

|  |  |
| --- | --- |
| San José, martes 2 de junio de 2015Para: Dr. Francisco Llorca Castro Ministro de Salud  Ministerio de Salud San José Dra. Ma. Rocío Sáenz Presidenta Ejecutiva Caja Costarricense de Seguro Social  presejec@ccss.sa.cr macostava@ccss.sa.cr Dra. María Eugenia Villalta BonillaGerente MédicaCaja Costarricense de Seguro Socialstorresm@ccss.sa.cr/trubiol@ccss.sa.cr/mrojash@ccss.sa.cr/dgmedica@ccss.sa.crDr. José Miguel VillalobosDirector MédicoHospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”Jvillalobosv@ccss.sa.cr vcruz@ccss.sa.cr   Dr.Ho-Sai Acon Chan Director Médico Hospital Dr. Tony Facio Castro kguidosa@ccss.sa.cr Número de fax 2798 4324 Dra. Seidi Herrera Directora Médica Hospital Dr. Enrique Baltodano  Briceño rvillega@ccss.sa.cr Número de fax 2666 1783 Dr. Gerardo Quirós Meza Director General ai. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Número de Fax 2223-3864 De: MSc. Montserrat Solano Carboni  Defensora de los HabitantesCopia: Sra. Maureen Clarke Clarke Diputada  Presidenta de la Comisión de la Mujer Asamblea Legislativa San José  maureen,clarke@asamblea.go.cr Sra. Marcela Jiménez Espinoza Del Abastecedor El Sol 125 mts. Oeste Casa portón eléctrico portón color verde Barrio Mercedes, Aserrí San José Sr. Félix Antonio Solórzano Mercado Del Ebais de Villarreal, 600 mts. Este Contiguo a Villas Kalima Tamarindo, Santa Cruz Guanacaste Sra. Dera Patricia López Alvarado deralopez@hotmail.com Sra. Carolina María Cabañas Urquilla carocab\_24@hotmail.com Sra. Blanca Potoy López Valle de la Estrella, Llano Grande  50 mts. Norte de la Iglesias Evangelio  Completo Valle de la Estrella, Limón    | **OFICIO N° 05142-2015-DHR** -[MU]AL CONTESTAR POR FAVOR CONSIGNE ESTE NUMERO DE OFICIO **EXPEDIENTE N°** **135530-2013-SI****Acumulados****62681-2010 SI****101251-2012 SI****182935-2015 SI****183297-2015 SI****184668-2015 SI****183573-2015 SI****183602-2015 SI** |

Asunto: INFORME FINAL CON RECOMENDACIONES

La Defensoría de los Habitantes recibió las siguientes denuncias relacionadas con los traslados de mujeres limonenses a término para el parto en San José:

1. Denuncