería

Pers méd enfer u otra: personal médico, de enfermería u otros

Pers enfer: solo personal de enfermería

Pers enfer otra: personal de enfermería y otra

Pers otra: solo otro tipo de persona (no calificada)

Pers todas: personal médico, de enfermería y otra

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

Tanto en Cuba como en Paraguay, junto con Costa Rica en 2011, más de la mitad de los nacimientos eran atendidos por personal médico y de enfermería (general u obstetra) (cuadro 4.10). Asimismo, en Belice cerca de la cuarta parte de los nacimientos en los dos años previos a la encuesta fueron atendidos solo por personal de enfermería, seguido por Paraguay (16,9 %).

Son esos mismos países, en los que 3 % o más de los partos no son atendidos por personal cualificado para tal fin, lo cual vulnera el derecho a la salud, la salud reproductiva y desmerita la calidad de atención, además que vulnera aún más a las mujeres y a las personas recién nacidas (Martínez & Damian, 2014; Espinoza & Solano, 2012; OMS, 2010; Sofaer & Firminger, 2005; Crow, Gage, Hampson, & Hart, 2002).

Excepto Cuba, en los otros países y con diferentes intensidades, coexiste el sector público con el privado, lo cual constituye un importante determinante social de la salud (cuadro 4.11).

Mientras que en República Dominicana 29 de cada 100 partos son atendidos en el sector privado, en Paraguay y en México son 15, esto es coincidente con la clasificación de los sistemas de salud (cuadro 4.5), pues, de los países incluidos en esta investigación, esos son los que tienen las condiciones más desfavorables para que las mujeres den a luz. Asimismo, son los países con mayor porcentaje de partos fuera de centros de salud respecto a los otros sujetos de análisis en este estudio (cuadro 4.11).

Cuadro 4.11. Sector de salud en el que se atendió el parto a mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

País	Total	Sector público	Sector privado	Fuera de centro de salud
Costa Rica 2011	100,0	95,6	3,4	1,0
Cuba 2014	100,0	99,4	0,0	0,6
El Salvador 2014	100,0	95,4	2,4	2,2
República Dominicana 2014	100,0	70,2	29,2	0,6
Belice 2015-2016	100,0	86,1	11,9	2,0
México 2015	100,0	82,2	15,0	2,8
Paraguay 2016	100,0	80,1	15,3	4,6
Costa Rica 2018	100,0	95,4	3,8	0,8

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

El hallazgo anterior no solamente confirma la solidez del análisis hecho de los sistemas, sino que confirma que a mayor fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, mayor es la vulnerabilización de las madres para dar a luz, con las implicaciones que ello tiene en términos identitarios (Arguedas G. , 2016; Arguedas G. , 2013; Bordignon, 2005; Paterna & Martínez, 2005; Lagarde, 1990) y de salud reproductiva (OPS, 2013; ONU, 1994)

Se observa que los países con mayor gasto de bolsillo, tienen porcentajes de nacimientos en el sector privado más elevados. Dicha segmentación, junto con la fragmentación (Pan American Health Organization, 2019; Infante, 2019), patentizan la desigualdad social a lo interno de los países (cuadros 4.1 y 4.5). Es decir, los servicios privados se enfocan a población de los quintiles de mayor

riqueza en el marco del desarrollo desigual (Fuentes, 2007; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976; Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970). Bajo este panorama es donde se recalca lo trascendental de considerar las variables de contexto. Adelante, en el apartado sobre parto por cesárea, lactancia inmediata y sistemas de salud se analiza el modelo multinivel (MMLG).

El parto debería ocurrir en un ambiente de respeto y de apertura a las necesidades de la mujer en labor, sin embargo, adelante se destacará qué sucede con las madres luego del parto, al romperse el binomio madre-hija o hijo.

Al indagar por los tipos de centros de salud en que las mujeres dieron a luz, es de destacar que en México y en Paraguay la cuarta parte o más de los nacimientos suceden en clínicas, sean públicas o privadas (cuadro 4.12). Asimismo, ambos países son los que tienen los porcentajes más elevados respecto a los partos ocurridos en otros centros de salud, que son de tipo más local o más pequeños que una clínica (2 % y 7 %, respectivamente).

Cuadro 4.12. Tipo de centro de salud en el que se atendió el parto a mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

País	Total	Hospital	Clínica	Otro tipo de centro de salud	Fuera de centro de salud
Costa Rica 2011	100,0	95,4	3,5	0,2	1,0
Cuba 2014	100,0	99,2	0,1	0,1	0,6
El Salvador 2014	100,0	96,9	0,8	0,1	2,2
República Dominicana 2014	100,0	95,5	2,6	1,4	0,6
Belice 2015-2016	100,0	89,4	7,6	1,0	2,0
México 2015	100,0	58,4	36,9	2,0	2,8
Paraguay 2016	100,0	63,5	24,8	7,0	4,7
Costa Rica 2018	100,0	96,6	2,3	0,3	0,8

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

En el caso de Costa Rica en 2018, de El Salvador y de Cuba estos tienen los mayores porcentajes de nacimientos ocurridos en un hospital. En aquellos países con sistemas de salud que tienen mayor fragmentación y segmentación se

presentan menores porcentajes de partos hospitalarios, tales como en Paraguay y República Dominicana.

En las bases de datos de las encuestas analizadas, excepto en el caso cubano, se incluye la variable de riqueza, a partir de la cual se agrupó a las mujeres en cinco grupos (quintiles), donde el primero es el de menor y el quinto es el de mayor riqueza (cuadro 4.13).

Se observa que el quintil I de riqueza se ubica cerca de la cuarta parte o más de las mujeres que dieron a luz en los últimos dos años de cada encuesta, teniendo mayor peso en las dos encuestas de Costa Rica (2011 y 2018). Si se observan los dos primeros quintiles de riqueza, se observa que en ellos se agrupan cerca del 50 % de las mujeres que dieron a luz una hija o hijo en los últimos dos años.

Cuadro 4.13. Quintiles de riqueza de las mujeres <sup>1/</sup>, según país (2011-2018) <sup>2/</sup>

País	Total	Quintil				
		I	II	III	IV	V
Costa Rica 2011	100,0	30,8	24,1	16,2	13,1	15,9
El Salvador 2014	100,0	25,0	21,1	20,8	18,3	14,9
República Dominicana 2014	100,0	25,2	22,2	21,0	17,4	14,1
Belice 2015-2016	100,0	23,8	24,5	17,7	18,9	15,1
México 2015	100,0	24,2	28,5	20,8	15,7	10,8
Paraguay 2016	100,0	24,2	22,5	22,0	19,0	12,2
Costa Rica 2018	100,0	31,1	21,5	18,2	16,2	12,9

Notas: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

2/ La base de datos de Cuba no cuenta con esta información.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

Los quintiles con menores condiciones de riqueza (quintiles I y II) se concentran entre el 46 % y el 55 % de las madres. Estas agrupaciones son cruciales tomarlas en consideración pues la condición socioeconómica es el determinante social de la salud que, como se verá adelante, más explicaciones aporta. El efecto del nivel socioeconómico se considera también la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, por lo que en adelante son recurrentes las referencias a la tabla 2.1 y al cuadro 4.5.

Ahora bien, un elemento relevante en esta discusión, son los partos por cesárea, el cual se analiza más adelante. Si bien, el tipo de parto (vaginal o cesárea) no es considerado como un determinante de la salud, da luces de las inequidades en el acceso y la prestación de servicios de salud de cada país (tabla 2.1 y cuadro 4.5). No se debe tomar como un determinante, de causa o consecuencia de violencia obstétrica, pues es un procedimiento médico que requeriría de una investigación adicional dada su multicausalidad (World Health Organization, 2018)<sup>16</sup>.

En el cuadro 4.14 se observa que, en los países de la región, considerados en el análisis, más de la cuarta parte de los nacimientos son por cesárea, lo cual se aparta de la recomendación de la OMS sobre este procedimiento. Como se mencionó anteriormente, la OMS desde 1985 ha manifestado que los nacimientos por cesárea deberían oscilar entre el 10 % y el 15 % (World Health Organization, 2015). Recientemente se ha cuestionado el paulatino aumento de esa práctica quirúrgica, ante lo que han surgido recomendaciones para disminuir la cesárea innecesaria (World Health Organization, 2018).

Lo anterior es independiente de que se trate de un país en condiciones favorables o desfavorables para que las mujeres tengan hijas e hijos, en el marco de cada sistema de salud.

Costa Rica en 2018 es el país que mantiene el porcentaje más bajo de cesáreas (28,4 %) respecto a los otros países, con la mitad de lo que se presenta en República Dominicana, donde en su encuesta MICS de 2014 se tenía que el 56,9 % de los nacimientos era con partos por cesárea (cuadro 4.14).

---

<sup>16</sup> Los factores que contribuyen al aumento de la cesárea son complejos. Incluyen cambios en las características de la población, como el aumento de la prevalencia de obesidad y de embarazos múltiples, y el aumento en la proporción de mujeres nulíparas (que no han dado a luz) o de mujeres mayores (World Health Organization, 2018, pág. 8).



Cuadro 4.14. Tipo de parto momento de decisión de la cesárea <sup>1/</sup>, según país (2011-2018)

País	Total	Vaginal	Cesárea	Cesárea decidida antes de las labores de parto
Costa Rica 2011	100,0	73,2	26,8	ND
Cuba 2014	100,0	61,7	38,3	51,4
El Salvador 2014	100,0	67,9	32,1	59,4
República Dominicana 2014	100,0	43,1	56,9	68,9
Belice 2015-2016	100,0	64,3	35,7	59,5
México 2015	100,0	57,6	42,4	42,3
Paraguay 2016	100,0	51,1	48,9	62,9
Costa Rica 2018	100,0	71,6	28,4	53,7

Nota: 1/ Con al menos un nacido vivo en los últimos dos años.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de los países.

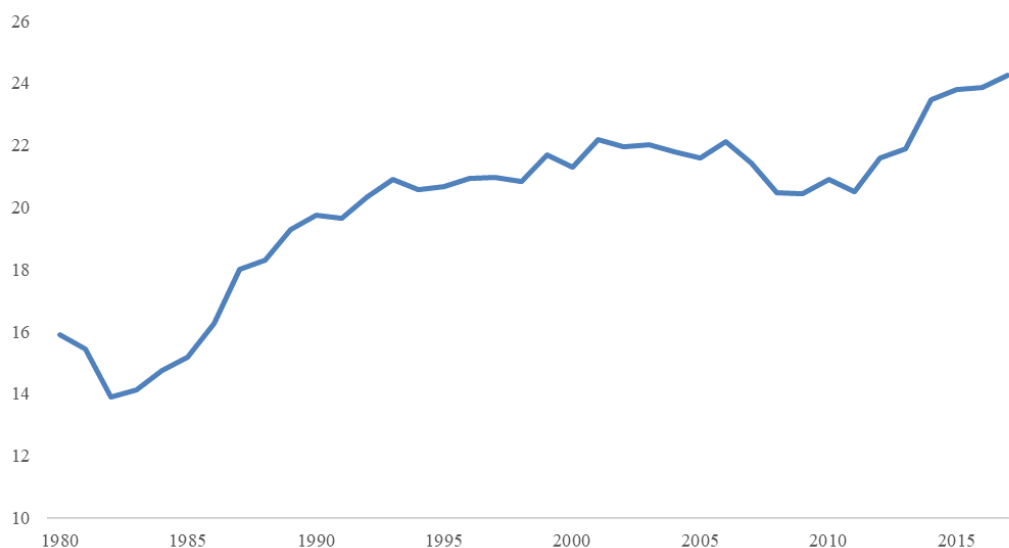
No es casual que los sistemas de salud con mayor fragmentación y segmentación, son los que tienen mayor porcentaje de este tipo de parto, a saber, México, Paraguay y República Dominicana. Asimismo, en los dos últimos países citados la decisión por la cesárea se toma antes de las labores de parto en más del 60 % de los casos. El caso dominicano es en una proporción de 7 de cada 10 cesáreas.

En este caso es preciso enfatizar algunos aspectos que reflejan las características del sistema de salud costarricense (tabla 2.1 y cuadro 4.5), por medio del peso proporcional del parto por cesárea en el sector público y el porcentaje de los nacimientos en el sector privado.

### 1.21 Cesárea: variables de contexto costarricense y la EMNA

Tradicionalmente se ha pensado que en el sector privado predominan los partos por cesárea, por lo que sería importante analizar su comportamiento en centros de salud privados. Sin embargo, la cantidad de casos captada por la EMNA es muy baja, por lo que, siendo un país sin segmentación ni fragmentación, es pertinente analizar las estadísticas de la CCSS, el único prestador de servicios públicos del país.

Gráfico 4.2. Costa Rica: porcentaje de partos por cesárea en el sector público (1980-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de (CCSS, 2019)

Al analizar los datos de los partos por cesáreas en la CCSS, la cual es la única entidad pública prestadora de servicios de salud de este tipo, se observa que en el primer lustro de la década de los ochenta presentó una leve reducción y desde entonces mantuvo una tendencia a aumentar hasta el 2006, cuando se alcanzó el 22,1 % de los partos por cesárea, valor que se sobrepasó hasta 2014 con el 23,5 % y llegó al 24,3 % en 2017, es decir cerca de una cuarta parte de los partos. Se debe tomar en consideración que en la EMNA ese tipo de parto es 26,8 %, es decir, tienen un peso similar.

Cuadro 4.15. Costa Rica: porcentaje de partos por sector donde ocurrió (2018)

Sector	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
Sector público	94,1
Sector privado	4,9
Fuera de centro de salud	1,0
Ignorado	0,1

Fuente: (INEC, 2019).

Al tener los partos en centros privados un peso porcentual tan bajo, se le aplicó una prueba de sensibilidad estadística, con el propósito de saber si se descartaba del análisis de asociación estadística. En primer lugar, una prueba de sensibilidad para variables dicotómicas, lo que busca es identificar correctamente a aquellos que tienen cierta condición o característica (Gordis, 2014, pág. 89).

A partir de los datos de la EMNA Costa Rica 2018, según de parto y sector en el que este ocurrió, se encontró que:

- La probabilidad de que un parto sea por cesárea es del 97,5 % en un centro privado y de 12,7 % en el sector público
- La probabilidad de que el parto sea vaginal es del 0,1 % en el sector privado y de 73,5 % en sector público

Al contar con pocos casos absolutos o muestrales de mujeres que tuvieron el parto en un centro privado y del análisis de sensibilidad estadística, por medio de “tablas 2x2”, se decidió excluir esa variable, lo cual pasa a ser una recomendación del estudio.

## **1.22 “Cesárea innecesaria”: una discusión necesaria**

La cacofonía intencional del título de este apartado alude a las recomendaciones esbozadas por la OMS desde 1985, donde los partos por cesárea deberían oscilar entre el 10 % y el 15 % a partir de criterios y datos de países europeos (World Health Organization, 2015; OMS, 2015), lo cual se considera adecuado para prevenir la morbilidad materna y perinatal, y que no tiene efectos positivos demostrados en los casos en que este procedimiento sea innecesario. Este implica riesgos para la mujer, para la persona que nace y para futuros embarazos (World Health Organization, 2018; OMS, 2015).

A pesar de que no existe consenso en cuál es la tasa recomendada, se conoce que su uso no está asociado a una reducción en la tasa de mortalidad materna ni en la

neonatal, ni en efectos pediátricos, de bienestar psicológico o social (World Health Organization, 2018; OMS, 2015). Además, el costo que implica para los sistemas sanitarios tiende a debilitar estos aún más. Para evitar la “cesárea innecesaria” la OMS sugiere el uso de la clasificación Robson<sup>17</sup>.

En seguimiento a lo anterior, la OMS también ha divulgado recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, para cambiar la atención a mujeres y neonatos, con el propósito de mejorar su salud y bienestar (OMS, 2018), en consonancia con la definición de salud (OMS, 2010, pág. 2). Al respecto es importante retomar que las cesáreas innecesarias pueden ser consideradas un acto de violencia obstétrica, pues son procedimientos que violan la integridad corporal de las mujeres (UNICEF & Tulane University, 2016, pág. 38; Castro, 2019, pág. 105; Castro, 1999), lo cual es relevante para posteriores investigaciones sobre esta temática.

Debe problematizarse en este punto, el concepto de calidad de la atención del parto, el cual se encuentra vinculado con la “satisfacción de la paciente” a partir de sus experiencias en el centro de salud, y esto puede entrar en contradicción por las cesáreas innecesarias (Rabelo & de Oliveira, 2010; Donabedian, 2005; Crow, Gage, Hampson, & Hart, 2002).

Es necesario direccionar alguna investigación al respecto, pues ni siquiera en las estadísticas vitales de los sistemas nacionales de Estadística, como el costarricense, se registra el tipo de parto, lo cual dificulta su seguimiento, especialmente para conocer qué sucede con las mujeres en el sector privado costarricense. Lo anterior, pues para la toma de decisiones se requiere información de calidad (CEPAL, 2007; Jiménez, 2007; Guendel, 2007; Roth, 2007; Testa, 1992; Vargas M. , 1990) y que permita dimensionar su magnitud y análisis desde la economía de la salud.

---

<sup>17</sup> Método lanzado en 2001, por medio del cual se estratifica a las mujeres según sus características obstétricas (OMS, 2015)

### **1.23 Asociación estadística de los determinantes sociales de la salud con la violencia obstétrica**

En este apartado se presentan los resultados de las regresiones logísticas realizadas respecto al tipo de parto y lactancia inmediata comparando las características de Costa Rica respecto a Cuba, El Salvador, República Dominicana, Belice, México y Paraguay, en atención a los objetivos específicos 1, 2 y 4. Estas se definieron como variables de interés pues teóricamente aproximan a la violencia obstétrica, dado que simbólicamente relaciona el binomio madre-persona recién nacida.

#### **a. Parto por cesárea**

Como se ha mencionado, el análisis de este tipo de parto es con fines contextuales, de modo que permita comprender su relación con los sistemas de salud de cada país (tabla 2.1 y cuadro 4.5).

El cuadro 4.16 presenta las asociaciones, que son estadísticamente significativas, entre el tipo de parto y los determinantes sociales de la salud para los países analizados de forma conjunta. En el caso de los diferentes países, la edad, el nivel de instrucción, el personal que acompañó el parto y los quintiles de riqueza, resultaron estar significativamente asociadas con el parto por cesárea.

De conformidad con el modelo de regresión logística, en los países de la región latinoamericana que se han estado analizando, las mujeres de 15 a 19 años, tienen 26,2 % menos probabilidad de un parto por cesárea que las de 40 a 49 años ( $(1-OR * 100)$ ), lo cual es de 23,5 % menos para las de 20 a 29 años. Esto obedece a una correcta práctica médica, donde a mayor edad de las mujeres, y con el fin de minimizar los riesgos en la labor de parto, es más probable una cesárea que en mujeres más jóvenes (World Health Organization, 2018).

Cuadro 4.16. Países de la región: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2011-2018)<sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,738	0,009	(0,588 - 0,928)
De 20 a 29 años	0,765	0,013	(0,619 - 0,946)
De 30 a 39 años	0,943	0,595	(0,759 - 1,171)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		< 0,001	
Primaria incompleta o menos	0,385	< 0,001	(0,334 - 0,443)
Primaria completa	0,429	< 0,001	(0,370 - 0,496)
Secundaria completa o incompleta	0,436	< 0,001	(0,391 - 0,485)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Solo personal médico	0,150	< 0,001	(0,094 - 0,237)
Personal médico y de enfermería	0,100	< 0,001	(0,066 - 0,151)
Personal médico y otras personas	0,100	< 0,001	(0,066 - 0,150)
Solo personal de enfermería	0,129	< 0,001	(0,073 - 0,229)
Personal de enfermería y otras personas	0,022	< 0,001	(0,014 - 0,034)
De los tres tipos de personal	0,030	< 0,001	(0,009 - 0,095)
Solo otras personas (no calificadas) <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,454	< 0,001	(0,394 - 0,524)
Quintil II	0,587	< 0,001	(0,512 - 0,674)
Quintil III	0,659	< 0,001	(0,575 - 0,755)
Quintil IV	0,830	0,008	(0,722 - 0,953)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 15794,507

R cuadrado de Cox y Snell: 0,102

R cuadrado de Nagelkerke: 0,136

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia

**Fuente:** elaboración propia a partir de las bases datos de los países.

Por su parte, las mujeres con niveles de instrucción más bajos tienen menos probabilidad de un parto por cesárea respecto a las de mayor nivel. Por ejemplo, una mujer con primaria incompleta o menos tiene 61,5 % menos probabilidad de un parto por cesárea que una mujer con estudios superiores, lo que es 57,1 % menos para una con primaria completa y 56,4 % en relación con una que tiene secundaria incompleta o completa. En estos casos con un 95 % de nivel de confianza.

Ahora bien, respecto a los países seleccionados (cuadro 4.16), las mujeres del primer quintil (de menor riqueza) tienen 54,6 % menos probabilidad de un parto

por cesárea que las del quinto quintil (de mayor riqueza), lo cual es el 41,3 % para las del segundo, el 34,1 % y 17,0 % del cuarto. Como se aprecia, a mayor el quintil de riqueza mayor es la probabilidad de un parto por cesárea. Es decir, en términos epidemiológicos, las mujeres de mayor nivel de riqueza tienden a tener mayor incidencia de partos por cesárea.

En el caso costarricense, en 2011 (cuadro 4.17), se encontró una asociación estadísticamente significativa entre parto por cesárea y edad, nivel de instrucción, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza, lo cual cambió para 2018, aspecto analizado más adelante.

En Costa Rica, para el año 2011, las mujeres de 20 a 29 años, contaban con 72,0 % menor probabilidad de un parto por cesárea que una mujer de las de 40 a 49 años. Las mujeres con primaria completa tenían 53,0 % menos probabilidad de un parto por cesárea respecto a las que contaban con estudios superiores, lo que fue 55,1 % menos probabilidad para quienes habían alcanzado o completado la secundaria (cuadro 4.17).

Del mismo modo que lo mostrado en el cuadro 4.16, se observa que a mayor el quintil de riqueza mayor es la probabilidad de tener un parto por cesárea. Por ejemplo, en el quintil I la probabilidad era 79,8 % menor respecto a las del quintil V, lo cual fue de 72,5 % del II y el 26,1 % en el IV.

Cuadro 4.17. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2011) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,482	0,207	(0,155 - 1,497)
De 20 a 29 años	0,288	0,013	(0,107 - 0,771)
De 30 a 39 años	0,638	0,382	(0,234 - 1,745)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		0,001	
Primaria incompleta o menos	0,556	0,206	(0,224 - 1,380)
Primaria completa	0,470	0,024	(0,244 - 0,905)
Secundaria completa o incompleta	0,449	0,005	(0,256 - 0,788)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		0,039	
Solo personal médico	0,029	< 0,001	(0,005 - 0,164)
Personal médico y de enfermería	0,052	< 0,001	(0,011 - 0,250)
Personal médico y otras personas	0,045	< 0,001	(0,010 - 0,214)
Solo personal de enfermería	0,116	0,021	(0,019 - 0,725)
Personal de enfermería y otras personas	0,015	< 0,001	(0,002 - 0,096)
De los tres tipos de personal	0,042	0,121	(0,001 - 2,316)
Solo otras personas (no calificadas) <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,208	< 0,001	(0,103 - 0,420)
Quintil II	0,272	< 0,001	(0,138 - 0,536)
Quintil III	0,744	0,377	(0,386 - 1,434)
Quintil IV	0,148	< 0,001	(0,069 - 0,319)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 148,627

R cuadrado de Cox y Snell: 0,202

R cuadrado de Nagelkerke: 0,291

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En Cuba (2014), según el modelo de regresión logística, las mujeres de 20 a 29 años tenían 61,0 % menos probabilidad de tener un parto por cesárea que las de 40 a 49 años, y 53,0 % menos respecto a las de 30 a 39 años (cuadro 4.18).



Cuadro 4.18. Cuba: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,493	0,135	(0,195 - 1,245)
De 20 a 29 años	0,390	0,016	(0,181 - 0,842)
De 30 a 39 años	0,470	0,066	(0,210 - 1,051)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		0,095	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 6,569

R cuadrado de Cox y Snell: 0,010

R cuadrado de Nagelkerke: 0,014

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

En El Salvador (2014), las mujeres del quintil I tenían 43,0 % menor probabilidad de un parto por cesárea que las del quintil V, lo cual es del 30,0 % para las del III (cuadro 4.19), una tendencia que se consolida analizando los países en conjunto (cuadro 4.16).

Cuadro 4.19 El Salvador: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y quintiles de riqueza (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Quintil I	0,570	0,001	(0,415 - 0,783)
Quintil II	0,775	0,119	(0,562 - 1,068)
Quintil III	0,700	0,031	(0,507 - 0,968)
Quintil IV	0,872	0,414	(0,628 - 1,211)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,006	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 14,717

R cuadrado de Cox y Snell: 0,008

R cuadrado de Nagelkerke: 0,011

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

En República Dominicana, en 2014 una mujer de 20 a 29 años tenía 38,6 % menos posibilidad de un parto por cesárea que una mujer de 40 a 49 años (cuadro 4.20). Asimismo, conforme aumenta el nivel de instrucción de las madres aumenta la posibilidad de un parto por cesárea. Una mujer con primaria

incompleta o menos, tiene 68,9 % menos probabilidad de un parto por cesárea que una mujer con estudios universitarios, lo cual pasa a ser 52,3 % de menor probabilidad para las mujeres con secundaria incompleta o completa.

Cuadro 4.20. República Dominicana: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y grupos de edad, nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,670	0,103	(0,414 - 1,084)
De 20 a 29 años	0,614	0,039	(0,386 - 0,977)
De 30 a 39 años	0,713	0,164	(0,443 - 1,147)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		0,067	
Primaria incompleta o menos	0,311	< 0,001	(0,251 - 0,384)
Primaria completa	0,422	< 0,001	(0,326 - 0,548)
Secundaria completa o incompleta	0,477	< 0,001	(0,400 - 0,569)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,292	< 0,001	(0,226 - 0,377)
Quintil II	0,380	< 0,001	(0,296 - 0,488)
Quintil III	0,463	< 0,001	(0,361 - 0,595)
Quintil IV	0,585	< 0,001	(0,452 - 0,758)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 454,842

R cuadrado de Cox y Snell: 0,096

R cuadrado de Nagelkerke: 0,130

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

De un modo similar al nivel de instrucción de las madres en República Dominicana (2014), con al menos un parto en los últimos dos años previos a la encuesta, se comportan los quintiles de riqueza. Mientras una mujer del primer quintil tiene 70,8 % menos probabilidad de un parto por cesárea que una del quinto quintil, lo cual es el 41,5 % incluso en las del cuarto quintil, reflejando una brecha importante en quiénes pueden acceder a un parto por cesárea en un centro de salud dominicano, el cual fue clasificado como un sistema de salud muy desfavorable (cuadro 4.5).

Para el caso beliceño para el periodo de recolección de información 2015-2016 (cuadro 4.21), las mujeres del primer quintil tienen la mitad de probabilidad de un

parto por cesárea respecto a las del quinto, siendo la única brecha estadísticamente significativa para analizar los quintiles.

Cuadro 4.21. Belice: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y quintiles de riqueza (2015-2016) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Quintil I	0,517	0,009	(0,316 - 0,847)
Quintil II	0,705	0,152	(0,436 - 1,138)
Quintil III	0,902	0,691	(0,542 - 1,500)
Quintil IV	0,879	0,615	(0,533 - 1,452)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,051	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 9,651

R cuadrado de Cox y Snell: 0,013

R cuadrado de Nagelkerke: 0,018

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En México (2015), tanto las mujeres de 15 a 19 años, como las de 20 a 29 años tenían la mitad de probabilidad de un parto por cesárea respecto a las de 40 a 49 años (cuadro 4.22).

Un aspecto que devela las desigualdades en estos procesos, particularmente, en el acceso desigual a la cesárea, es el nivel de instrucción de las madres. Lo anterior porque, las mujeres con primaria incompleta o menos tienen 68,8 % menos probabilidad de ese tipo de parto que las que tienen estudios universitarios, siendo el 57,7 % para quienes tienen solo primaria completa y 70,0 % en las que tienen secundaria completa o incompleta, reflejando de forma clara la segmentación del sistema de salud mexicano (tabla 2.1 y cuadro 4.5).

El sistema de salud mexicano se encuentra ampliamente segmentado y altamente fragmentado (Pan American Health Organization, 2019; Infante, 2019; Maceira, 2012), lo cual evidencia las brechas propias del desarrollo desigual y que son obstáculos para lograr los ODS, así como los derechos reproductivos de las

mujeres (Fuentes, 2007; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976; Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970).

Cuadro 4.22. México: variables significativas en la regresión logística entre el tipo de parto y grupos de edad, nivel de instrucción, y quintiles de riqueza (2015) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,512	0,021	(0,290 - 0,905)
De 20 a 29 años	0,491	0,007	(0,293 - 0,822)
De 30 a 39 años	0,693	0,178	(0,407 - 1,181)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		0,005	
Primaria incompleta o menos	0,312	< 0,001	(0,171 - 0,567)
Primaria completa	0,423	< 0,001	(0,274 - 0,654)
Secundaria completa o incompleta	0,300	< 0,001	(0,214 - 0,419)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,433	< 0,001	(0,284 - 0,658)
Quintil II	0,544	0,002	(0,367 - 0,805)
Quintil III	0,540	0,002	(0,362 - 0,804)
Quintil IV	0,865	0,491	(0,573 - 1,306)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 150,491

R cuadrado de Cox y Snell: 0,086

R cuadrado de Nagelkerke: 0,116

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a los quintiles de riqueza, se observa que las mujeres del quintil I tienen 56,7 % menor probabilidad de tener un parto por cesárea, que las del quintil V, que se reduce a un 13,5 % para las de IV respecto a las del V (cuadro 4.22).

En Paraguay en el 2016, las parturientas de 15 a 19 años tenían 46,3 menos probabilidad de una cesárea que las de 40 a 49 años. En el caso de quienes tenían primaria incompleta o menos fue de 69,1 % menos respecto a las que tenían estudios superiores, lo cual fue de 45,3 % menos para las que tenían secundaria completa o incompleta.

Debe tenerse presente que existen estudios que enfatizan en el mayor riesgo materno y perinatal en mujeres de 35 o más años por aspectos fisiológicos que

repercuten en la morbilidad materna y fetal (Heras, Gobernado, Mora, & Almaraz, 2011; Champy, Cardemil, Betancour, Ríos, & Leighton, 2009), por lo que es más recomendable aplicar la cesárea. A pesar de ello, en sistemas de salud segmentados se evidencia que los partos por cesárea se encuentran asociados con mujeres con altos niveles de instrucción y no por la edad.

Cuadro 4.23. Paraguay: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2016)<sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
De 15 a 19 años	0,537	0,032	(0,304 - 0,949)
De 20 a 29 años	0,698	0,168	(0,418 - 1,164)
De 30 a 39 años	0,944	0,828	(0,564 - 1,580)
De 40 a 49 años <sup>3/</sup>		0,004	
Primaria incompleta o menos	0,309	< 0,001	(0,208 - 0,460)
Primaria completa	0,426	< 0,001	(0,295 - 0,617)
Secundaria completa o incompleta	0,547	< 0,001	(0,414 - 0,722)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Solo personal médico	0,921	0,936	(0,124 - 6,830)
Personal médico y de enfermería	0,431	0,394	(0,062 - 2,988)
Personal médico y otras personas	0,563	0,561	(0,082 - 3,892)
Solo personal de enfermería	0,854	0,899	(0,075 - 9,726)
Personal de enfermería y otras personas	0,036	0,001	(0,005 - 0,256)
De los tres tipos de personal	0,191	0,502	(0,002 - 23,920)
Solo otras personas (no calificadas) <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,635	0,028	(0,423 - 0,951)
Quintil II	0,649	0,028	(0,441 - 0,955)
Quintil III	0,522	0,001	(0,362 - 0,753)
Quintil IV	1,058	0,767	(0,728 - 1,537)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 635,222

R cuadrado de Cox y Snell: 0,251

R cuadrado de Nagelkerke: 0,335

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En el caso de los quintiles de riqueza, se tiene que las parturientas del quintil I tenían 36,5 % menos probabilidad de una cesárea que las del quintil (de mayor riqueza), pasando a 35,1 % para las del II y 47,8 % para las del III (la intermedia).

Para el 2018, en Costa Rica, destaca que solo existen asociaciones estadísticamente significativas entre la cesárea y los quintiles de riqueza (cuadro 4.28), en contraposición a lo hallado en 2011 (cuadro 4.17), donde se detectaron diferencias por edad, nivel de instrucción, personal que acompaña y quintiles de riqueza. Esto podría deberse al paulatino aumento de los partos por cesárea (gráfico 4.2) (CCSS, 2019).

En Costa Rica, a pesar de no ser un sistema de salud fragmentado ni segmentado, en el parto por cesárea no existen diferencias estadísticas entre los grupos de edad. Se destaca que entre 2011 y el 2018 se dio un cambio sobre la cesárea por edad, pues al ser un procedimiento que se ha generalizado, que ya no se presentan diferencias estadísticamente significativas por grupo. De este modo, se resalta la necesidad de implementar clasificación Robson en el país, recomendada por la OMS (2015), con el propósito de reducir las cesáreas innecesarias y que permita tener evidencia de su aplicación adecuada, al menos de términos de grupos de edad. Sin embargo, esto debe ser necesario su posterior estudio.

Cuadro 4.24. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el parto por cesárea y grupos de edad, nivel de instrucción, personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza (2018) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Quintil I	0,481	0,010	(0,001 - 0,139)
Quintil II	0,462	0,011	(0,000 - 0,000)
Quintil III	0,760	0,357	(0,277 - 0,837)
Quintil IV	1,054	0,861	(0,255 - 0,839)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,002	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 83,202

R cuadrado de Cox y Snell: 0,103

R cuadrado de Nagelkerke: 0,147

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

En Costa Rica 2018, las mujeres del quintil I tenían 51,9 % menos probabilidad de un parto por cesárea que las del V, lo cual es del 53,8 % para las del II, también respecto a las del V.

Hasta aquí es relevante tomar en consideración la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud (tabla 2.1 y cuadro 4.5), pues de los países analizados en esta investigación, los que presentan condiciones estructurales más desfavorables para que las mujeres den a luz, son República Dominicana, México y Paraguay (cuadros 4.20, 4.22 y 4.23, respectivamente), en los cuales destacan fuertes diferencias por nivel de instrucción de las madres y su quintil de riqueza.

Asimismo, se corrobora que en los países, excepto Cuba, los quintiles de riqueza tienen asociación estadísticamente significativa respecto a las cesáreas, lo cual evidencia las inequidades en el acceso a este tipo de procedimiento.

En este contexto, se determinó necesario estudiar cómo se asocian los determinantes sociales de la salud con el momento de amamantamiento como una forma de aproximarse a la temática de violencia obstétrica, el cual se recomienda que sea de forma inmediata (Martínez & Damian, 2014, págs. 62-63).

#### **b. Lactancia inmediata**

En el apartado anterior, cuando los valores eran significativos los OR tendían a ser menores a 1, se resaltaron las características de desprotección de madres en condiciones desfavorables respecto a las que no lo están. Seguidamente al analizar los resultados se observa que los OR tienden a ser mayores a uno, por lo que consecuentemente se tienen condiciones de protección. Entre los países analizados se aprecian diferencias notables entre los porcentajes, llamando la atención que en el caso costarricense en 2018 fue de 49,9 % (cuadro 4.25).

Al considerar las ocho encuestas, para los siete países, se obtiene que una mujer de primaria incompleta o menos tiene un 57,1 % de probabilidad de amamantar a su hija o hijo de forma inmediata, respecto a una mujer con estudios superiores. Resalta que para las madres con primaria completa la probabilidad pasa a un 70,8

% y en las que tienen secundaria completa o incompleta a un 42,5 % (cuadro 4.26).

Cuadro 4.25. Países de la región: porcentaje de amamantamiento inmediato (2014-2018)

País	Amamantamiento inmediato
<b>Total</b>	<b>57,0</b>
República Dominicana	62,9
El Salvador	62,6
Cuba	58,7
Paraguay	54,7
Costa Rica	49,9
México	49,4
Belice	32,4

**Fuente:** elaboración propia a partir de las bases datos de los países.

Del cuadro 4.26 se obtiene que a menor el nivel de riqueza de las madres mayor es la probabilidad de que amamante a la persona recién nacida de forma inmediata, para los países analizados. En otras palabras, una mujer del quintil I tiene 1,7 veces más probabilidad de amamantar a su hija o hijo de forma inmediata que una mujer del quintil V.

Cuadro 4.26. Países de la región: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y el nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2011-2018) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	1,571	< 0,001	(1,374 - 1,796)
Primaria completa	1,708	< 0,001	(1,486 - 1,963)
Secundaria completa o incompleta	1,425	< 0,001	(1,285 - 1,579)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	1,684	< 0,001	(1,468 - 1,931)
Quintil II	1,302	< 0,001	(1,139 - 1,488)
Quintil III	1,348	< 0,001	(1,180 - 1,539)
Quintil IV	1,147	0,047	(1,002 - 1,312)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 253,725

R cuadrado de Cox y Snell: 0,020

R cuadrado de Nagelkerke: 0,027

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia a partir de las bases datos de los países.



Estas afirmaciones son fundamentadas en un nivel de confianza de 95,0 % y más, es decir, que son eventos que son muy probables que se presenten y que no se deben al azar.

En Costa Rica en 2011, una mujer atendida solo por personal de enfermería, tiene 7,5 veces más de probabilidad de que diera amamantamiento temprano respecto a una mujer atendida por personal no calificado (cuadro 4.27). Es decir, a mayor nivel académico o de cualificación del personal que atiende el parto, aumenta la probabilidad de ejercer de forma inmediata el amamantamiento (Martínez & Damian, 2014), lo cual es favorable (cuadro 4.11).

Cuadro 4.27. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y personas que acompañaron el parto y quintiles de riqueza de las madres (2011) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Solo personal médico	2,551	0,180	(0,649 - 10,026)
Personal médico y de enfermería	2,184	0,220	(0,626 - 7,624)
Personal médico y otras personas	1,885	0,314	(0,549 - 6,476)
Solo personal de enfermería	0,316	0,211	(0,052 - 1,923)
Personal de enfermería y otras personas	7,481	0,007	(1,724 - 32,463)
De los tres tipos de personal	2,576	0,546	(0,120 - 55,484)
Solo otras personas (no calificadas) <sup>3/</sup>		0,003	
Quintil I	2,010	0,005	(1,231 - 3,281)
Quintil II	1,673	0,047	(1,006 - 2,783)
Quintil III	0,873	0,634	(0,500 - 1,526)
Quintil IV	1,212	0,523	(0,672 - 2,185)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,004	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 41,732

R cuadrado de Cox y Snell: 0,061

R cuadrado de Nagelkerke: 0,083

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

Las mujeres del primer quintil (de menor riqueza) que dieron a luz en Costa Rica entre 2009 y 2011, el doble de probabilidad de amamantar a la persona recién nacida de forma inmediata, lo cual es 60 % mayor para las mujeres del segundo quintil. Respecto al caso cubano, las madres con secundaria completa o

incompleta tenían en 2014, una probabilidad de 76,7 % en amamantar de forma inmediata respecto a una mujer con al menos estudios superiores (cuadro 4.28).

Cuadro 4.28. Cuba: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y los grupos de edad y nivel de instrucción de las madres (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	1,696	0,826	(0,015 - 186,495)
Primaria completa	1,003	0,997	(0,155 - 6,498)
Secundaria completa o incompleta	1,767	0,007	(1,173 - 2,664)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		0,059	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 7,452

R cuadrado de Cox y Snell: 0,012

R cuadrado de Nagelkerke: 0,016

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

En El Salvador (2014), mientras las mujeres con primaria incompleta o menos tenían 41,9 % de probabilidad de amamantar de forma inmediata a su hija o hijo, en las que tenían primaria completa fue del 77,1 %. Al desagregar esto por quintil, se obtiene que las mujeres del quintil I tienen 75,2 % de probabilidad de amamantamiento temprano respecto a las del V. Para el quintil III y el IV se encuentra cerca del 25 % de probabilidad para cada uno de ellos.

Cuadro 4.29. El Salvador: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y el nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	1,419	0,124	(0,909 - 2,218)
Primaria completa	1,771	0,023	(1,083 - 2,897)
Secundaria completa o incompleta	1,351	0,135	(0,911 - 2,004)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		0,152	
Quintil I	1,752	0,004	(1,193 - 2,572)
Quintil II	1,098	0,633	(0,748 - 1,613)
Quintil III	1,251	0,241	(0,861 - 1,817)
Quintil IV	1,244	0,251	(0,857 - 1,805)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,008	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 30,417

R cuadrado de Cox y Snell: 0,017

R cuadrado de Nagelkerke: 0,023

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En República Dominicana, en 2014, las mujeres con primaria incompleta o menos tenían 73,8 % más probabilidad de amamantar de forma inmediata respecto a las que tenían estudios superiores, lo cual es el 66,0 % para madres con primaria completa y del 32,6 % para las que tuvieran secundaria completa o incompleta. Es decir, ese país con forme aumenta el nivel de instrucción disminuye la probabilidad de amamantamiento inmediato luego de ocurrido el parto.

Para ese mismo país, cuando el parto ocurrió en otro centro de salud (no en hospital o clínica), la probabilidad del amamantamiento inmediato disminuye 65,8 % respecto a los partos ocurridos fuera de los centros de salud, lo cual evidencia la vulnerabilización en salud reproductiva.

Cuadro 4.30. República Dominicana: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción, tipos de centro de salud y quintiles de riqueza de las madres (2014) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	1,738	< 0,001	(1,416 - 2,133)
Primaria completa	1,660	< 0,001	(1,291 - 2,134)
Secundaria completa o incompleta	1,326	0,001	(1,121 - 1,567)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Hospital <sup>3/</sup>	0,686	0,359	(0,307 - 1,534)
Clínica	0,342	0,022	(0,136 - 0,859)
Otro tipo de centro de salud	0,768	0,587	(0,297 - 1,989)
Fuera de centro de salud		0,018	
Quintil I	2,670	< 0,001	(2,090 - 3,410)
Quintil II	1,821	< 0,001	(1,430 - 2,319)
Quintil III	2,153	< 0,001	(1,698 - 2,730)
Quintil IV	1,561	< 0,001	(1,219 - 1,998)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 200,947

R cuadrado de Cox y Snell: 0,044

R cuadrado de Nagelkerke: 0,060

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

Respecto a los quintiles de riqueza las madres con partos entre 2012 y 2014, las parturientas del primer quintil tenían cerca del triple de probabilidad de amamantar a sus hijas e hijos recién nacidos, respecto a las del quinto. En las del tercer quintil tienen el doble de probabilidad respecto a las del quinto (cuadro 4.30).

En Belice (2015-2016), las parturientas del quintil I tenían 77,9 % más posibilidades de amamantar a su bebé de forma temprana respecto a las del quintil V (cuadro 4.31).

Cuadro 4.31. Belice: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y quintiles de riqueza de las madres (2015-2016)<sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Quintil I	1,779	0,026	(1,070 - 2,957)
Quintil II	1,326	0,261	(0,811 - 2,170)
Quintil III	1,011	0,968	(0,601 - 1,698)
Quintil IV	1,345	0,266	(0,798 - 2,266)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,129	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 7,237

R cuadrado de Cox y Snell: 0,010

R cuadrado de Nagelkerke: 0,014

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro, personal que acompañó el parto y quintiles de riqueza.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En México (2015), las mujeres que dieron a luz entre 2013 y 2015, con primaria completa tenían 67,6 % de probabilidad de amamantar a sus hijas e hijos de forma inmediata respecto a las que tenían estudios superiores. Por su parte, las mujeres del tercer quintil (intermedio), contaron con una probabilidad del 79,0 % de amamantamiento inmediato, respecto a las del quinto (cuadro 4.32).

En Paraguay (2016), las mujeres con primaria incompleta o menos tenían 159,8 % mayor probabilidad de amamantar a sus hijas o hijos recién nacidos respecto a las que tienen estudios superiores, lo cual es el 97,4 % para las que tienen secundaria completa o incompleta, y del 60,2 % para las madres con solo primaria completa (cuadro 4.33).

Cuadro 4.32. México: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza de las madres (2015) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	1,394	0,225	(0,815 - 2,385)
Primaria completa	1,676	0,014	(1,112 - 2,524)
Secundaria completa o incompleta	1,246	0,164	(0,914 - 1,700)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		0,095	
Quintil I	1,458	0,060	(0,985 - 2,159)
Quintil II	1,186	0,370	(0,817 - 1,722)
Quintil III	1,790	0,003	(1,226 - 2,613)
Quintil IV	0,747	0,146	(0,504 - 1,107)
Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 47,754

R cuadrado de Cox y Snell: 0,027

R cuadrado de Nagelkerke: 0,036

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 4.33. Paraguay: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2016) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	2,598	< 0,001	(1,864 - 3,622)
Primaria completa	1,602	0,004	(1,163 - 2,206)
Secundaria completa o incompleta	1,974	< 0,001	(1,556 - 2,505)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		< 0,001	
Quintil I	0,748	0,092	(0,534 - 1,049)
Quintil II	0,711	0,039	(0,514 - 0,983)
Quintil III	0,605	0,002	(0,441 - 0,830)
Quintil IV	0,765	0,090	(0,561 - 1,043)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,038	

Notas: 1/ Chi cuadrado: 53,339

R cuadrado de Cox y Snell: 0,023

R cuadrado de Nagelkerke: 0,031

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los quintiles de riqueza, es interesante observar que las relaciones se invierten, pues mayor riqueza, mayor la probabilidad del amamantamiento temprano. Por ejemplo, las mujeres del quintil II tenían 28,9 % menos

probabilidad de amamantamiento temprano respecto a las del V y en las III esto es 39,5 %.

Finalmente, en el caso de las parturientas en Costa Rica entre 2016 y 2018 se tiene que las mujeres con primaria incompleta o menos tenían 2,3 veces de probabilidad de dar amamantamiento inmediato respecto a las que tuvieran estudios superiores (cuadro 4.34).

Al analizar los quintiles de riqueza es destacable el hecho, que el tercer quintil (intermedio), tiene prácticamente tres veces más posibilidad de amamantamiento temprano respecto a las del quinto (197,6 %). Esto es 2,2 veces para las del primer quintil y del II. Mientras que en el cuarto la probabilidad es del 89,0 %.

Cuadro 4.34. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre el amamantamiento inmediato y nivel de instrucción y quintiles de riqueza (2018) <sup>1 y 2/</sup>

Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Primaria incompleta o menos	2,333	0,025	(1,110 - 4,902)
Primaria completa	0,956	0,863	(0,570 - 1,602)
Secundaria completa o incompleta	0,868	0,473	(0,590 - 1,277)
Con estudios superiores <sup>3/</sup>		0,037	
Quintil I	2,207	0,004	(1,282 - 3,798)
Quintil II	2,184	0,005	(1,262 - 3,780)
Quintil III	2,976	< 0,001	(1,706 - 5,192)
Quintil IV	1,890	0,023	(1,092 - 3,271)
Quintil V <sup>3/</sup>		0,005	

**Notas:** 1/ Chi cuadrado: 83,202

R cuadrado de Cox y Snell: 0,103

R cuadrado de Nagelkerke: 0,147

2/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

3/ De referencia.

**Fuente:** elaboración propia.

Al comparar a Costa Rica entre el 2011 y el 2018 se observa que las mujeres del segundo quintil aumentaron la probabilidad de amamantar de forma inmediata a su hija o hijo (cuadros 4.27 y 4.34).

Existe asociación entre el tiempo de amamantamiento con el nivel de instrucción de la madre y quintiles de riqueza. Lo anterior sucede también en Belice, República Dominicana, El Salvador y Paraguay.

En Costa Rica, para el 2011, se evidenció que las mujeres de mayor nivel socioeconómico, tienden a no cumplir con el derecho a la lactancia (UNICEF, Ministerio de Salud, CCSS e INEC, 2011, pág. 8). Lo anterior por medio de un módulo en la Encuesta Nacional de Hogares del INEC, en 2010.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Solar & Irwin, 2007), el desarrollo desigual entre los países y a lo interno de estos, con las consecuentes brechas sociales, inequidades en el acceso y en la prestación de servicios, se reflejan en la atención del parto y, por lo tanto, en el derecho reproductivo que afecta tanto a la madre como a la persona recién nacida. Esto incluso incide en las mujeres que tienen condiciones económicas más favorables, denotando la multidimensionalidad de la violencia contra las mujeres (Castro A. , 2019; Paterna & Martínez, 2005; Lagarde, 1990).

Ese último apartado ha abordado aspectos que aproximan a la calidad de atención, pues el amamantamiento temprano es una práctica recomendada (UNICEF, Ministerio de Salud, CCSS e INEC, 2011) y que no siempre se cumple, por lo que puede ser catalogada como una variable que forma parte de la violencia obstétrica, pero de una forma muy parcial o de la cual no se puede concluir si existió o no este tipo de violencia, pues es solo una manifestación de muchas otras.

Como se ha mencionado anteriormente, solamente Costa Rica, por medio de la EMNA tiene preguntas que abordan directamente la temática de violencia obstétrica, por lo que no es posible comparar con otros países. Sin embargo, con lo desarrollado hasta este apartado se tiene un panorama claro de cómo se asocian algunos determinantes sociales con otros aspectos propios del parto. De este



modo, seguidamente se analizan los resultados para Costa Rica sobre la violencia obstétrica.

### **c. Parto por cesárea, lactancia inmediata y sistemas de salud**

Previo a profundizar en la violencia obstétrica, es conveniente y relevante analizar cómo se comportan los indicadores de parto por cesárea y de lactancia inmediata según los sistemas de salud de cada país.

Para ello se aplicó el modelo estadístico MMLG, con el propósito de visualizar como la estructura de los sistemas de salud de los países pueden estar relacionados con dos variables dependientes (parto por cesárea y lactancia inmediata) (Andréu, 2011; Pardo, Ruiz, & San Martín, 2007).

En el modelo se definieron como variables independientes la segmentación, la fragmentación, el gasto de bolsillo y el contexto para tener un parto (tabla 2.1 y cuadro 4.5).

No obstante, si bien algunas categorías de la fragmentación y del gasto de bolsillo presentaron asociaciones significativas dentro del modelo para cada variable dependiente, el porcentaje correcto global varía entre el 57 % y menos de 60 %, es decir, el modelo no tiene un buen ajuste. Al excluir otras variables sin categorías con significancia menor al 5 % o próximo, el porcentaje correcto global no alcanzó tampoco el 60 % y solo el gasto de bolsillo de los países presentó algunas categorías asociaciones significativas.

Cuadro 4.35. Países analizados: modelo MMLG

Variable y categorías		Parto por cesárea <sup>1/</sup>		Amamantamiento no inmediato <sup>2/</sup>	
		Coefficiente	Significancia	Coefficiente	Significancia
Segmentación	Inexistente	0,433	0,856	0,775	0,744
	Amplia <sup>3/</sup>	-	-	-	-
Fragmentación	Inexistente	0,134	0,212	-0,219	0,242
	Media	0,891	< 0,001	-0,613	0,001
	Amplia <sup>3/</sup>	-	-	-	-
Gasto de bolsillo	Inexistente	-0,609	< 0,001	-0,462	< 0,001
	Bajo	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Medio	-0,548	< 0,001	0,801	< 0,001
	Alto <sup>3/</sup>	-	-	-	-
Contexto	Muy favorable	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Favorable	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Desfavorable	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Muy desfavorable <sup>3/</sup>	-	-	-	-
País	Cuba	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	El Salvador	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	República Dominicana	-0,915	< 0,001	0,685	< 0,001
	Belice	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	México	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Paraguay	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
	Costa Rica <sup>3/</sup>	-	-	-	-

1/ De referencia el parto por cesárea, con porcentaje correcto global de 59,8 %

2/ De referencia el amamantamiento que no fue inmediato, con porcentaje correcto global de 59,5 %

3/ De referencia

0<sup>a</sup> Valor redondeado a cero porque es redundante

**Fuente:** elaboración propia.

A partir de este hallazgo, se plantea que los partos por cesárea y el amamantamiento inmediato no están asociados de forma estadísticamente significativa con el sistema de salud de cada país (Pan American Health Organization, 2019; Infante, 2019), si no que podrían vincularse con prácticas médicas generalizadas y que se relacionan con el poder obstétrico (Arguedas G. , 2016).

#### d. Violencia obstétrica en Costa Rica 2018 y su asociación con los determinantes sociales de la salud

Debe tenerse claro que en la EMNA se recopila información para el parto vaginal y preguntas comunes para el parto vaginal o por cesárea, la cual es representativa por provincia del país (2018):

Tabla 4.1. EMNA: variables sobre violencia obstétrica (2018).

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

Fuente: (INEC, 2018), a partir de (CCSS, 2017).

Según la tabla anterior, se identificaron las mujeres que dieron a luz entre 2016 y 2018 que experimentaron al menos un tipo de violencia obstétrica. Además de analizar el tipo de parto, se generó una variable que integrara ambos casos para detectar y describir las características de quienes vivenciaron cualquier tipo de violencia, especialmente en el caso del parto vaginal.

De los determinantes sociales analizados es estadísticamente significativa la asociación, en el parto vaginal, por cesárea y para ambos casos, con los quintiles de riqueza (cuadro 4.36). Es decir, predomina la “no asociación” estadística entre los otros determinantes y la violencia obstétrica, por lo que se evidencia que esta no distingue condiciones por edad de las madres, zona de residencia, por nivel de instrucción, migración reciente, tenencia de seguro social, tipo de centro y personal que le atiende.

En Costa Rica (2018), de las mujeres que experimentaron violencia obstétrica en el parto vaginal, las del quintil I presentaron 58,9 % menor probabilidad de esto que las del quintil V, lo cual es similar en el caso de las que pertenecen al II, (57,9 %). Es decir, las mujeres de menores niveles de riqueza (quintiles I y II) tienen la mitad de probabilidad de experimentar este tipo de violencia respecto a las mujeres del V. Más adelante se hipotetiza del por qué puede suceder esto, pues más que un tema de menor incidencia puede ser de menor declaración.

Cuadro 4.36. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre violencia obstétrica, según tipo de violencia y quintiles de riqueza de las madres (2018) <sup>1/</sup>

Tipo de parto	Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Vaginal <sup>2/</sup>	Quintil I	0,411	0,009	(1,314 - 6,590)
	Quintil II	0,421	0,001	(1,876 - 9,770)
	Quintil III	0,454	0,397	(0,603 - 3,576)
	Quintil IV	0,476	0,438	(0,569 - 3,680)
	Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	
Vaginal o cesárea <sup>4/</sup>	Quintil I	0,393	< 0,001	(1,981 - 9,262)
	Quintil II	0,401	< 0,001	(2,705 - 13,017)
	Quintil III	0,435	0,104	(0,864 - 4,750)
	Quintil IV	0,455	0,297	(0,659 - 3,920)
	Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	
Tanto vaginal como por cesárea <sup>5/</sup>	Quintil I	0,246	< 0,001	(1,792 - 4,704)
	Quintil II	0,263	< 0,001	(1,828 - 5,132)
	Quintil III	0,266	0,052	(0,995 - 2,822)
	Quintil IV	0,272	0,113	(0,903 - 2,624)
	Quintil V <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas:** 1/ Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tenencia de seguro social, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

2/ Chi cuadrado: 26,216

R cuadrado de Cox y Snell: 0,047

R cuadrado de Nagelkerke: 0,067

3/ De referencia.

4/ Chi cuadrado: 43,008

R cuadrado de Cox y Snell: 0,054

R cuadrado de Nagelkerke: 0,084

5/ Chi cuadrado: 29,455

R cuadrado de Cox y Snell: 0,038

R cuadrado de Nagelkerke: 0,050

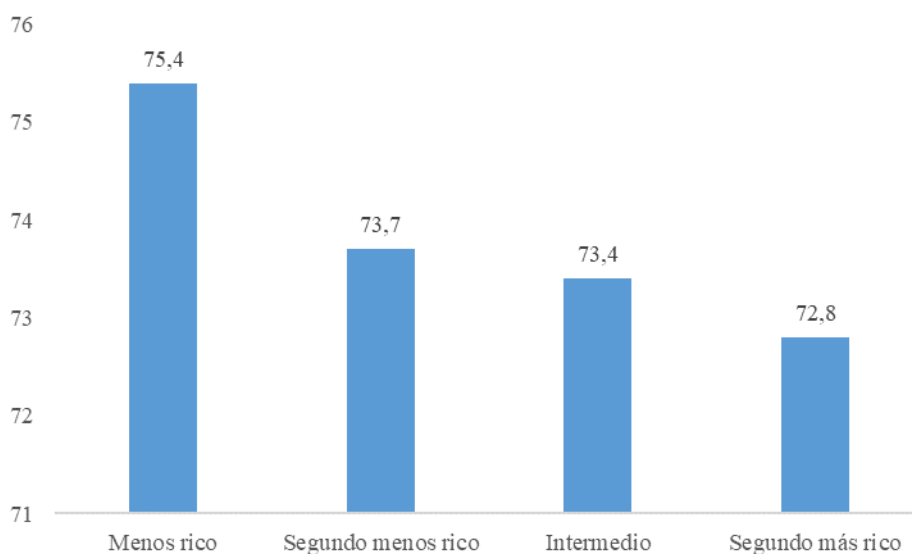
**Fuente:** elaboración propia.

En los casos en que se identifica este tipo de violencia en cualquier tipo de parto, la tendencia es similar. Para las mujeres del primer quintil la probabilidad de

experimentar ese tipo de violencia fue 60,7 % menor respecto a las del quinto quintil (59,9 %).

Al analizar de forma conjunta la violencia obstétrica tanto en parto vaginal como cesárea, las del primer quintil tenían 75,4 % menos probabilidad de experimentar este tipo de violencia respecto a las del quinto quintil, lo cual fue el 73,7 % para las madres del segundo, lo cual se aprecia en el gráfico 4.3.

Gráfico 4.3. Costa Rica: porcentaje de menor probabilidad de que las mujeres<sup>1/</sup> indiquen que se vivenció al menos un hecho de violencia obstétrica, según quintil<sup>2/</sup> (2018)



Notas: 1/ Mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2016 y 2018.

2/ El quintil más rico (quinto) es el de referencia.

Fuente: elaboración propia a partir de EMNA 2018.

Se puede hipotetizar que a mayor nivel socioeconómico existe menor normalización de la violencia, o lo que Elster (1988) denominó “preferencias adaptativas”<sup>18</sup>, donde las personas ante una situación desfavorable lo visualizan de una forma más optimista o hasta satisfactoria, en una disonancia cognitiva. Esta consiste en la no existencia en la coherencia o consistencia interna de sus opiniones y actitudes (Pereira, 2008, págs. 356-357).

<sup>18</sup> Concepto retomado luego por Amartya Sen (2010; 1995).

Esta hipótesis, se sustenta en lo siguiente:

- Los análisis previos destacan que a mayor nivel socioeconómico ciertas condiciones de desprotección de violencia obstétrica disminuyen.
- La calidad de la atención del parto se visualiza como adecuada por los tratamientos efectivos y la supervivencia y no en los hechos propiamente violentos (Castro & Savage, 2019, pág. 131).
- Existe menor normalización o naturalización de la violencia o, expresado de otro modo, hay mayor conciencia de género. Por ejemplo, según la “Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones” de Uruguay, las mujeres de mayor nivel socioeconómico presentan mayores niveles de denuncia o de manifestar haber vivenciado diferentes tipos de violencia basado en género (INE Uruguay, 2013). Tendencias similares se hallaron en la Encuesta Nacional de Violencia Contra la Mujer de El Salvador en 2017 (DIGESTYC, 2017).
- No solo “determinantes en el modo en que se ejerce el poder obstétrico sobre las mujeres y en el tipo de consecuencias que produce” (Arguedas G., 2016, pág. 71), sino que también como ese poder no se estaría visibilizando, cuestionando ni reclamando, por parte de mujeres en condiciones socioeconómicas más adversas.

“La violencia contra la mujer no es un fenómeno aislado sino producto de una violencia estructural, que impregna todo el tejido social (donde existe un continuum de la violencia y discriminación por la corporalidad de las mujeres” (Arroyo, 2019, págs. 1, 15). Esta se encuentra inmersa en las jerarquías sociales de valores, las cuales se establecen a lo interno de cada subjetividad y se asigna un valor social negativo o insignificante desde la misma (Honnnet, 1997, pág. 164), donde el nivel bajo de riqueza menoscaba dicho valor o incluso el poder verbalizar los hechos acontecidos, se invisibiliza en el mundo de la vida cotidiana (Berger & Luckmann, 2003).

De este modo se naturaliza no solo los roles de género socialmente asignados (Paterna & Martínez, 2005; Lagarde, 1990), sino que también la violencia según la posición socioeconómica.

Con el propósito de detectar evidencias adicionales y fortalecer la hipótesis, en la EMNA 2018 se analizó un módulo sobre las actitudes frente a la violencia doméstica de las mujeres en edad reproductiva. Si se analiza la actitud ante un caso hipotético que “justifica” violencia doméstica, por parte las mujeres con algún parto en los últimos dos años. A pesar de que la violencia doméstica es de otro tipo que la obstétrica, ambas son violencia basada en género.

La EMNA indagó en diferentes circunstancias vinculadas con los roles tradicionales de género, y se justifica que el esposo o pareja le pegue si ella sale sin avisarle, si descuida a los niños, si discute con él, si ella se niega a tener relaciones sexuales con él, si ella le quema la comida, si no tiene lista la comida o si no tiene la casa limpia.

Al respecto, se tiene que el 5,1% de las mujeres de interés de este estudio, tienen al menos una actitud positiva o próxima a estarlo (cuando se responde “no sabe”), donde el caso del quintil de menor riqueza es del 8,5% y el 4,9% del segundo quintil, lo que es de 2,0% en las mujeres del quintil de mayor riqueza. Es decir, 4,3 veces mayor la actitud en el primer quintil respecto al quinto. En este caso se puede profundizar en el análisis, pero quisiera conocer su criterio al respecto.

Entonces, las mujeres de los quintiles con mayores actitudes ante la violencia doméstica son la que tienden reportan menos casos de violencia obstétrica, lo cual es objeto de estudio, incluso desde el paradigma cualitativo.

### **e. Violencia obstétrica, luego del parto y antes de egresar del centro de salud en Costa Rica**

Anteriormente se ha destacado lo importante del contacto piel a piel, así como que el primer baño no se recomienda dentro de las primeras 24 horas, por el fuerte cambio en la temperatura de la persona recién nacida (Martínez & Damian, 2014; Espinoza & Solano, 2012; OMS, 2010), así como lo relevante que son estos actos referidos al vínculo psicológico entre esta y la madre (Vizental, 2013; Bordignon, 2005, pág. 53; Dolto, 1996, pág. 148; Chodorow, 1978).

En este contexto, se debe destacar que hasta la ronda 6 de MICS se involucró el contacto piel a piel, así como el tiempo transcurrido entre el parto y el primer baño, razón por la que se analiza solamente para Costa Rica en 2018 (cuadro 4.37).

Del cuadro 4.37, se desprende que casualmente para ambos casos se asocian solo con la provincia de residencia, es decir, hasta aquí no se relacionan con los quintiles de riqueza. Esto es interesante al ser un sistema de salud sin fragmentación ni segmentación, al tener un solo prestador de servicios públicos (tabla 2.1 y cuadro 4.5).

Es de interés destacar las asociaciones estadísticamente significativas de las mujeres por provincia en el periodo 2016 y 2018:

- En Alajuela:
  - Tienen 77,5 % más probabilidad del contacto piel a piel respecto a las madres de Limón
  - Sin embargo, tienen 46,5 % menos probabilidad que las personas neonatas sean bañadas después de las 24 horas de nacidas
- En Heredia:
  - Tiene el doble de probabilidad de que no sean bañadas antes de las primeras 24 horas respecto a lo sucedido en Limón



- En Guanacaste:
  - Tienen 24,7 % más probabilidad del contacto piel a piel respecto a las madres de Limón (más del doble)
- En Puntarenas:
  - Tienen 70,4 % menos probabilidad que las personas neonatas no sean bañadas antes de 24 horas

Cuadro 4.37. Costa Rica: variables significativas en el contacto piel a piel y el primer baño según provincial de residencia (2018) <sup>1/</sup>

Acto	Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
<b>Piel a piel</b> <sup>2/</sup>	San José	1,685	0,056	(0,986 - 2,881)
	Alajuela	1,775	0,040	(1,027 - 3,068)
	Cartago	1,446	0,264	(0,757 - 2,760)
	Heredia	0,875	0,688	(0,457 - 1,677)
	Guanacaste	2,247	0,014	(1,175 - 4,294)
	Puntarenas	1,156	0,656	(0,611 - 2,188)
	Limón <sup>3/</sup>		0,027	
<b>Primer baño</b> <sup>4/</sup>	San José	0,729	0,247	(0,427 - 1,246)
	Alajuela	0,535	0,024	(0,310 - 0,921)
	Cartago	0,781	0,455	(0,409 - 1,493)
	Heredia	3,008	0,005	(1,407 - 6,432)
	Guanacaste	0,627	0,159	(0,328 - 1,200)
	Puntarenas	0,296	< 0,001	(0,158 - 0,556)
	Limón <sup>3/</sup>		< 0,001	

**Notas: 1/** Las variables incluidas en el modelo fueron: zona (urbana-rural), grupos de edad, nivel de instrucción, tenencia de seguro social, tipo de centro y personal que acompañó el parto.

**2/** Chi cuadrado: 14,720

R cuadrado de Cox y Snell: 0,019

R cuadrado de Nagelkerke: 0,026

**3/** De referencia.

**4/** Chi cuadrado: 51,476

R cuadrado de Cox y Snell: 0,065

R cuadrado de Nagelkerke: 0,087

**Fuente:** elaboración propia.

A pesar de que Costa Rica no cuenta con un sistema de salud segmentado ni fragmentado, con bajo gasto de bolsillo y, por lo tanto, un contexto favorable para ejercer el maternaje (cuadro 4.5), se evidencian diferencias en la atención según lugar de residencia de las mujeres que tuvieron hijas o hijos en los últimos dos años previos a la encuesta. Debe recordarse que el lugar de residencia es un determinante social de la salud.

Este hallazgo es relevante pues se visualizan brechas geográficas en un país, espacialmente tan pequeño como Costa Rica y con su robusto sistema de salud (Fuentes, 2007; Solar & Irwin, 2007; Sunkel & Paz, 1999; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976; Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970), lo cual para los que son más extensos, segmentados y fragmentados esas brechas podrían ser mayores, de contar con las preguntas utilizadas en la EMNA 2018.

Ahora bien, la atención al parto puede ser comprendida hasta que las personas (madre, hija o hijo) egresan del centro de salud o días inmediatamente posteriores, por lo que fue de interés conocer qué sucede con estas personas, cuando la madre ya había experimentado violencia obstétrica. Es decir, se asoció estadísticamente la violencia obstétrica con variables relacionadas con la atención y que vulneran aún más sus condiciones, en una revictimización o una réplica de la violencia.

Las variables que se consideraron para el análisis fueron:

- Tiempo de baño posterior a 24 horas
- Amamantamiento inmediato
- Atención inmediatamente posterior, en la que se integra si no se realizó alguna de estas opciones:
  - Contacto piel a piel
  - Baño luego de 24 horas
  - Amamantamiento inmediato
- Revisión médica de la bebé o el bebé antes de egresar del centro de salud
- Revisión médica de la mamá antes de egresar del centro de salud
- No asesoramiento sobre lactancia<sup>19</sup>

En el cuadro 4.38 se destaca que las mujeres que experimentaron al menos un tipo de violencia en el parto vaginal tienen, respecto a las que no fueron violentadas:

---

<sup>19</sup> En este caso “es de interés conocer si el proveedor de atención médica observó, supervisó o asesoró la lactancia de la informante durante los dos primeros días después del nacimiento, ya sea en la vivienda o en una instalación, con la finalidad de orientar el proceso” (INEC, 2018, pág. 92).

- 42,0 % menos probabilidad de no amamantar de forma inmediata a su hija o hijo.
- 52,2 % menos probabilidad de que no se revise la salud de la mamá antes de egresar del centro médico.
- 37,5 % menos probabilidad de que no se le asesore sobre la lactancia.

Cuadro 4.38. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre atención inmediata del parto, según tipo de violencia (2018)

Tipo de parto	Variable	OR	Significancia	Intervalo de confianza (95 %)
Vaginal <sup>1/</sup>	Amamantamiento no inmediato	0,580	0,007	(0,391 - 0,861)
	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,478	0,023	(0,253 - 0,905)
	No se asesoró sobre lactancia	0,625	0,039	(0,400 - 0,976)
Vaginal o cesárea <sup>2/</sup>	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,241	< 0,001	(0,121 - 0,479)
	No se asesoró sobre lactancia	0,610	0,011	(0,417 - 0,893)
Tanto vaginal o por cesárea <sup>3/</sup>	No se revisó salud de mamá antes de salir del centro	0,211	< 0,001	(0,097 - 0,461)
	No se asesoró sobre lactancia	0,626	0,019	(0,422 - 0,927)

**Notas: 1/** Chi cuadrado: 19,376

R cuadrado de Cox y Snell: 0,038

R cuadrado de Nagelkerke: 0,053

**2/** Chi cuadrado: 28,388

R cuadrado de Cox y Snell: 0,040

R cuadrado de Nagelkerke: 0,053

**3/** Chi cuadrado: 27,503

R cuadrado de Cox y Snell: 0,038

R cuadrado de Nagelkerke: 0,052

**Fuente:** elaboración propia.

Del mismo modo como se ha analizado hasta este momento, los resultados anteriores son estadísticamente significativos, con un 95 % de nivel de confianza. Asimismo, para las mujeres que vivenciaron violencia en partos vaginales o por cesárea tienen, respecto a las que no:

- 75,9 % menos probabilidad de que se revise su salud antes de salir del centro médico.
- 39,0 % menos probabilidad de que no se le asesore sobre la lactancia.

- Aquí se evidencian, que las probabilidades negativas aumentaron, especialmente lo referente sobre la salud de la mujer, respecto a las que se les consultó lo referente y exclusivo sobre violencia en el parto vaginal.

Respecto a la generalidad, considerando tanto la violencia tanto en parto vaginal y por cesárea, se obtiene asociación significativa respecto a las que del todo no lo experimentaron:

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

Es de interés destacar que el no revisar la salud de la madre antes de egresar del centro de salud, no solo un acto de indiferencia que le vulnera. Según la OMS una de las causas de la mortalidad materna es, por ejemplo, las hemorragias, infecciones o la preeclampsia (World Health Organization, 2019). Desde una perspectiva preventiva el revisar la salud de las mujeres, que fueron víctimas de violencia obstétrica, especialmente cuando en Costa Rica entre 2007 y 2017 las causas directamente asociadas con el parto y su manejo superan el 50 % de los casos (INEC, 2018).

Sobre lo analizado hasta este momento en este apartado, se destaca que:

- Solo en el parto vaginal existe asociación estadística sobre la probabilidad del amamantamiento inmediato.
- Una vez ocurrido el parto, se evidencia estadísticamente, que la salud de la madre pasa a un segundo plano, pues no hay asociación entre la violencia obstétrica y no revisar la salud de la persona recién nacida, pero sí el de la mamá. Aquí yace un hallazgo estadístico muy simbólico, pues en lo prenatal y al iniciar la labor de parto, irremediamente el feto y la mujer están unidos, pero la información demuestra que, una vez ocurrido el

parto, las madres víctimas de violencia obstétrica, pasan a un plano menor respecto a la persona recién nacida.

Lo anterior se sustenta en el simbolismo y actitudes (Berger & Luckmann, 2003; Ritzer, 1993), que confiere el poder/saber obstétrico (Arguedas G. , 2016), un actuar que reafirma una actitud (in)consciente discriminatoria e institucionalizada.

Debe tenerse presente que la OMS recomienda que después “de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento” (2018, pág. 8).

- En el binomio “madre/persona neonata”, el asesoramiento sobre la lactancia es fundamental, por el vínculo psicológico y garantizar el bienestar de ambas personas. El no orientarle sobre el tema les vulnerabiliza, pues el amamantar se aprende, no es instintivo. El no aprenderlo puede afectar o desestimular su práctica. Una orientación adecuada beneficia al binomio citado, pues propician tasas más altas de esta práctica (Victoria, Bahl, Barros, & et al, 2016).

Estadísticamente se demuestra lo que es simbólico, pues ocurrido el parto vaginal o por cesárea se relega a la mujer a un distante plano inferior (Arguedas G. , 2016; Berger & Luckmann, 2003), en una afrenta a sus derechos reproductivos (OPS, 2013; Sadana, 2002; ONU, 1994). Por lo que cabe cuestionarse para una investigación cuantitativa, cualitativa o mixta, en este contexto costarricense, hasta qué punto la vida de las mujeres luego del parto realmente importa en contraposición a la persona neonata.

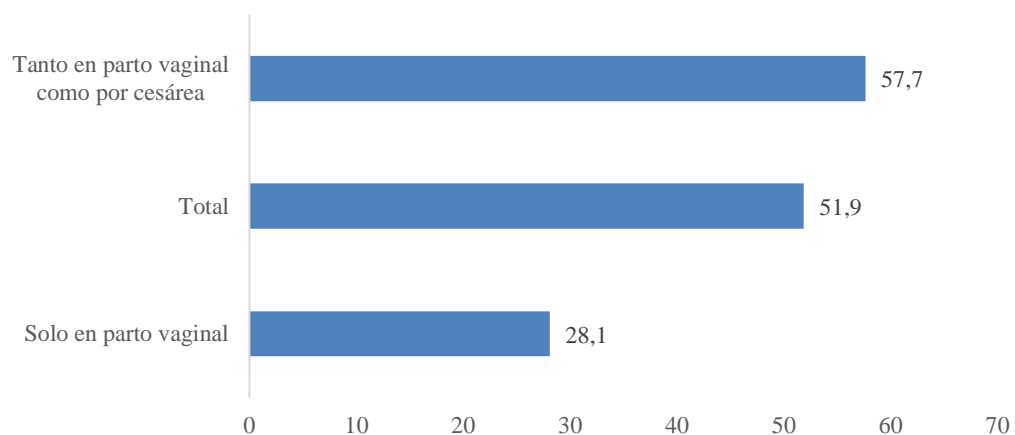
## **1.24 Descripción de la violencia obstétrica a la luz de los determinantes sociales de la salud**

En este apartado se realiza un contraste de los resultados de la violencia obstétrica con relación a diferentes determinantes sociales de la salud (objetivos específicos 2 y 4). Hasta aquí ya se tiene un panorama de qué aspectos se asocian con la violencia obstétrica, y en este apartado se patentiza por qué en la mayoría de los determinantes no existe asociación.

En Costa Rica, el 57,7 % de las mujeres que dieron a luz entre 2016 y 2018 fueron víctimas de violencia obstétrica, tanto en partos vaginales como por cesárea. Si se parte que en el país hubo 207 264 nacimientos entre 2016 y 2018, el porcentaje citado recientemente es de 119 591 partos de mujeres en esos tres años (INEC, 2019), lo cual es en promedio 39 864 partos al año en los que las mujeres experimentaron al menos un tipo de violencia obstétrica. De lo que se deduce que no son “casos aislados”, como indicara la representante del Estado de Costa Rica, ante la CIDH (CIDH, 2015; CEJIL, 2015).

Es llamativo que en los partos vaginales o por cesárea la violencia es de 51,9 %, mientras que en lo exclusivamente vaginal solo la cuarta parte vivenció este tipo de violencia (gráfico 4.4 y cuadro 4.36). Esto obedece a que este último tiene un peso de 90,0 % de la violencia obstétrica, de ahí la necesidad de construir una variable que no distinga solo lo vaginal y el resto.

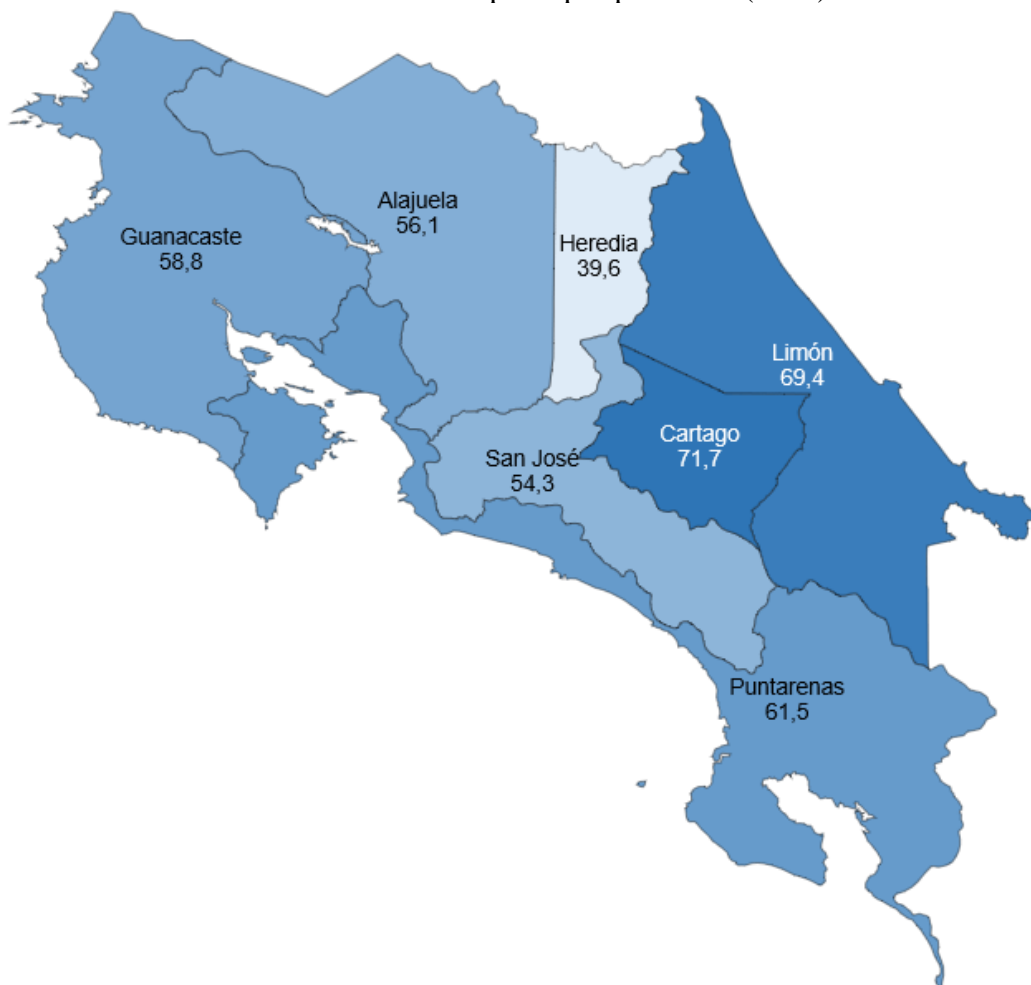
Gráfico 4.4. Costa Rica: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que vivenciaron violencia obstétrica en el parto vaginal o por cesárea (2018)



Fuente: elaboración propia a partir de EMNA 2018.

Mientras en la provincia de Heredia el 39,6 % de las mujeres que dieron a luz entre 2016 y 2018 experimentaron algún tipo de violencia obstétrica, en Cartago fue de 71,7 % (cuadro 4.39, cuadro 4.40 y mapa 4.1), es decir, 1,6 veces mayor. Se observa en el mapa 4.1 que, salvo la provincia de Cartago, las costeras o “periféricas” tienen los porcentajes más elevados. En términos de gestión, de un sistema sin fragmentación ni segmentación, es llamativa tal diferencia, pues en Cartago está 14,0 puntos porcentuales (pp) por encima del valor nacional, además de Limón donde prácticamente 69 de cada 100 mujeres en esa provincia que dieron a luz en el periodo de referencia experimentaron de ese tipo de violencia.

Mapa 4.1. Costa Rica: porcentaje de mujeres<sup>1/</sup> que vivenciaron violencia obstétrica durante el parto por provincia (2018)



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

**Fuente:** elaboración propia a partir de EMNA 2018.

Respecto a la cantidad promedio de violencias, se aprecia que en las provincias de Cartago y Guanacaste son las que tienen un promedio mayor en la cantidad de violencias (promedio de 2,3), con al menos, siendo menor en Alajuela y Puntarenas (promedio de 1,9).

Cuando se visualizan las diferentes formas en que se manifiesta este tipo de violencia del país y por provincia surgen elementos relevantes. En Costa Rica el 35,2% no se le consultó sobre aplicarle algún medicamento realizarle algún procedimiento, seguido de no darle explicaciones que fueran entendibles (18,4%).



Debe notarse que ambas formas de violencia se relacionan con la prestación de servicios de salud del personal médico, y a su vez con la gerencia y la toma de decisiones (Carnota, 2013; Hunter, 2002; Alderslade & Hunter, 1994; Vargas M. , 1990).

Cuadro 4.39. Costa Rica: variables significativas en la regresión logística entre atención inmediata del parto, según tipo de violencia (2018)

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

**Nota:** 1/ Se indagó solo en parto vaginal.

**Fuente:** elaboración propia a partir de EMNA 2018.

De las diez características de la violencia obstétrica (cuadro 4.39), la provincia de Cartago presenta los valores más altos del país en ocho. En el país por cada mil nacimientos, a 18 mujeres les agreden físicamente durante el parto, lo cual es 58 en Heredia. Es decir, tres veces mayor que el valor nacional, a pesar de que en las otras características los valores son de los más bajos del país.

Con sólida evidencia estadística se demuestra que, bajo ninguna circunstancia, la violencia obstétrica corresponde a “casos aislados” y que no todas las mujeres que experimentan este tipo de violencia “acuden a las contralorías de servicios”

(CIDH, 2015; CEJIL, 2015), lo cual es imprescindible que a la representación del Estado ante el CIDH y de la CCSS debe quedarles claro.

En este sentido, la “tutela del Estado frente a la violación de derechos que sufren las mujeres no solo debe ir más allá del simple reconocimiento de la vulneración de estos, sino también debe ir dirigida a dictar una sentencia estructural que obligue a las autoridades involucradas a tomar las decisiones necesarias a fin de erradicar este tipo de actos” (Campos, 125, pág. 59).

Para el resto de variables vinculadas con la violencia obstétrica hay diferencias en pp, sin embargo, que no fueron significativas en términos de asociación estadística. Lo anterior porque la violencia obstétrica es de altos porcentajes por grupos de edad (con diferencias entre las mujeres de 15 a 19 años y de 40 a 49 años, siendo mayor porcentaje en las de mayor edad). Es decir, la violencia obstétrica se presenta de forma indistinta según los determinantes sociales de la salud, pero que presenta diferencias estadísticamente significativas en los niveles de riqueza (World Health Organization, 2018; Solar & Irwin, 2007; World Health Organization, 2003).

Lo anterior explica por qué no existen asociaciones significativas, salvo en casos como los quintiles de riqueza, donde se observan brechas en pp, pero no en valores promedio.

En este sentido, en términos de salud pública, en adelante debe cuestionarse, cómo la atención en salud, donde se ejerce el poder obstétrico y se vivencia la violencia obstétrica, interfiere en el maternaje de las mujeres parturientas y que afrenta sus derechos reproductivos, y que es desigual principalmente en términos de riqueza (Castro A. , 2019; Arguedas G. , 2016; Gherardi, 2016; Arguedas G. , 2013; OPS, 2013; Vizental, 2013; Fuentes, 2007; González, 2007; Sadler, Santos, Ruiz, Leiva, & et al, 2007) (Donabedian, 2005; Foucault, 2003; Crow, Gage, Hampson, & Hart, 2002; Sunkel & Paz, 1999; Dolto, 1996; ONU, 1994; Frenk, 1992; OPS,

1992; Vargas M. , 1990; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976) (Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970).

Un elemento relevante es que, por un lado, ideológicamente un rol naturalizado, y socialmente impuesto, de “toda mujer” es la maternidad, específicamente el maternaje (Paterna & Martínez, 2005; Lagarde, 1990). El maternaje es tan “naturalizado” que se visualiza como obligación, y de ese modo se puede menospreciar el dolor, la angustia, lo significativo, lo gratificante y emocional del parto. Es decir, entre los discursos profundamente contradictorios de las sociedades occidentales, un rol asignado, altamente privilegiado y celebrado, un tótem psicológico, es en su momento cumbre que pasa a ser atacado, pues es una mera obligación, es una función más, eso le corresponde o para eso es mujer, donde se deshumaniza lo naturalizado (Fuentes, 2007; Achío, Rodríguez, & Vargas, 2005; Lagarde, 1990). De ahí la atención que hay que prestarle a este tipo de violencia contra las mujeres.

Cuadro 4.40. Costa Rica: características de la violencia obstétrica según determinantes sociales de la salud (2018)

Variable		Vivió violencia obstétrica					
		Total <sup>1/</sup>	Promedio en total	Vaginal	Promedio de violencias en parto vaginal	Vaginal o por cesárea	Promedio de violencias en parto vaginal o por cesárea
<b>Total</b>		<b>57,7</b>	<b>2,1</b>	<b>28,1</b>	<b>1,3</b>	<b>51,9</b>	<b>1,8</b>
Zona	Urbana	58,3	2,2	30,4	1,3	52,9	1,8
	Rural	56,3	1,9	23,1	1,2	49,5	1,7
Provincia	San José	54,3	2,1	21,2	1,3	51,2	1,8
	Alajuela	56,1	1,9	26,3	1,2	50,6	1,6
	Cartago	71,7	2,3	36,8	1,5	63,2	2,0
	Heredia	39,6	2,0	33,4	1,3	36,6	1,3
	Guanacaste	58,8	2,3	28,3	1,4	50,8	2,0
	Puntarenas	61,5	1,9	28,5	1,2	53,3	1,7
	Limón	69,4	2,2	36,1	1,4	61,3	1,9
Edad	De 15 a 19 años	57,6	2,1	23,5	1,2	55,0	1,8
	De 20 a 29 años	59,4	2,1	28,0	1,3	54,1	1,8
	De 30 a 39 años	54,0	2,1	28,7	1,4	47,1	1,7
	De 40 a 49 años	69,7	1,5	37,5	1,0	59,0	1,3
Tiempo de haber migrado	Nunca ha migrado	55,3	2,2	26,2	1,3	48,6	1,9
	Alguna vez ha migrado	58,6	2,1	29,0	1,3	53,3	1,7

Variable		Vivió violencia obstétrica					
		Total <sup>1/</sup>	Promedio en total	Vaginal	Promedio de violencias en parto vaginal	Vaginal o por cesárea	Promedio de violencias en parto vaginal o por cesárea
Nivel de instrucción	Primaria incompleta o menos	61,2	2,2	53,6	1,3	53,8	1,6
	Primaria completa	49,3	2,1	32,0	1,3	42,9	1,6
	Secundaria incompleta o completa	64,7	2,1	29,0	1,2	57,6	1,8
	Con estudios superiores	47,5	2,1	20,1	1,6	45,0	1,7
Seguro social	Con seguro social	55,4	2,1	28,1	1,3	50,3	1,7
	Sin seguro social	62,1	2,1	28,8	1,3	55,9	1,8
Personal que le asistió durante el parto	De los tres tipos de personal	70,1	1,2	29,0	1,0	47,6	1,3
	Solo personal médico	55,2	2,1	26,0	1,3	49,5	1,8
	Personal médico y de enfermería	59,1	2,1	23,4	1,3	54,5	1,8
	Personal médico y otras personas	69,2	3,0	140,6	1,7	46,1	2,4
	Solo personal de enfermería	72,0	2,4	44,8	1,7	60,4	2,0
	Personal de enfermería y otras personas	-	-	-	-	-	-
	Solo otras personas	6,6	2,7	5,5	1,3	6,6	1,6
Tipo de centro	Hospital	58,6	2,1	28,6	1,3	52,7	1,8
	Clínica	39,2	2,2	22,1	1,5	36,5	1,6
	Otro tipo de centro de salud	58,8	3,5	10,4	1,0	49,4	4,0
	Fuera de centro de salud	0,0	-	0,0	-	0,0	-

Variable		Vivió violencia obstétrica					
		Total <sup>1/</sup>	Promedio en total	Vaginal	Promedio de violencias en parto vaginal	Vaginal o por cesárea	Promedio de violencias en parto vaginal o por cesárea
Tipo de parto	Vaginal	62,7	2,1	45,3	1,3	54,6	1,7
	Cesárea	45,8	2,0	0,1	1,0	45,6	2,0
Decisión de la cesárea	Antes de la labor de parto	28,2	1,9	0,0	-	28,2	1,9
	Después de la labor de parto	73,2	2,1	0,3	1,0	72,9	2,1
Tiempo de baño	24 horas o más	58,5	2,1	27,8	1,3	52,7	1,8
	Antes de 24 horas	56,3	2,1	28,6	1,3	50,7	1,7
Momento de amamantamiento	Inmediatamente	59,8	2,0	32,7	1,2	52,3	1,7
	No inmediatamente	55,5	2,2	23,8	1,4	51,5	1,8
Atención posparto	Contacto piel a piel, bañado luego de 24h y amamantamiento inmediato	61,0	2,0	35,8	1,1	52,3	1,8
	Sin contacto piel a piel, bañado antes de 24h o amamantamiento no inmediato	57,1	2,1	27,0	1,3	51,8	1,8
Revisión de salud de bebé antes de salir del centro de	Sí	58,7	2,1	28,6	1,3	52,8	1,8
	No	62,6	2,0	37,1	1,2	56,0	1,7

Variable		Vivió violencia obstétrica					
		Total <sup>1/</sup>	Promedio en total	Vaginal	Promedio de violencias en parto vaginal	Vaginal o por cesárea	Promedio de violencias en parto vaginal o por cesárea
salud							
Revisión de salud de la mamá antes de salir del centro de salud	Sí	56,4	2,0	26,3	1,3	50,4	1,7
	No	85,0	2,5	65,2	1,2	80,5	2,0
Alguna persona profesional observó lactancia durante primeros dos días	Sí	56,4	2,1	26,2	1,4	50,1	1,8
	No	67,2	2,2	45,1	1,2	62,1	1,8
Quintiles de riqueza	I	65,6	2,2	38,2	1,2	58,7	1,8
	II	66,8	2,1	53,0	1,3	57,3	1,6
	III	52,4	2,1	18,1	1,3	48,0	1,8
	IV	50,3	1,9	14,3	1,5	47,9	1,6
	V	39,7	2,1	8,9	1,6	37,0	1,9

**Nota:** 1/ Tanto en parto vaginal como por cesárea.

**Fuente:** elaboración propia a partir de (INEC, 2018).

## 1.25 Propuesta de variable e indicador que contribuya a cuantificar la violencia obstétrica

Analizados los resultados hasta este momento se tiene un panorama claro, que un indicador afinado sobre esta temática debe contemplar, especialmente en variables con determinantes sociales significativos en su asociación estadística, al menos para el caso costarricense:

Lo anterior según el comportamiento y los valores estadísticamente significativos, especialmente por quintiles de riqueza, con ello se puede completar el hecho que las mujeres no declaren algún acto violento durante al parto, pues la variable propuesta para el indicador es que cumpla al menos alguna de ellas. Con esta variable se puede calcular razones, porcentajes o probabilidad de que ocurra el evento. Si otros países requieren calcularlo, deben gestionar para que en su próxima encuesta MICS se incluyan las preguntas de violencia obstétrica.

Como se comentó en el capítulo teórico, puede visualizarse la violencia obstétrica ampliada aquella que cumpla con al menos alguna de las siguientes condiciones:

- Violencia en parto vaginal o por cesárea
- No dar amamantamiento inmediato
- No se presentó contacto piel a piel inmediato o con la persona neonata envuelta
- Primer baño antes de las 24 horas del nacimiento
- El que no se les revisara a la mamá antes del egreso hospitalario
- El que no se les revisara a la persona neonata su salud antes del egreso hospitalario
- No habersele asesorado en la observación de la lactancia

Al aplicarlo, se tiene que el **100 %** de las mujeres que dieron a luz en el país en los dos años previos a la EMNA 2018 vivenciaron algún tipo de “violencia obstétrica ampliada”, siendo el 57,7 % propiamente en el parto (vaginal o por



cesárea) y el restante 42,3 % vivenciaron actos violentos posteriores al parto y antes de egresar del centro de salud.

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

Cuadro 4.41. Costa Rica: violencia obstétrica ampliada para quienes no la vivenciaron durante el parto (2018)

<b>Variable de violencia obstétrica ampliada</b>	<b>%</b>
No se revisó al bebé antes del egreso del centro de salud	93,1
No se revisó a la mamá antes del egreso del centro de salud	92,4
No se le asesoró sobre la lactancia	75,8
El bebé fue bañado antes de las 24 horas luego del nacimiento	58,5
El amamantamiento no fue inmediato	52,4
Sin contacto piel a piel inmediato o la persona estaba envuelta o secada	44,1

**Fuente:** elaboración propia a partir de (INEC, 2018).

Se evidencia, que más del 44 % de las mujeres que durante estrictamente el parto vaginal o por cesárea no vivenciaron algún tipo de violencia, presenciaron otras formas de esta previo a su egreso del centro de salud. Todas estas variables son susceptibles de cambio desde la gestión en salud, pues se relacionan con la atención del trabajo de parto (Rabelo & de Oliveira, 2010; Sofaer & Firminger, 2005; Crow, Gage, Hampson, & Hart, 2002).

## Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

En primer término, se abordan las conclusiones y posteriormente las recomendaciones, especialmente enfocadas a la encuesta, los indicadores y, fundamentalmente, la gestión, dado el enfoque del posgrado.

La clasificación de los sistemas de salud de los países estudiados (tabla 2.1 y cuadro 4.5), fue clave para la interpretación de la información estadística. En este contexto fue estratégico aproximarla a algún indicador, con mayor peso para tal fin (WHO, 2019; PNUD, 2018; Maceira, 2012).

En esto el estudio evidencia las diferencias en el desarrollo desigual, los cuales se traducen a inequidades de salud (Fuentes, 2007; Sunkel & Paz, 1999; Solari, Franco, & Jutkowitz, 1976; Cardoso & Faletto, 1973; Hinkelammert, 1970), aunque no son aspectos casuísticos entre sí, se comprobó su asociación estadística.

Por medio de la estadística se demostró cuáles variables explican que la lactancia no sea inmediata, así como que, a pesar de que, la violencia obstétrica en Costa Rica es tan generalizada, esta presenta diferencias según el nivel de riqueza de las madres, pero no en otras variables. Es decir, es un fenómeno tan naturalizado, normalizado, legitimado (por medio del poder/saber obstétrico), que no diferencia por otros determinantes.

Aun así, fue relevante destacar que, por ejemplo, en República Dominicana 29 de cada 100 partos son atendidos en el sector privado, en Paraguay y en México son 15, esto es coincidente con la clasificación de los sistemas de salud (tabla 2.1 y cuadro 4.5). Por lo que, a mayor fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, mayor es la vulnerabilización de las madres para dar a luz, en un contexto de desigualdad estructural que genera inequidad de acceso a servicios.

Respecto a la lactancia materna, este estudio encontró que las mujeres de mayor nivel socioeconómico tienden a no cumplir con el derecho a la lactancia, tal y como se ha detectado en otro estudio (UNICEF, Ministerio de Salud, CCSS e INEC, 2011, pág. 8).

A pesar que Costa Rica no tiene un sistema de salud segmentado ni fragmentado, se evidenciaron inequidades en el acceso a la cesárea, la cual en el sector público es más probable en mujeres de mayor nivel de instrucción y de riqueza.

Al comparar a Costa Rica entre el 2011 y el 2018 se observa que las mujeres del segundo quintil aumentaron la probabilidad de amamantar de forma inmediata a su hija o hijo (cuadros 4.23 y 4.30).

Aparte de los quintiles de riqueza, predomina la “no asociación” estadística entre los demás determinantes y la violencia obstétrica, por lo que se evidencia que esta no distingue condiciones por edad de las madres, zona de residencia, por nivel de instrucción, migración reciente, tenencia de seguro social, tipo de centro y personal que atiende el parto.

Una vez ocurrido el parto, se evidencia estadísticamente, que la salud de la madre pasa a un segundo plano, pues hay asociación entre la violencia obstétrica y no revisar la salud de la madre, lo cual no sucede con la persona recién nacida, lo cual es un elemento muy simbólico del ejercicio del poder obstétrico, el cual reafirma una actitud (in)consciente discriminatoria e institucionalizada (Arguedas G. , 2016; Berger & Luckmann, 2003; Ritzer, 1993).

Un hallazgo de interés fue que, a mayor quintil de riqueza de las mujeres, mayor es la probabilidad de haber vivenciado actos de violencia obstétrica, lo cual genera la hipótesis de trabajo de una normalización o naturalización de este tipo de violencia en las mujeres de menor nivel socioeconómico.

Seguidamente se puntualizan aspectos para la medición y la gerencia de la salud, énfasis del posgrado.

En términos de medición:

- Para poder captar de mejor forma a las mujeres cuyos partos fueron atendidos en el sector privado, se requeriría un sobremuestreo de estos. Con el fin de analizar brechas el diseño muestral debería captarse más casos de mujeres con partos en centros privados, pues de lo contrario la variable no es de utilidad.
- En las estadísticas demográficas, específicamente las de nacimiento, es recomendable captar el tipo de nacimiento (vaginal o cesárea), pues es un indicador de monitoreo para la OMS (World Health Organization, 2018).
- Es pertinente un seguimiento continuo de la violencia obstétrica, por parte del Ministerio de Salud, como ente rector.
- Estadísticamente debe analizarse qué elementos de los sistemas de salud de los países pueden incidir en la violencia obstétrica, más allá del parto por cesárea y el amamantamiento inmediato, por medio del análisis multinivel (Andréu, 2011; Pardo, Ruiz, & San Martín, 2007).
- A pesar que las preguntas incluidas en la EMNA se basaron en el reglamento actual de la CCSS (2017), existen temas que podrían considerarse para incluirse en próximos estudios o en el mismo reglamento de la institución:
  - El tiempo que duró la atención del parto
  - Si la mujer se sintió ignorada
  - Le negaron algún procedimiento para disminuir el dolor
  - Si la mujer se le menospreció su dolor
  - Si le colocaron un anticonceptivo sin el consentimiento de la mujer

Para la gestión y la formación de futuro personal profesional:

- En términos de gestión de la salud (Carnota, 2013; Hunter, 2002; Alderslade & Hunter, 1994; Vargas M. , 1990), representa un reto fundamental que la violencia obstétrica no se asocie con los determinantes sociales de salud, que no sean específicamente por provincia de residencia, nivel de instrucción o quintiles de riqueza. Es decir, es tan generalizada (57,7 %), que se presenta de forma amplia, sin distinguir por edad, zona, migración, entre otros. Esto implica capacitación para el personal que ya está en funciones.
- Lo anterior aplica para el personal que atiende partos, incluyendo la necesidad de que interioricen y apliquen la clasificación Robson (World Health Organization, 2018; OMS, 2015). Este es el más beneficioso para la madre, como para la persona recién nacida.
- Fomentar el respeto y el trato digno, incluso luego de ocurrido el parto, pues esto puede exponer a la mujer a hemorragias, infecciones o la preeclampsia (World Health Organization, 2019), y que pueden generar complicaciones posparto, hasta muertes maternas.
- Una estrategia para fomentar la lactancia exclusiva, en los primeros meses de vida de la persona recién nacida, es asesorar a las mujeres al respecto, una vez ocurrido el parto, en el marco de los derechos tanto de la madre como de la hija o hijo.
- Deben priorizarse estas acciones preventivas en la provincia de Cartago y en Limón, donde se detectó la mayor prevalencia de violencia obstétrica en el país, prácticamente 7 de cada 10 mujeres que dan a luz en estas provincias la experimentan, en un lugar que se supone debe ser seguro.

## Bibliografía

- Achío, M., Rodríguez, A., & Vargas, E. (2005). *A mí no me va a pasar...: Vivencias del embarazo de un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica*. San José, Costa Rica: EUCR.
- Alderslade, R., & Hunter, D. (1994). Commissioning and public health. *Journal of Management and Medicine, Emerald Group Publishing Limited*, 8(6), 20-31.
- Andréu, J. (2011). El análisis multinivel: una revisión actualizada en el ámbito sociológico. *Metodología de Encuestas*, 161-176.
- Arguedas, G. (2013). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Revistas UCR: San José, Costa Rica*. 11(1),. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Arguedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 65-89.
- Arroyo, K. (29 de marzo de 2019). *Violencia estructural de género una categoría necesaria de análisis para los derechos humanos y de las mujeres*. Obtenido de Issuu: [https://issuu.com/fundacionjyg/docs/violencia\\_estructural\\_de\\_g\\_nero\\_una](https://issuu.com/fundacionjyg/docs/violencia_estructural_de_g_nero_una)
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (23 de Abril de 2007). Ley 38 668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas, Venezuela.
- Banco Mundial. (15 de noviembre de 2019). *Índice de Gini*. Obtenido de Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2017&start=2014>
- Barba, C. (2005). *Paradigmas y regímenes de bienestar*. San José: Flacso.
- Barrantes, C. (2009). *La mujer y el parto: un estudio de casos respecto a la atención del parto con el acompañamiento de doulas y/o parteras en el Área Metropolitana de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología Social de la Universidad de Costa Rica.

- Bbaale, E., & Guloba, A. (2011). Maternal education and childbirthcare in Uganda. *Australasian Medical Journal*, 4(7), 389-399.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bolaños, A., Cerdas, J., & Quesada, M. (2017). *Violencia obstétrica en los servicios de salud de la CCSS, frente a los planteamientos de la "Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto" en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega (2014-2016)*. San José, Costa Rica: Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: el diagrama epigénico del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2), 50-63.
- Bray, I., & Regmi, K. (2016). Epidemiology and Public Health Intelligence. *Public Health Intelligence*, 19-40.
- Camacho, R. (1997). *La maternidad como institución del patriarcado: representaciones y manifestaciones obreras del sector textil*. San José, Costa Rica: Trabajo Final de Graduación presentado en el Posgrado en Estudios de la Mujer para optar por el grado de Magíster Scientiae.
- Campos, Y. (125). Violencia obstétrica y su abordaje constitucional en Costa Rica. *Revista Judicial del Poder Judicial de Costa Rica*, 41-61.
- Canadian Population Health Institute. (2003). *Applying a Population Health Perspective to Health Planning and Decision-Making*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Cardoso, F., & Faletto, E. (1973). *Desarrollo y dependencia en América Latina*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Carnota, O. (2013). Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 501-523.
- Castro, A. (1999). Increase in caesarean sections may reflect medical control not womens choice. *BMJ British Medical Journal*, 1401-1402.
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights*, 103-113.
- Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 123-136.

- Castro, A., Savage, V., & Hannah, K. (2015). Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 95-109.
- CCP. (2006). *Sesión 10: Determinantes próximos de la fecundidad*. Obtenido de Centro Centroamericano de Población: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia/materia/sesion10.doc>
- CCSS. (2009). *Guía de atención integral a las mujeres, mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José: CCSS.
- CCSS. (2017). *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS.
- CCSS. (2 de noviembre de 2019). *Anuario estadístico 2018*. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social: CCSS. Anuario estadístico 2017. [https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/salud/80/an\\_est\\_c066c\\_2017.zip](https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/salud/80/an_est_c066c_2017.zip)
- CEJIL. (13 de 10 de 2015). *Violencia obstétrica en Costa Rica llega a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos*. Obtenido de CEJIL: <https://viejaweb.cejil.org/comunicados/violencia-obstetrica-en-costa-rica-llega-a-la-comision-interamericana-de-derechos-humano>
- CEPAL. (2007). *Cohesión Social: Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Champy, V., Cardemil, M., Betancour, P., Ríos, S., & Leighton, L. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 331-338.
- Chodorow, N. (1978). *El ejercicio de la maternidad: Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- CIDH. (23 de Octubre de 2015). *Costa Rica: Violencia obstétrica*. Washington: CIDH: <https://www.youtube.com/watch?v=w4UuNFyGo54>. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=w4UuNFyGo54>



- Comité de Derechos Sociales y Culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, CESCR Observación general 14*. Ginebra: CESCR.
- Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. (2013). Obtenido de Repositorio de CEPAL: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
- Constitución política de la República de Costa Rica. (2015). San José, Costa Rica: Edición Investigaciones Jurídicas S.A.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., & Hart, J. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*, 6(32), 1-244.
- De Barbieri, M. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Estudios Básicos en Derechos Humanos IV. Instituto Iberoamericano de Derechos Humanos (IIDH)*, 1-30.
- Decreto Ejecutivo No. 40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR (31 de julio de 2017).
- Defensoría de los Habitantes. (2015). *Maternidad debe estar libre de violencia obstétrica: CCSS acoge recomendaciones de la Defensoría de los Habitantes*. Obtenido de Defensoría de los Habitantes: <http://www.dhr.go.cr/prensa/comunicados/2015/julio/0.996.Violencia%20obstetrica.pdf>
- Defensoría del Pueblo de la República Bolivariana de Venezuela. (2017). *El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social*. Caracas: Defensoría del Pueblo de la República Bolivariana de Venezuela.
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64.
- DIGESTYC. (2017). *Encuesta Nacional de Violencia Contra la Mujer: El Salvador (2017)*. Obtenido de Observatorio de género de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC): <http://aplicaciones.digestyc.gob.sv/observatorio.genero/docs/ENVCM%2017.pdf>

- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública. (2015). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Cuba, 2014: informe final*. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección General de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Unicef Paraguay. (2017). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados: MICS Paraguay 2016*. Asunción: Dirección General de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Unicef Paraguay.
- Dolto, F. (1996). *Sexualidad Femenina. La libido genital y su destino femenino*. Buenos Aires: Paidós.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*, 83(4), 691–729.
- El Mundo CR. (13 de noviembre de 2019). *Comision de la mujer dictamina positivamente proyecto contra la violencia obstétrica*. Obtenido de El Mundo CR: <https://www.elmundo.cr/costa-rica/comision-de-la-mujer-dictamina-positivamente-proyecto-contra-la-violencia-obstetrica/>
- Elster, J. (1988). *Uvas amargas. Sobre la subversión de la racionalidad*. Barcelona: Península.
- Espinoza, P., & Solano, M. (2012). *Propuesta de una guía clínica para el abordaje de enfermería ginecoobstétrica (sic.) y perinatal en la atención del parto distócico o disfuncional*. San José, Costa Rica: Tesis para optar por el grado de maestría profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal de la Universidad de Costa Rica.
- Flores, F. (2001). *Psicología social y género: El sexo como objeto de representación social*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veinte Editores.
- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. En OPS, *La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate* (págs. 421-445). Washington D.C.: OPS/OMS.
- Fuentes, E. (2007). *Representaciones sociales que orientan la fecundidad de mujeres de 20 a 29 años en tres contextos socioeconómicos*. San José,

Costa Rica: Tesis para optar por el grado de licenciatura en Sociología de la Universidad de Costa Rica.

- Gambale, L. (15 de Mayo de 2018). *Parto respetado: cuáles son los derechos de la madre y del bebé*. Obtenido de La Nación: <https://www.lanacion.com.ar/2134819-parto-respetado-cuales-son-los-derechos-de-la-madre-y-del-bebe>
- Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. En CEPAL, *Serie asuntos de género* (págs. 1-62). Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Gómez, M. (2005). *Elementos de estadística descriptiva*. San José: EUNED.
- Gonçalves, M., Pinheiro, L., & Carcaman, R. (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. Brasil. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(4), 720-728.
- González, E. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 71-77.
- Gonzalez-Flores, M. (2015). Resistance of Mayan Women against Obstetric Violence. *Global Societies Journal*, 3(0), 3-11.
- Gordis, L. (2014). *Epidemiología*. Barcelona: Elsevier.
- Guendel, L. (2007). La encrucijada del enfoque de derechos: pensando y haciendo la política pública de otra manera. *VIII Seminario de Formación en DESC* (págs. 1-13). Quito: DESC.
- Gutiérrez, M., Monteoliva, A., & Albiñara, A. (2008). *Guía técnica operativa para la elaboración, implementación y evaluación participativa de políticas públicas saludables*. Bogotá: OPS.
- Heras, B., Gobernado, J., Mora, P., & Almaraz, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 575-580.
- Hernández, O. (2012). *Estadística elemental para ciencias sociales*. San José: Editorial UCR.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw Hill.

- Herrera, C. (2014). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 65-73.
- Herrero, F., & Durán, F. (2001). El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. *Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL*, 1-68.
- Hinkelammert, F. (1970). *Dialéctica del desarrollo desigual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Honnet, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Hunter, D. (2002). *Public Health Management*. London: Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Department of Management of Noncommunicable Diseases, World Health Organization.
- ICO. (2012). *Anonymisation: managing data protection risk code of practice*. Wilmslow: Information Commissioner's Office.
- IMAS. (2014). *Puente al desarrollo: estrategia nacional para la reducción de la pobreza*. San José: IMAS.
- INE Uruguay. (2013). *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*. Obtenido de Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de CEPAL: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/resumen\\_de\\_encuesta\\_mides\\_ury2013.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/resumen_de_encuesta_mides_ury2013.pdf)
- INEC. (2017). *Memoria 2016*. San José: INEC.
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: cuestionario de mujeres individuales*. San José: INEC.
- INEC. (4 de febrero de 2018). *Acerca del INEC*. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/>: <http://www.inec.go.cr/acerca-del-inec>
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia: instructivo para entrevistadoras*. San José: INEC.
- INEC. (2018). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2017*. San José: INEC.
- INEC. (5 de noviembre de 2019). *Estadísticas demográficas: nacimientos*. Obtenido de Sistema de consultas: <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp>

- Infante, A. (21 de noviembre de 2019). *Paradigmas de organización de los sistemas de salud*. Obtenido de e-spacio: UNED: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500566/n2.2\\_Paradigmas\\_de\\_organizacion\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500566/n2.2_Paradigmas_de_organizacion_de_los_sistemas_de_salud.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- Jiménez, W. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Revista Civilizar. Ciencias sociales y humanas*, 7(12), 31-46.
- Lagarde, M. (1990). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, mojas, putas, presas y locas*. México D.F.: Colección Posgrado, Universidad Autónoma de México.
- Lakner, C., Lugo, M., Medina-Giopp, A., & Viveros, M. (2016). Arreglos institucionales para la producción de estadísticas de pobreza. En B. Mundial, *Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay*. Nueva York: Banco Mundial.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Ley 25 929. (2004). Buenos Aires, Argentina: Congreso argentino.
- Ley 26 485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2004). Buenos Aires, Argentina: Congreso argentino.
- Ley 40 548: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (2004). Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.
- Ley 5349. (2014). Ley Reguladora de Investigación Biomédica. San José, Costa Rica: Diario Oficial La Gaceta, Asamblea Legislativa.
- Ley 5349: Ley para reorganizar los servicios médicos preventivos con base a la C.C.S.S. (1976). San José, Costa Rica: Diario Oficial La Gaceta, Asamblea Legislativa.
- Ley 9694: Ley del Sistema de Estadística Nacional. (2019). San José, Costa Rica: Diario Oficial La Gaceta, Asamblea Legislativa.

- Ley General de la Administración Pública. (2013). San José, Costa Rica: Editorial Investigaciones Jurídicas S.A.
- Lucena, A. (14 de Diciembre de 2017). *Radio Mundial*. Obtenido de Plan Parto Humanizado prevé erradicar la Violencia Obstétrica: <http://www.radiomundial.com.ve/article/plan-parto-humanizado-prev%C3%A9-erradicar-la-violencia-obst%C3%A9trica>
- Maceira, D. (2012). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Buenos Aires: Unicef.
- Martínez, T., & Damian, N. (2014). Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria*, 11(2), 61-66.
- MICS. (6 de octubre de 2018). *Surveys*. Obtenido de Unicef MICS: <http://mics.unicef.org/surveys>
- MICS. (2 de noviembre de 2019). *MICS Tools*. Obtenido de MICS: <https://mics.unicef.org/tools>
- Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Nacional de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014*. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Nacional de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Ministerio de Salud, ADC, CCP y UNFPA. (2016). *II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica 2015*. San José: Ministerio de Salud y CCP.
- Ministerio de Salud, INEC y UNICEF Costa Rica. (15 de marzo de 2016). *Memorando de entendimiento entre el Ministerio de Salud, INEC y la oficina de UNICEF Costa Rica para ejecutar el proyecto "Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados" (MICS, por sus siglas en inglés)*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, INEC y UNICEF Costa Rica.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Montero, G. (11 de Julio de 2017). *CCSS*. Obtenido de CCSS estandariza modelo de atención a la embarazada y la familia gestante a todo el país: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-estandariza-modelo-de-atencion-a-la-embarazada-y-la-familia-gestante-a-todo-el-pais>

- O'neal, K. (24 de Marzo de 2017). *Violencia obstétrica: un campo para hacer filosofía*. Obtenido de UCR Noticias: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/03/24/violencia-obstetrica-un-campo-para-hacer-filosofia.html>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). *Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2016). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Obtenido de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana y Unicef. (2016). *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística.
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Nueva York: OMS.
- OMS. (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas : hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (2010). *Vacunas e inmunización: situación mundial*. París: OMS.
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2018). *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*. Ginebra: OMS.
- ONU. (1994). *Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, Documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD*. Obtenido de Naciones Unidas: El Cairo, Egipto: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
- ONU Mujeres. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Beijing: Naciones Unidas.
- OPS. (1992). *La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate*. Washington D.C.: OPS/OMS.

- OPS. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José: Serie Análisis de Situación de Salud, OPS/Ministerio de Salud.
- OPS. (2013). *Salud reproductiva y maternidad saludable: Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos*. Nueva York: OPS.
- Pan American Health Organization. (21 de noviembre de 2019). *Access to comprehensive, equitable, and quality health services*. Obtenido de Health in the Americas: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=segmentation-of-health-services>
- Pandey, P. (18 de agosto de 2018). *A Guide to Machine Learning in R for Beginners: Logistic Regression*. Obtenido de Medium: nalytics vidhya: <https://medium.com/analytics-vidhya/a-guide-to-machine-learning-in-r-for-beginners-part-5-4c00f2366b90>
- Pardo, A., Ruiz, M., & San Martín, R. (2007). Cómo ajustar e interpretar modelos multinivel con SPSS. *Psicothema*, 308-321.
- Paterna, C., & Martínez, C. (2005). *La maternidad hoy: claves y encrucijada*. Madrid: Minerva Editores.
- Pereira, G. (2008). Preferencias adaptativas: un desafío para el desarrollo de las políticas sociales. En J. Granda, *Pobreza, exclusión y desigualdad* (págs. 335-352). Quito: FLACSO.
- PNUD. (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano: actualización estadística de 2018*. Nueva York: PNUD.
- Pozio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas*, 24(1), 101-117.
- Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud* (págs. 1-4). Ottawa: OMS.
- Proyecto de Ley 19 537: Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. (2015). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.
- Rabelo, L., & de Oliveira, D. (2010). Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar: São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 208-214.



- Ramírez, L., Arcila, A., Buriticá, L., & Castrillón, J. (2004). *Paradigmas y modelos de investigación: guía didáctica y módulo*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Reforma del artículo 12 de la Ley General de Salud número 5395, del 30 de octubre de 1973 y sus reformas, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto, Proyecto de ley 21062 (Asamblea Legislativa de Costa Rica 2019).
- Resolución 3354-2015, 3354-2015 (Sala Constitucional 6 de marzo de 2015).
- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rodríguez, E. (1998). Inventando el día de la madre en Costa Rica: 1890-1932. *Reflexiones*, 75(1), 33-42.
- Rodríguez, I. (10 de Noviembre de 2013). *Pablo Ortiz, director Área de Salud Coto Brus: 'Es dar salud más allá de curar'*. Obtenido de Diario La Nación: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/pablo-ortiz-director-area-de-salud-coto-brus-es-dar-salud-mas-alla-de-curar/JRHZIPVKB5FCLH5NMQXB3F5XII/story/>
- Roth, A. (2007). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Sadana, R. (2002). Definition and measurement of reproductive health. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(5), 407-409.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz, D., Leiva, G., & et al. (2007). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(1), 44-55.
- Sáenz, M., Acosta, M., Mussier, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública Mex*, 156-167.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14-138.
- Secretaría de Salud de México. (13 de Febrero de 2014). *Promoción de la salud*. Obtenido de Secretaría de Salud de México: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.

- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Taurus: Madrid.
- Serviço Social do Comércio y Fundação Perseu Abramo. (2011). *Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Sesc/FPA.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. . PubMed. 26, . *Annual review of public health*, 26(1), 513-559.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: WHO.
- Solari, A., Franco, R., & Jutkowitz, J. (1976). *Teoría, acción social y desarrollo en América Latina*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Solís, M. (5 de julio de 2019). *CCSS exhibe obra de Néstor Zeledón Guzmán en sus instalaciones*. Obtenido de CCSS Noticias: [https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios\\_noticia?ccss-exhibe-obra-de-nessor-zeledon-guzman-en-sus-instalaciones](https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-exhibe-obra-de-nessor-zeledon-guzman-en-sus-instalaciones)
- Solís, M. (31 de julio de 2019). *CCSS renovó en su totalidad modelo de atención del parto y el posparto*. Obtenido de CCSS: [https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios\\_noticia?ccss-renovo-en-su-totalidad-modelo-de-atencion-del-parto-y-el-posparto](https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-renovo-en-su-totalidad-modelo-de-atencion-del-parto-y-el-posparto)
- Statistical Institute of Belize and Unicef Belize. (2017). *Multiple Indicator Cluster Survey 2015-2016*. Belmopan: Statistical Institute of Belize and Unicef Belize.
- Sunkel, O., & Paz, P. (1999). *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Templ, M., Meindl, B., Kowarik, A., & Chen, S. (2014). *Introduction to statistical disclosure control (SDC)*. New York: International Household Survey Network.
- Testa, M. (1992). Salud pública: acerca de su sentido y significado . En OPS, *La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate* (págs. 205-229). Washington D.C.: OPS/OMS.
- UCR. (31 de Mayo de 2016). *UCR unirá su voz contra violencia obstétrica*. Obtenido de Noticias UCR: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2016/05/31/ucr-unira-su-voz-contra-violencia-obstetrica.html>

- UNICEF & Tulane University. (2016). *Informe sobre equidad en salud 2016: análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas*. Panamá: UNICEF & Tulane University.
- UNICEF. (2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York: Fondo para el logro de los ODM.
- UNICEF. (2011). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011: situación de la niñez y mujeres*. San José: Ministerio de Salud Pública.
- UNICEF. (2012). *La niñez y la adolescencia a la vista de los datos del Censo 2011 Costa Rica*. San José: UNICEF.
- UNICEF. (05 de Marzo de 2018). *Surveys*. Obtenido de MICS UNICEF: <http://mics.unicef.org/surveys>
- UNICEF, Ministerio de Salud, CCSS e INEC. (2011). *Análisis del módulo de lactancia materna*. San José: UNICEF Costa Rica.
- UNSTATS. (16 de octubre de 2019). *Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Unstats: [https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework\\_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf)
- Vargas, K. (2010). Marco legal de la salud pública en Costa Rica . En E. d. Pública, *La Salud Pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas* (págs. 449-470). San José: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.
- Vargas, M. (1990). *Gerencia de servicios de salud*. San José: ICAP.
- Victoria, R., Bahl, A., Barros, G., & et al. (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Edpidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect. *The Lancet*, 475-490.
- Vizental, M. (2013). *Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami*. Buenos Aires, Argentina: Tesis para optar por el grado de doctorado en Psicología de la Universidad de Palermo.

- Wajajay, W. (2013). *Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Enero - Febrero 2013*. Buenos Aires, Argentina: Tesis para optar por el grado de profesional de médico cirujano de la Universidad de Palermo.
- WHO. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Geneva: WHO.
- WHO. (17 de noviembre de 2019). *Documentation Centre*. Obtenido de Global Health Expenditure Database: <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>
- World Health Organization. (1948). *Official Records of the World Health Organization N°2*. Nueva York: WHO.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide, report of a technical working Group*. Geneva: WHO, Safemotherhood Unit.
- World Health Organization. (2003). *Social Determinants of Health - The Solid Facts*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Geneva: World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)
- World Health Organization. (2018). *Determinantes sociales de la salud*. Geneva: . Obtenido de WHO: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (19 de setiembre de 2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de World Health Organization: news room: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:targetText=La%20mortalidad%20materna%20es%20inacepta>

blemente,el%20embarazo%20o%20el%20parto.&targetText=Entre%201990%20y%202015%20la,2%203%25%20al%20a%20C3%B1o.

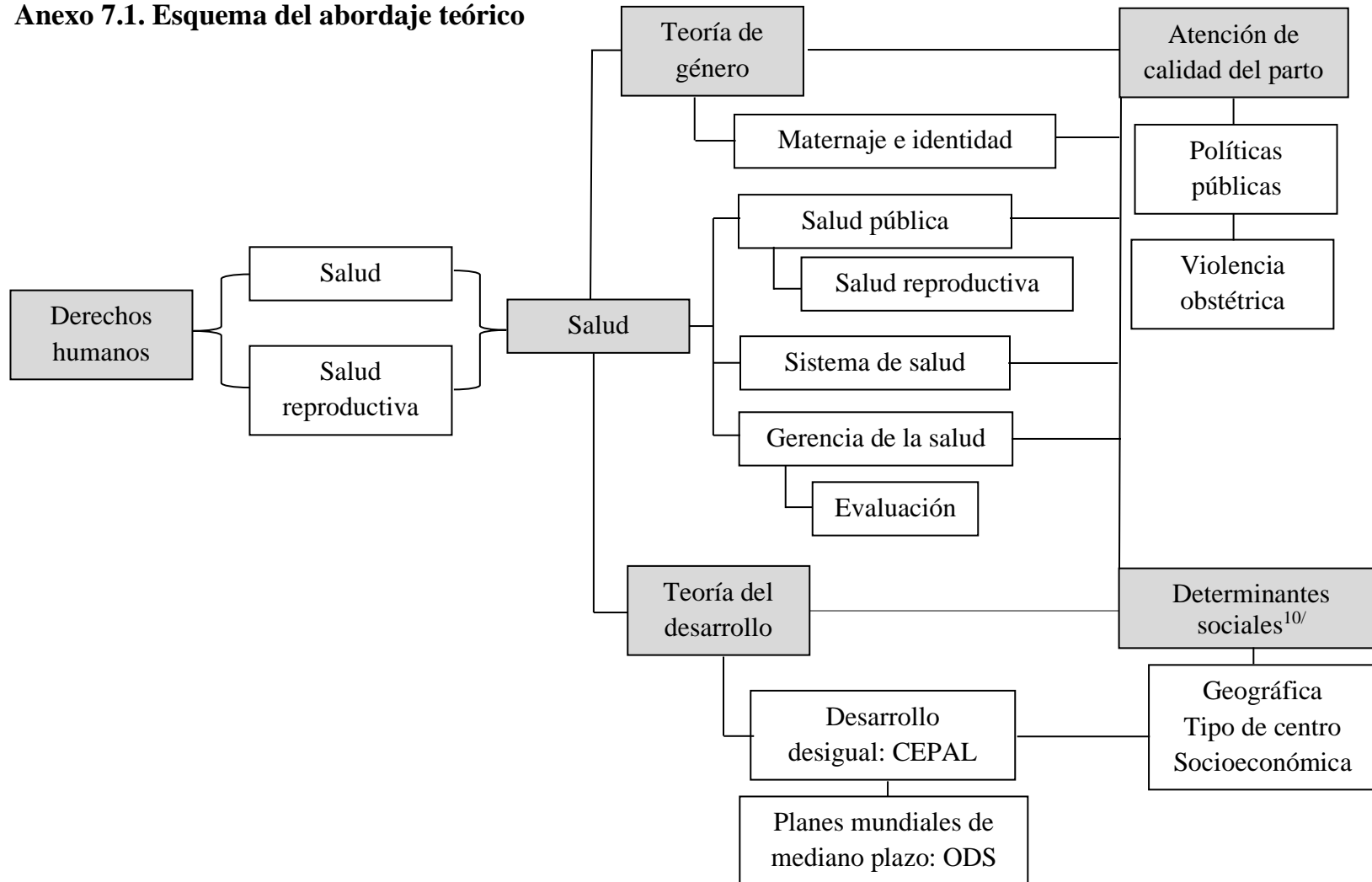
Wrobel, L., & Ribeiro, S. (2006). A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. *Health Sciences: Acta Scientiarum.*, 28(1), 17-21.

Zeledón 1959, N. (s.f.). Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (Néstor Zeledón Guzmán). *Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Independiente, San José.

Zeledón 2001, N. (s.f.). Figura doliente (Néstor Zeledón Guzmán). *Figura doliente (Néstor Zeledón Guzmán)*. Independiente, San José.

## Anexos

### Anexo 7.1. Esquema del abordaje teórico



<sup>20</sup> Se seleccionarán los atinentes a diferenciales geográficas, condiciones socioeconómicas y tipos de centros de salud.

## Anexo 7.2. Costa Rica: encuesta MICS 2011, preguntas contempladas del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años



### CUESTIONARIO DE MUJER Costa Rica

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de segmento: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de línea de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / _____	

Repetir el saludo de Introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer:

SOMOS DE (*afiliación específica del país*). ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO SOBRE SALUD FAMILIAR Y EDUCACIÓN. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (*cantidad*) MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

AHORRA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE (*cantidad*) MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

- Sí, se concede permiso → Vaya a WM10 para tomar anotar la hora y luego comenzar la entrevista.
- No, no se concede permiso → Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisora.

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completa.....	01
	Ausente.....	02
	Rechazo.....	03
	Incompleta.....	04
	Incapacitada.....	05
	Otro (especifique) .....	96

WMB. Editado en campo por (Nombre y número): Nombre _____	WM9. Digitado por (Nombre y número): Nombre _____
--	--

WM10. Anote la hora:	Hora y minutos.....:..	
----------------------	------------------------	--

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes..... No sabe el mes ..... 98  Año..... No sabe el año ..... 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?  <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i>  <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos).....	
WB2A. ¿NACIÓ USTED EN COSTA RICA?	SI 1 No..... 2	01 → WB3
WB2B. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO ESTÁ EN COSTA RICA?	Hace días..... 1 Hace semanas..... 2 Hace meses..... 3 Hace años..... 4	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	SI 1 No..... 2	2 → WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN EL SISTEMA EDUCATIVO?	Preescolar..... 0 Primaria..... 1 Secundaria..... 2 Superior..... 3	0 → WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL?  <i>Si es menos de 1 grado, anote "00"</i>	Grado.....	
WB6. Verifique WB4:  <input type="checkbox"/> Secundaria o superior → Vaya al Siguiente Módulo  <input type="checkbox"/> Primaria → Continúe con WB7		
WB7. ¿PUEDE USTED LEER AL MENOS UNA PARTE DE ESTA FRASE?  <i>Muestre las frases a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i>	No puede leer nada..... 1 Puede leer sólo partes de la frase..... 2 Puede leer la frase completa..... 3  La frase no estaba en el idioma requerido..... 4 <i>(especifique el idioma)</i>  Ciega/muda, vista/dificultad al hablar..... 5	



<b>NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS</b>		
<b>CM</b>		
<i>Todas las preguntas se refieren sólo a (niños nacidos vivos)/ (niñas nacidas vivas).</i>		
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS HIJOS (AS) QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?	SI 1 No..... 2	2◀ Siguiente módulo
CM12. DE (número total) HIJOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO (AÚN CUANDO ÉL/ ELLA HAYA FALLECIDO)?  Se deben anotar el mes y el año.	Fecha del último parto: Día..... No sabe el día..... 98  Mes.....  Año.....	
CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2009		
<input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ➔ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.		
<input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. ➔ Pregunte el nombre del niño Nombre del niño / de la niña.....		
Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes.		
Continúe con el siguiente módulo.		

<b>MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO</b>		<b>MN</b>												
<p><i>Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i></p> <p><i>Verifique el módulo de mortalidad en la niñez CM13 y anote aquí el nombre del último nacimiento:_____</i></p> <p><i>Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.</i></p>														
MN1. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	SI 1 No..... 2	2= MN5												
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ?  <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA?  <i>Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico general/obstetra ..... A Enfermera general..... B Enfermera obstétrica..... I Comadrona auxiliar..... C  Otra persona Partera tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria ..... G  Otro (especifique)..... X													
MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO?	Número de consultas..... No sabe..... 98													
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ:  [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?  [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?  [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2	
	SI	No												
Presión arterial.....	1	2												
Muestra de orina.....	1	2												
Muestra de sangre.....	1	2												
MN5. ¿TIENE USTED ALGÓN CARNÉ U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS?  ¿PUEDE VERLO, POR FAVOR?  <i>Si se presenta el carné, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	SI (vio el carné)..... 1 SI (no vio el carné)..... 2 No ..... 3 No sabe..... 8													
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	SI 1 No..... 2 No sabe..... 8	2= MN9 8= MN9												
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITÉTÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?  <i>Si fueron siete veces o más, anote '7'.</i>	Número de veces..... No sabe ..... 8	8= MN9												
MN8. <i>Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informaron en MN7?</i>														

<input type="checkbox"/> <i>Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo</i> → Vaya a MN11.A <input type="checkbox"/> <i>Menos de dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo</i> → Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO?	Sí 1 No .....2 No sabe .....8	2 → MN11A 8 → MN11A
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)?  <i>Si fueron siete o más veces, anote 7.</i>	Cantidad de veces ..... No sabe .....8	8 → MN11A
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)?	Hace (años).....	
MN11A. INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO ¿RECIBIÓ LA INYECCIÓN CONTRA LA TOSFERINA PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL BEBÉ?	Sí 1 No .....2 No sabe .....8	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (nombre)?  <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?  Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.  Si la entrevistada dice que nadie le asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico general/obstetra .....A Enfermera general .....B Comadrona auxiliar .....C Enfermera obstétrica .....I Otra persona Partera tradicional .....F Trabajadora de salud comunitaria .....G Pariente/Amiga(o) .....H Otro (especifique) .....X Nadie .....Y	

<p>MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (nombre)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nombre del lugar)</i></p>	<p>Hogar</p> <p>Su casa ..... 11</p> <p>Otra casa ..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital de la CCSS ..... 21</p> <p>Clinica del la CCSS / centro de salud ..... 22</p> <p>Sede de EBAIS ..... 23</p> <p>Otra institución pública (especifique) ..... 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado ..... 31</p> <p>Clinica privada ..... 32</p> <p>Otro centro médico privado (especifique) ..... 36</p> <p>Otro (especifique) ..... 96</p>	<p>11⇨ MN20</p> <p>12⇨ MN20</p> <p>96⇨ MN20</p>
<p>MN19. ¿NACIÓ (NOMBRE) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE SACARON EL BEBÉ POR EL ESTÓMAGO?</p>	<p>SI 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (nombre), ¿ERA EL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande ..... 1</p> <p>Más grande que el promedio ..... 2</p> <p>Tamaño promedio ..... 3</p> <p>Más pequeño que el promedio ..... 4</p> <p>Muy pequeño ..... 5</p> <p>No sabe ..... 8</p>	
<p>MN21. ¿FUE (nombre) PESADO AL NACER?</p>	<p>SI 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p>	<p>2⇨ MN23</p> <p>8⇨ MN23</p>
<p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (nombre)?</p> <p><i>Transcriba el peso del carné de salud, si está disponible.</i></p>	<p>Del carné ..... 1 (kg) _ _ _ _</p> <p>De memoria ..... 2 (kg) _ _ _ _</p> <p>No sabe ..... 99998</p>	
<p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (nombre)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>	
<p>MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (nombre)?</p>	<p>SI 1</p> <p>No ..... 2</p>	<p>2⇨ Siguiente módulo</p>
<p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (NOMBRE) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es "menos de una hora", anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es 'menos de 24 horas', anote horas.</i></p>	<p>INMEDIATAMENTE ..... 000</p> <p>HORAS ..... 1 _ _</p> <p>DÍAS ..... 2 _ _</p>	

En cualquier otro caso, anote días.	NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (nombre) QUE NO SEA LECHE MATERNA?	SI. 1 No..... 2	2→ Siguiente Módulo
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (NOMBRE) DE TOMAR?  Indague: ¿ALGO MÁS?	Leche (que no sea leche materna) ..... A Agua del tubo/sin aditivos..... B Agua dulce o agua con azúcar..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés ..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés ..... G Té/Infusiones ..... H Miel..... I  Otro (especifique)..... X	

### Anexo 7.3. Costa Rica: encuesta EMNA 2018, preguntas contempladas del cuestionario de mujeres de 15 a 49 años

	REPÚBLICA DE COSTA RICA ENCUESTA DE MUJERES, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (EMNA, 2018) <b>CUESTIONARIO DE MUJERES INDIVIDUALES</b>	
<i>La confidencialidad de la información que suministre, está garantizada por el artículo 4 de la Ley N°7839 de 1998 del Sistema de Estadística Nacional.</i>		
<b>PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER</b>		<b>WM</b>
<b>WM1. ID:</b> ____ ____ ____	<b>WM2. Número de hogar:</b> ____ ____	
<b>WM3. Nombre y número de línea de la mujer:</b> NOMBRE ____ ____ ____	<b>WM4. Nombre y número del supervisor/a:</b> NOMBRE ____ ____ ____	
<b>WM5. Nombre y número de la entrevistadora:</b> NOMBRE ____ ____ ____	<b>WM6. Día / Mes / Año de la entrevista:</b> ____ / ____ / 2018	
<i>Verifique la edad de la mujer en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, compruebe en HH33 que se obtenga el consentimiento de una persona adulta para la entrevista o que no sea necesario, (HL20=90). Si es necesario el consentimiento y no se obtiene, no se comenzará la entrevista y se registrará '06' en WM17.</i>	<b>WM7. Registre la hora:</b> HORAS          MINUTOS ____ : ____	
<b>WM8. Verifique los cuestionarios completados en este hogar:</b> <i>¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a esta encuestada para otro cuestionario?</i>	SÍ, YA ENTREVISTADA ..... 1 NO, PRIMERA ENTREVISTA ..... 2	1 ⇨ WM9B 2 ⇨ WM9A
<b>WM9A.</b> Hola, me llamo ( <i>su nombre</i> ). Somos entrevistadoras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) que estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los hogares, mujeres, niños/as y adolescentes, por lo que me gustaría conversar con usted acerca de su salud y otros temas. La entrevista durará aproximadamente 25 minutos. También estamos entrevistando a mamás sobre sus hijos/as, que de tener menos de 5 años después vendrá personal de CEN-CINAI a medirles y pesarles. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor, hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?	<b>WM9B.</b> Ahora, me gustaría hablarle sobre su salud y otros temas con más detalle. Esta entrevista durará aproximadamente 25 minutos. De nuevo, toda información que obtengamos será estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta o desea detener la entrevista, por favor, hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora?	
SÍ ..... 1 NO / NO SE PREGUNTA ..... 2	1 ⇨ Módulo de ANTECEDENTES DE LA MUJER 2 ⇨ WM17	

<p><b>WM17.</b> Resultado de la entrevista de la mujer.</p> <p><i>Comente con su supervisor/a cualquier resultado no completado.</i></p>	<p>COMPLETA ..... 01</p> <p>AUSENTE..... 02</p> <p>RECHAZO ..... 03</p> <p>COMPLETADA PARCIALMENTE ..... 04</p> <p>INCAPACITADA (LIMITACIONES DE IDIOMA O ENFERMEDAD) (<i>especifique</i>) ..... 05</p> <p>NO HAY CONSENTIMIENTO DE UNA PERSONA ADULTA PARA ENTREVISTADA DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD.....06</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) ..... 96</p>
<b>ANTECEDENTES DE LA MUJER</b>	
<p><b>WB1.</b> Verifique el número de línea de la entrevistada (WM3) en EL PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y la persona encuestada en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47):</p>	<p>WM3=HH47 .....1</p> <p>WM3≠HH47 .....2</p> <p style="text-align: right;">2 ⇨ WB3</p>
<p><b>WB2.</b> Verifique ED5 en el Módulo de EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR para esta entrevistada: Nivel de estudios más alto al que ha asistido:</p>	<p>ED5=2 O 4 .....1</p> <p>ED5=0, 1, 8 O EN BLANCO .....2</p> <p style="text-align: right;">1 ⇨ WB15 2 ⇨ WB14</p>
<p><b>WB3.</b> ¿En qué mes y año nació usted?</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>MES ..... _ _</p> <p>NS MES ..... 98</p> <p>AÑO..... _ _ _ _</p> <p>NS AÑO..... 9998</p>
<p><b>WB4.</b> ¿Cuántos años cumplidos tiene?</p> <p><i>Si las respuestas a WB3 y WB4 son inconsistentes, verifique la información y corrija. Deberá anotarse la edad correcta.</i></p>	<p>EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS)..... _ _</p>
<p><b>WB5.</b> ¿Asistió alguna vez a un centro educativo, incluyendo un programa como interactivo, transición o preparatoria, escuela, colegio o universidad?</p>	<p>SÍ .....1</p> <p>NO .....2</p> <p style="text-align: right;">2 ⇨ WB14</p>
<p><b>WB6.</b> ¿Cuál es el nivel y grado o año de estudios más alto al que ha asistido usted?</p>	<p>INTERACTIVO / TRANSICIÓN O PREPARATORIA ..... 000</p> <p>PRIMARIA ..... 1 _ _</p> <p>SECUNDARIA ..... 2 _ _</p> <p>SUPERIOR ..... 4 _ _</p> <p style="text-align: right;">000 ⇨ WB14</p>
<p><b>WB7.</b> ¿Usted completó ese (grado/año)?</p>	<p>SÍ .....1</p> <p>NO .....2</p>
<p><b>WB8.</b> Verifique WB4: Edad de la entrevistada:</p>	<p>EDAD 15-24 .....1</p> <p>EDAD 25-49 .....2</p> <p style="text-align: right;">2 ⇨ WB13</p>
<p><b>WB9.</b> En algún momento durante el año lectivo 2018, ¿ha asistido usted a algún centro educativo?</p>	<p>SÍ .....1</p> <p>NO .....2</p> <p style="text-align: right;">2 ⇨ WB11</p>

<b>WB10.</b> Durante el año 2018, ¿a qué nivel y grado o año está usted asistiendo?	PRIMARIA..... 1 ___ SECUNDARIA..... 2 ___ SUPERIOR..... 4 ___	
<b>WB11.</b> En algún momento durante el año lectivo 2017, ¿asistió usted al colegio o la escuela?	SÍ.....1 NO.....2	2 ⇒WB13
<b>WB12.</b> Durante ese año lectivo 2017, ¿a qué nivel y grado o año <u>asistió</u> usted?	PRIMARIA..... 1 ___ SECUNDARIA..... 2 ___ SUPERIOR..... 4 ___	
<b>WB13.</b> Verifique WB6: Nivel de estudios más alto al que ha asistido	WB6=2 O 4 .....1 WB6=1 .....2	1 ⇒WB15
<b>WB14.</b> Ahora me gustaría que me leyera esta frase.  <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada.</i>  <i>Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague: ¿Puede leerme parte de la frase?</i>	NO PUEDE LEER NADA.....1 PUEDE LEER SOLO PARTES DE LA FRASE .....2 PUEDE LEER LA FRASE COMPLETA.....3 LA FRASE NO ESTABA EN EL IDIOMA REQUERIDO/BRAILLE (especifique idioma).....4	
<b>WB15.</b> ¿Cuánto tiempo ha estado viviendo continuamente en (nombre de la ciudad o pueblo de residencia)?  <i>Si es menos de un año, registre '00' años.</i>	AÑOS ..... SIEMPRE / DESDE NACIMIENTO.....95	95 ⇒WB18
<b>WB16.</b> ¿Justo antes de mudarse aquí, usted vivió en una zona urbana o en una zona rural?  <i>Indague para identificar el tipo de lugar.</i>  <i>Si no logra determinar si el lugar es zona urbana o zona rural, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '9' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i>  _____ <i>(Nombre del lugar)</i>	ZONA URBANA.....1 ZONA RURAL.....3	
<b>WB17.</b> Antes de pasarse a esta vivienda, ¿en qué provincia vivió usted?  <i>Si la provincia es la misma a la que vive actualmente anótela.</i>	SAN JOSÉ .....01 ALAJUELA .....02 CARTAGO .....03 HEREDIA.....04 GUANACASTE.....05 PUNTARENAS .....06 LIMÓN .....07  FUERA DE COSTA RICA (especifique).....96	
<b>WB18.</b> ¿Está usted cubierta por algún seguro médico?	SÍ.....1 NO.....2	2 ⇒Fin




<p><b>WB19.</b> ¿Por cuál tipo de seguro médico está usted cubierta?</p> <p><i>Marque todos los tipos de seguro mencionados.</i></p>	<p>SEGURIDAD SOCIAL (CCSS)..... C</p> <p>SEGURO MÉDICO POR INTERMEDIO DEL EMPLEADOR ..... B</p> <p>OTRO SEGURO MÉDICO COMERCIAL ADQUIRIDO DE MANERA PRIVADA ..... D</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)_____ X</p>	
--	---	--

SALUD MATERNA Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA		MN												
<p><b>MN1.</b> Verifique CM17: ¿Hubo un/a nacido/a vivo/a en los últimos 2 años?</p> <p><i>Si lo hubo, copie aquí el nombre del último nacido/a vivo/a anotado/a en el historial de nacimientos (CM18) y utilícelo donde se indique:</i></p> <p>Nombre _____</p>	<p>SÍ, CM17=1..... 1 NO, CM17=0 O EN BLANCO..... 2</p>	2 ⇒ Fin												
<p><b>MN2.</b> ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1 NO..... 2</p>	2 ⇒ MN7												
<p><b>MN3.</b> ¿A quién consultó?</p> <p><i>Indague: ¿Alguna otra persona?</i></p> <p><i>Indague a qué tipo de persona consultó y registre todas las respuestas proporcionadas.</i></p>	<p><b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b> MÉDICO GENERAL/OBSTETRA..... A ENFERMERA GENERAL..... B ENFERMERA OBSTÉTRICA..... I</p> <p><b>OTRA PERSONA</b> PARTERA TRADICIONAL..... F ATAP..... G</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)..... X</p>													
<p><b>MN4.</b> ¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para ese embarazo?</p> <p><i>Registre la respuesta tal y como la exponga la entrevistada. Si “9 meses” o más tarde, registre 9.</i></p>	<p>SEMANAS..... 1 ___</p> <p>MESES..... 2 <u>0</u> ___</p> <p>NS..... 998</p>													
<p><b>MN5.</b> ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante ese embarazo?</p> <p><i>Indague para averiguar cuántas veces recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de chequeos prenatales recibidos.</i></p>	<p>NÚMERO DE VECES..... ___</p> <p>NS..... 98</p>													
<p><b>MN6.</b> Como parte de su chequeo prenatal durante ese embarazo, ¿al menos una vez, le tomaron:</p> <p>[A] la presión arterial?</p> <p>[B] una muestra de orina?</p> <p>[C] una muestra de sangre?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE SANGRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	MUESTRA DE ORINA.....	1	2	MUESTRA DE SANGRE.....	1	2	
	SÍ	NO												
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2												
MUESTRA DE ORINA.....	1	2												
MUESTRA DE SANGRE.....	1	2												

<p><b>MN7.</b> ¿Tiene usted algún libro de vacunas u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?</p> <p><i>Si es "Sí", pregunte: ¿Puedo verlo, por favor?</i></p> <p><i>Si se muestra el libro de vacunas, úselo para las respuestas de las siguientes preguntas.</i></p>	<p>SÍ (VIO EL LIBRO U OTRO DOCUMENTO) ..... 1  SÍ (NO VIO EL LIBRO U OTRO DOCUMENTO)..... 2  NO ..... 3  NS ..... 8</p>	
<p><b>MN8.</b> Cuando estaba embarazada de (<b>nombre</b>), ¿recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebé le diera tétanos?</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2 ⇨ MN11  8 ⇨ MN11</p>
<p><b>MN9.</b> ¿Cuántas veces recibió la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (<b>nombre</b>)?</p>	<p>NÚMERO DE VECES ..... __  NS ..... 8</p>	<p>8 ⇨ MN11</p>
<p><b>MN10.</b> Verifique MN9: ¿Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se reportaron?</p>	<p>SOLO 1 INYECCIÓN ..... 1  2 O MÁS INYECCIONES ..... 2</p>	<p>2 ⇨ MN19</p>
<p><b>MN11.</b> ¿Recibió alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (<b>nombre</b>), ya sea para protegerla a usted o a otro/a bebé?</p> <p><i>Incluya vacunas DPT (tétanos) recibidas cuando era niña si se mencionan.</i></p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2  NS ..... 8</p>	<p>2 ⇨ MN19  8 ⇨ MN19</p>
<p><b>MN12.</b> ¿Cuántas veces recibió una inyección antitetánica antes de estar embarazada de (<b>nombre</b>)?</p> <p><i>Si fueron 7 o más veces, registre '7'.</i>  <i>Incluya vacunas DPT (tétanos) recibidas cuando era niña si se mencionan.</i></p>	<p>NÚMERO DE VECES ..... __  NS ..... 8</p>	
<p><b>MN13.</b> Verifique MN12: ¿Cuántas inyecciones antitetánicas antes del último embarazo fueron reportaron?</p>	<p>SOLO 1 INYECCIÓN ..... 1  2 O MÁS INYECCIONES O NS ..... 2</p>	<p>1 ⇨ MN14A  2 ⇨ MN14B</p>
<p><b>MN14A.</b> ¿Cuántos años hace que recibió esa inyección antitetánica?</p> <p><b>MN14B.</b> ¿Cuántos años hace que recibió la última de esas inyecciones antitetánicas?</p> <p><i>La referencia es a la última inyección recibida <u>antes</u> de este embarazo como se anotó en MN12.</i>  <i>Si fue menos de 1 año, registre '00'.</i></p>	<p>HACE AÑOS ..... __ __  NS ..... 98</p>	

<p><b>MN19.</b> ¿Quién la atendió en el parto de (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague: ¿Alguien más?</i></p> <p><i>Indague qué tipo de persona atendió el parto y registre todas las respuestas proporcionadas.</i></p>	<p><b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b>  MÉDICO GENERAL/OBSTETRA ..... A  ENFERMERA GENERAL..... B  ENFERMERA OBSTÉTRICA ..... I</p> <p><b>OTRA PERSONA</b>  PARTERA TRADICIONAL .....F  ATAP ..... G</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) ..... X</p>	
<p><b>MN20.</b> ¿Dónde dio a luz a (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar el lugar donde dio a luz.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>HOGAR</b>  HOGAR DE LA ENTREVISTADA ..... 11  OTRO HOGAR..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b>  HOSPITAL DE LA CCSS ..... 21  CLÍNICA DE LA CCSS ..... 22  SEDE DE EBAIS ..... 23  OTRA INSTITUCIÓN  PÚBLICA (<i>especifique</i>) ..... 26</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b>  HOSPITAL PRIVADO ..... 31  CLÍNICA PRIVADA ..... 32  OTRA INSTITUCIÓN  PRIVADA (<i>especifique</i>) ..... 36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO..... 76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) ..... 96</p>	<p>11 ⇒MN23  12 ⇒MN23</p> <p>96 ⇒MN23</p>
<p><b>MN21.</b> ¿Nació (<i>nombre</i>) por cesárea?</p> <p>Es decir, ¿le cortaron su vientre para sacar al bebé? (panza)</p>	<p>SÍ ..... 1  NO ..... 2</p>	<p>2 ⇒MN22A</p>
<p><b>MN22.</b> ¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea?</p> <p><i>Indague si es necesario: ¿Fue antes o después de que empezaran los dolores de parto?</i></p>	<p>ANTES DE DOLORES DE PARTO..... 1  DESPUÉS DE DOLORES DE PARTO..... 2</p>	<p>1 ⇒MN22B  2 ⇒MN22B</p>

MN22A. <u>Durante la labor de parto</u> del (último) nacido vivo:	SÍ    NO		
[A] ¿Le permitieron estar acompañada?	ESTAR ACOMPAÑADA.....	1    2	
[B] ¿Hubo privacidad necesaria?	PRIVACIDAD NECESARIA.....	1    2	
[C] ¿La posición del parto fue cómoda?	POSICIÓN CÓMODA.....	1    2	

	SÍ	NO	
<p><b>MN22B.</b> Durante el (último) parto natural o por cesárea:</p> <p>[A] ¿Se le consultó sobre aplicarle algún medicamento o realizarle algún procedimiento?</p> <p>[B] ¿Le dieron explicaciones que usted entendió?</p> <p>[C] ¿Se le apoyó de forma adecuada?</p> <p>[D] ¿Fue criticada, recibió comentarios despectivos o sobrenombres?</p> <p>[E] ¿Le gritaron o la regañaron?</p> <p>[F] ¿Se le obligó a pujar sin ser necesario hacerlo?</p> <p>[G] ¿Le pegaron o agredieron físicamente?</p>	<p>CONSULTA SOBRE MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS? ..... 1</p> <p>EXPLICACIONES QUE ENTENDIÓ.....1</p> <p>APOYO DE FORMA ADECUADA..... 1</p> <p>CRITICADA / COMENTARIOS / SOBRENOMBRES..... 1</p> <p>GRITOS / REGAÑOS..... 1</p> <p>OBLIGARON A PUJAR SIN SER NECESARIO..... 1</p> <p>AGRESIÓN FÍSICA..... 1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	
<p><b>MN23.</b> Inmediatamente después del nacimiento, ¿(<i>nombre</i>) fue puesto/a directamente sobre la piel desnuda de su pecho?</p> <p><i>Si es necesario, muestre a la mujer la imagen de la posición “piel a piel”.</i></p>  <p><small>Photo Credit: Joyce Odwin</small></p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA ..... 8</p>	<p>2 ⇒ MN25</p> <p>8 ⇒ MN25</p>	
<p><b>MN24.</b> Antes de ponerlo/a sobre la piel desnuda de su pecho, ¿(<i>nombre</i>) fue envuelto/a?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA ..... 8</p>		
<p><b>MN25.</b> ¿Fue (<i>nombre</i>) secado/a o limpiado/a poco después del nacimiento?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA ..... 8</p>		

<p><b>MN26.</b> ¿Cuánto tiempo después del nacimiento fue (<i>nombre</i>) bañado/a por primera vez?</p> <p><i>Si responde “inmediatamente” o menos de 1 hora, registre ‘000’.</i> <i>Si responde menos de 24 horas, registre horas.</i></p> <p><i>Si responde “1 día” o “al día siguiente”, indague: ¿Aproximadamente cuántas horas después del nacimiento?</i></p> <p><i>Si responde “24 horas”, indague para asegurar la mejor estimación de menos de 24 horas o 1 día.</i> <i>Si responde 24 horas o más, registre días.</i></p>	<p>INMEDIATAMENTE/MENOS DE 1 HORA .... 000</p> <p>HORAS.....<b>1</b> __ __</p> <p>DÍAS.....<b>2</b> __ __</p> <p>NUNCA BAÑADO/A..... 997</p> <p>NS / NO RECUERDA ..... 998</p>	
<p><b>MN32.</b> Cuando nació (<i>nombre</i>), ¿era él/ella muy grande, más grande que el promedio, tamaño promedio, más pequeño/a que el promedio, o muy pequeño/a?</p>	<p>MUY GRANDE..... 1</p> <p>MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO..... 2</p> <p>TAMAÑO PROMEDIO..... 3</p> <p>MÁS PEQUEÑO/A QUE EL PROMEDIO..... 4</p> <p>MUY PEQUEÑO/A..... 5</p> <p>NS..... 8</p>	
<p><b>MN33.</b> ¿Pesaron a (<i>nombre</i>) al nacer?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2 ⇒ MN35</p> <p>8 ⇒ MN35</p>
<p><b>MN34.</b> ¿Cuánto pesó (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso del libro de vacunas, si está disponible.</i></p>	<p>DEL LIBRO DE VACUNAS..... 1 (KG) __ . __ __ __</p> <p>DE LO QUE RECUERDA..... 2 (KG) __ . __ __ __</p> <p>NS..... 9.998</p>	
<p><b>MN35.</b> ¿Volvió su periodo menstrual después del nacimiento de (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
<p><b>MN36.</b> ¿Alguna vez le dio de mamar a (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>2 ⇒ MN39B</p>
<p><b>MN37.</b> ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio de mamar a (<i>nombre</i>) por primera vez?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, registre ‘00’ horas.</i> <i>Si la respuesta es menos de 24 horas, registre horas.</i> <i>En cualquier otro caso, registre días.</i></p>	<p>INMEDIATAMENTE..... 000</p> <p>HORAS..... 1 __ __</p> <p>DÍAS..... 2 __ __</p> <p>NS / NO RECUERDA ..... 998</p>	
<p><b>MN38.</b> Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (<i>nombre</i>) que no fuera leche materna?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>1 ⇒ MN39A</p> <p>2 ⇒ Fin</p>

<p><b>MN39A.</b> ¿Qué se le dio a (<i>nombre</i>) de tomar?</p> <p><i>Indague: ¿Algo más?</i></p> <p><i>‘No dar nada de beber’ no es una respuesta válida y no se puede registrar la categoría de respuesta Y.</i></p> <p><b>MN39B.</b> En los tres primeros días tras el parto, ¿qué se le dio a (<i>nombre</i>) de tomar?</p> <p><i>Indague: ¿Algo más?</i></p> <p><i>‘NO DAR NADA DE BEBER’ (CATEGORÍA Y) SOLO SE PUEDE REGISTRAR SI NO SE HA REGISTRADO NINGUNA OTRA CATEGORÍA DE RESPUESTA.</i></p>	<p>LECHE (QUE NO SEA LECHE MATERNA)..... A</p> <p>AGUA SOLA ..... B</p> <p>AGUA CON AZÚCAR O CON GLUCOSA..... C</p> <p>SOLUCIÓN MEDICINAL PARA ALIVIAR CÓLICOS EN BEBÉS ..... D</p> <p>SOLUCIÓN DE AGUA CON AZÚCAR Y SAL ..... E</p> <p>JUGO DE FRUTAS ..... F</p> <p>FÓRMULA PARA BEBÉS..... G</p> <p>TÉ/INFUSIONES / PREPARACIONES TRADICIONALES DE HIERBAS..... H</p> <p>MIEL ..... I</p> <p>MEDICAMENTOS PRESCRITOS ..... J</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)..... X</p> <p>NO SE LE DIO NADA DE BEBER..... Y</p>	
--	--	--



CONTROLES DE SALUD POSNATAL		PN
<p><b>PN1.</b> Verifique <i>CM17</i>: ¿Hubo un nacido/a vivo/a en los últimos 2 años?</p> <p><i>Copie aquí el nombre del último nacimiento registrado en el historial de nacimientos (CM18) y úselo donde se indique:</i></p> <p>Nombre _____</p>	<p>SÍ, <i>CM17</i>=1 ..... 1</p> <p>NO, <i>CM17</i>=0 O EN BLANCO ..... 2</p>	2 ⇒ <i>Fin</i>
<p><b>PN2.</b> Verifique <i>MN20</i>: ¿El niño/a nació en un centro de salud?</p>	<p>SÍ, <i>MN20</i>=21-36 O 76 ..... 1</p> <p>NO, <i>MN20</i>=11-12 O 96 ..... 2</p>	2 ⇒ <i>PN7</i>
<p><b>PN3.</b> Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de lo que sucedió durante las horas y días después del nacimiento de (<i>nombre</i>).</p> <p>Usted dijo que dio a luz en (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>). ¿Cuánto tiempo permaneció allí después del parto?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i></p> <p><i>Si es menos de una semana, registre los días.</i></p> <p><i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>HORAS ..... <b>1</b> ___</p> <p>DÍAS ..... <b>2</b> ___</p> <p>SEMANAS ..... <b>3</b> ___</p> <p>NS / NO RECUERDA ..... 998</p>	
<p><b>PN4.</b> Me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (<i>nombre</i>) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (<i>nombre</i>), revisó el cordón o vio si (<i>nombre</i>) estaba bien.</p> <p>Antes de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>), ¿alguien evaluó la condición de salud de (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
<p><b>PN5.</b> ¿Y sobre <u>su</u> condición de salud, quiero decir, alguien revisó su salud, por ejemplo, haciendo preguntas sobre el estado de su salud o examinándola?</p> <p>¿Alguien revisó la condición de <u>su</u> salud antes de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
<p><b>PN6.</b> Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que pasó después de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>).</p> <p>¿Alguien revisó la condición de salud de (<i>nombre</i>) después de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>)?</p>	<p>SÍ ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>1 ⇒ <i>PN12</i></p> <p>2 ⇒ <i>PN17</i></p>

<p><b>PN7.</b> Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un ATAP?</p>	<p>SÍ, AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-I REGISTRADA..... 1  NO, NINGUNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-I REGISTRADA ..... 2</p>	<p>2 ⇒ PN11</p>
<p><b>PN8.</b> Usted dijo que un/a (<i>persona o personas en MN19</i>) la atendió durante el parto. Ahora me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (<i>nombre</i>) después del parto, por ejemplo, alguien examinó a (<i>nombre</i>), revisó el cordón o vio si (<i>nombre</i>) estaba bien.</p> <p>Después del parto y antes de que (<i>persona o personas en MN19</i>) se marchara, ¿(<i>persona o personas en MN19</i>) revisó la condición de salud de (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	
<p><b>PN9.</b> ¿Y alguna (<i>persona o personas en MN19</i>) chequeó <u>su</u> salud antes de que se marchara, por ejemplo, le hizo preguntas acerca de su salud o la examinó?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	
<p><b>PN10.</b> ¿Después de que (<i>persona o personas en MN19</i>) se marchara, revisó alguien la salud de (<i>nombre</i>)?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN12  2 ⇒ PN19</p>
<p><b>PN11.</b> Me gustaría hablarle de los controles de salud de (<i>nombre</i>) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (<i>nombre</i>), revisó el cordón o vio si el bebé estaba bien.</p> <p>Después del nacimiento de (<i>nombre</i>) ¿revisó alguien la salud de él/ella?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	<p>2 ⇒ PN20</p>
<p><b>PN12.</b> ¿Esta revisión ocurrió solo una vez, o más de una vez?</p>	<p>UNA VEZ ..... 1  MÁS DE UNA VEZ ..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN13A  2 ⇒ PN13B</p>
<p><b>PN13A.</b> ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo esa revisión?</p> <p><b>PN13B.</b> ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i>  <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i>  <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>HORAS ..... <b>1</b> ___ ___  DÍAS ..... <b>2</b> ___ ___  SEMANAS ..... <b>3</b> ___ ___  NS / NO RECUERDA ..... 998</p>	

<p><b>PN14.</b> ¿Quién revisó la salud de (<i>nombre</i>) en aquel momento?</p>	<p><b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b>  MÉDICO GENERAL/OBSTETRA ..... A  ENFERMERA GENERAL .....B  ENFERMERA OBSTÉTRICA .....I</p> <p><b>OTRA PERSONA</b>  PARTERA TRADICIONAL.....F  ATAP ..... G</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) ..... X</p>	
<p><b>PN15.</b> ¿Dónde se realizó esta revisión?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de lugar.</i></p> <p><i>Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>HOGAR</b>  HOGAR DE LA ENTREVISTADA ..... 11  OTRO HOGAR ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b>  HOSPITAL DE LA CCSS ..... 21  CLÍNICA DE LA CCSS.....22  SEDE DE EBAIS..... 23  OTRA INSTITUCIÓN  PÚBLICA (<i>especifique</i>) .....26</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b>  HOSPITAL PRIVADO..... 31  CLÍNICA PRIVADA..... 32  OTRA INSTITUCIÓN  PRIVADA (<i>especifique</i>) .....36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO .....76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) .....96</p>	
<p><b>PN16.</b> Verifique MN20: ¿Nació el niño/a en un centro de salud?</p>	<p>SÍ, MN20=21-36 O 76 ..... 1  NO, MN20=11-12 O 96 ..... 2</p>	2 ⇒PN18
<p><b>PN17.</b> Después de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>), ¿chequeó alguien su salud?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	1 ⇒PN21 2 ⇒PN25
<p><b>PN18.</b> Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un ATAP?</p>	<p>SÍ, AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-G REGISTRADA..... 1  NO, NINGUNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-G REGISTRADA ..... 2</p>	2 ⇒PN20
<p><b>PN19.</b> Después de que terminara el parto y que se fuera (<i>persona o personas en MN19</i>), ¿alguien revisó su salud?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	1 ⇒PN21 2 ⇒PN25
<p><b>PN20.</b> Después del nacimiento de (<i>nombre</i>), ¿revisó alguien su salud, por ejemplo, haciéndole preguntas sobre su salud o examinándola?</p>	<p>SÍ..... 1  NO..... 2</p>	2 ⇒PN25
<p><b>PN21.</b> ¿Esta revisión ocurrió solo una vez, o más de una vez?</p>	<p>UNA VEZ ..... 1  MÁS DE UNA VEZ ..... 2</p>	1 ⇒PN22A 2 ⇒PN22B

<p><b>PN22A.</b> ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?</p> <p><b>PN22B.</b> ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>HORAS ..... <b>1</b> ___</p> <p>DÍAS ..... <b>2</b> ___</p> <p>SEMANAS ..... <b>3</b> ___</p> <p>NS / NO RECUERDA ..... 998</p>	
<p><b>PN23.</b> ¿Quién revisó <u>su</u> salud en aquel momento?</p>	<p><b>PROFESIONAL DE LA SALUD</b>  MÉDICO GENERAL/OBSTETRA .....A  ENFERMERA GENERAL .....B  ENFERMERA OBSTÉTRICA .....I</p> <p><b>OTRA PERSONA</b>  PARTERA TRADICIONAL..... F  ATAP .....G</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)_____ X</p>	
<p><b>PN24.</b> ¿Dónde se realizó esta revisión?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de lugar.</i></p> <p><i>Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p><b>HOGAR</b>  HOGAR DE LA ENTREVISTADA ..... 11  OTRO HOGAR ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b>  HOSPITAL DE LA CCSS ..... 21  CLÍNICA DE LA  CCSS..... 22  SEDE DE EBAIS..... 23  OTRA INSTITUCIÓN  PÚBLICA (<i>especifique</i>)_____26</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b>  HOSPITAL PRIVADO..... 31  CLÍNICA PRIVADA ..... 32  OTRA INSTITUCIÓN  PRIVADA (<i>especifique</i>) _____36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO .....76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____96</p>	

<p><b>PN25.</b> Durante los primeros dos días después del parto ¿algún profesional de la salud hizo algo de lo siguiente ya sea en el hogar o en un centro de salud:</p> <p>[A] examinó el cordón de (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] le tomó la temperatura a (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] le dio consejería sobre lactancia materna?</p>	<p style="text-align: right;">SÍ NO NS</p> <p>EXAMINÓ EL CORDÓN ..... 1 2 8</p> <p>TOMÓ LA TEMPERATURA..... 1 2 8</p> <p>CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA ..... 1 2 8</p>	
<p><b>PN26.</b> Verifique MN36: ¿El niño/a fue alguna vez amamantado/a?</p>	<p>SÍ, MN36=1 ..... 1</p> <p>NO, MN36=2..... 2</p>	2 ⇒PN28
<p><b>PN27.</b> ¿Observó la lactancia de (<i>nombre</i>)?</p>	<p style="text-align: right;">SÍ NO NS</p> <p>OBSERVÓ LACTANCIA 1 2 8</p>	
<p><b>PN28.</b> Verifique MN33: ¿Fue pesado/a el niño/a al nacer?</p>	<p>SÍ, MN33=1 .....1</p> <p>NO, MN33=2.....2</p> <p>NS, MN33=8 .....3</p>	<p>1 ⇒PN29A</p> <p>2 ⇒PN29B</p> <p>3 ⇒PN29C</p>
<p><b>PN29A.</b> Usted mencionó que (<i>nombre</i>) fue pesado/a al nacer. Después de esto, ¿(<i>nombre</i>) fue pesado/a de nuevo por algún/a profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p> <p><b>PN29B.</b> Usted mencionó que (<i>nombre</i>) no fue pesado/a al nacer. ¿Fue pesado/a (<i>nombre</i>) por algún/a profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p> <p><b>PN29C.</b> Usted mencionó que no sabe si (<i>nombre</i>) fue pesado/a al nacer. ¿Fue pesado/a (<i>nombre</i>) por algún/a profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO.....2</p>	
<p><b>PN30.</b> Durante los primeros dos días después del nacimiento de (<i>nombre</i>), ¿algún/a profesional de la salud le dio información acerca de los síntomas que requieren que usted lleve a su hijo/a enfermo/a a un centro de salud para su atención?</p>	<p>SÍ..... 1</p> <p>NO.....2</p>	

**Fuente:** INEC, 2018b.

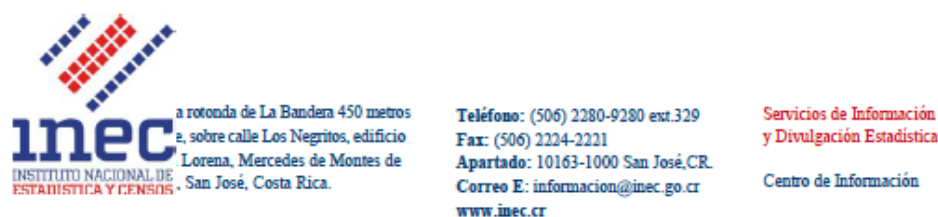
### Anexo 7.4. Cronograma

FASE	Mes y año									
	ago-19	set-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20
Análisis teórico										
Unión de bases de datos y validación de consistencia										
Creación de variables e indicadores (sintaxis SPSS)										
Análisis de asociación										
Cálculo de indicadores										
Elaboración y revisión de tabulados y gráficos										
Redacción de informe final										
Revisión de estilo										
Remisión a la Comisión de Posgrado										
Defensa de tesis										

### Anexo 7.5. Presupuesto

Las bases de datos son gratuitas y anonimizadas. Asimismo, se cuenta con el programa estadístico para el análisis. Si se considera un periodo de ejecución de seis meses, con una estimación de 80 horas al mes, con el pago de profesional licenciado, el costo se estima en ¢ 16 800 000.

## Anexo 7.6. INEC: acceso a las bases de datos<sup>21</sup>



San José, 2 de Setiembre del 2019  
 INEC-ASIDE-PCI-242-2019

Señor  
 Eugenio Fuentes Rodríguez  
 Estudiante Maestría Salud Pública  
 Universidad de Costa Rica

En atención a solicitud enviada por la Subgerente del INEC de fecha 22 de julio de los corrientes, solicitando las bases de datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA 2018), para ser utilizadas en la elaboración del proyecto de tesis para optar por el título de máster en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, le informo que la gerencia mediante oficio INEC-GE-646-2019, remitido el 30 de agosto del 2019, dio la autorización para entregar las base de datos por ser funcionario de la institución, en virtud de la confidencialidad que todo funcionario/a debe tener con la información a la que tiene o puede tener acceso.

Puede acceder a estas bases por medio de la siguiente dirección: <ftp://www.inec.go.cr> en el recuadro que se expone en campo usuario indica usuario y en el campo de clave indica: **Centroinfo15**, una vez ubicado en la carpeta usuarios encontrará una carpeta renombrada **Eugenio Fuentes**. Por un procedimiento de seguridad institucional le comunico que para acceder a la información debe hacer uso de la siguiente clave [REDACTED]

El investigador Fuentes Rodríguez, es el único que está autorizado para el uso de los microdatos, debe ratificar su uso exclusivo para el proyecto de tesis en aspectos extra laborales, al igual indicar las medidas de seguridad que utilizará para privilegiar la confidencialidad de la información y evitar el acceso no autorizado.

Se le indica que debe mostrar compromiso como funcionario en el uso de las bases de datos entregadas, para cumplir lo siguiente:

- El investigador Eugenio Fuentes será responsable de resguardar estas bases de datos que entrega el INEC y darle un uso apropiado, conforme a lo establecido en el Artículo 21 de la Ley No. 9694 del Sistema de Estadística Nacional (SEN).
- Usar las bases de datos solamente para fines científico-estadístico, todo en resguardo del principio de confidencialidad que demanda el Artículo 21 de la Ley No. 9694 del SEN.
- No copiar, ceder, donar, prestar, facilitar ni enajenar por ningún medio la información contenida en la base de datos para uso de terceros, sin la autorización formal y previa del INEC.
- Colocar la referencia de la fuente de información en todos los informes, investigaciones o documentos en general que se elaboren a partir de estos datos, respetando en todo momento los derechos de autor y demás derechos conexos que posee el INEC sobre los datos que por este medio se le suministran.
- Que no sea usado para consulta pública, es decir, que su uso sea interno y discrecional, en atención a lo dispuesto en el punto c.) anterior.

+ INFORMACION,  
 MEJORES DECISIONES PAÍS.  
 LO DICE USTED, LO DICE INEC.

<sup>21</sup> Por seguridad se oculta intencionalmente la clave asignada al investigador.



a rotonda de La Bandera 450 metros  
e, sobre calle Los Negritos, edificio  
Lorena, Mercedes de Montes de  
San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2280-9280 ext.329  
Fax: (506) 2224-2221  
Apartado: 10163-1000 San José, CR.  
Correo E: [informacion@inec.go.cr](mailto:informacion@inec.go.cr)  
[www.inec.cr](http://www.inec.cr)

Servicios de Información  
y Divulgación Estadística  
Centro de Información

San José, 2 de Setiembre del 2019  
INEC-ASIDE-PCI-242-2019  
Página 2

Para el INEC es importante conocer cualquier resultado elaborado a partir de esta información y compartirla, para que sirva de retroalimentación y aprendizaje. Por lo tanto, se le insta a enviar copia digital de los documentos obtenidos a partir de estos datos, ya sea publicaciones, enlaces a sistemas de consulta diseñados, mapas u otros productos, a la Biblioteca del INEC, mediante el correo electrónico [biblioteca@inec.go.cr](mailto:biblioteca@inec.go.cr)  
Igualmente comunicar al INEC las observaciones o comentarios que consideren oportunos para mejorar la información estadística.

Quedo a su disposición, para cualquier consulta que estime pertinente.

Atentamente,

MARIA DEL  
PILAR RAMOS  
VARGAS  
(FIRMA)

Firmado digitalmente  
por MARIA DEL PILAR  
RAMOS VARGAS  
(FIRMA)  
Fecha: 2019.09.02  
11:31:33 -06'00'



Lcda. Pilar Ramos Vargas, coordinadora  
Servicios de Información y Divulgación Estadística

C. Archivo digital



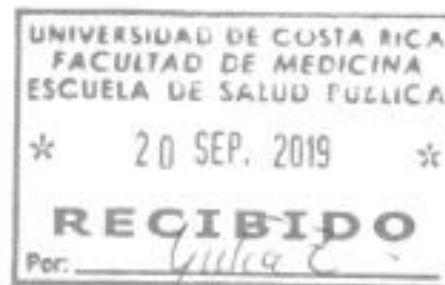
## Anexo 7.7. CEC-UCR: acceso a la bases de datos



**CEC** Comité  
Ético Científico

18 de septiembre de 2019  
CEC-522-2019

M.Sc. Juan Carazo Salas  
Director  
Escuela de Salud Pública



Estimado Señor Director:

Por este medio acusamos de recibido el oficio *PPSP-123-2019* de fecha 10 de setiembre del 2019, dirigido a nuestro Comité Ético Científico y fecha de recibido 12 de setiembre del 2019, con la finalidad de informarnos sobre la presentación de documentos faltantes del trabajo final de graduación "**Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)**".

En este sentido revisada la documentación anexa se cumple con los requerimientos solicitados en el oficio *CEC-491-2019*, por lo tanto, procedemos de conformidad con lo establecido en el numeral 9.3 de los lineamientos del Comité Ético Científico, siendo **aprobado** el trabajo final de graduación "**Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 y 2016-2018)**", del estudiante Eugenio Fuentes Rodríguez.

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.  
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

  
M.Sc. Alfonso Chacón Mata  
Presidente CEC-UCR



ACHM/dha

C. Eugenio Fuentes Rodríguez. Estudiante, Escuela de Salud Pública  
Archivo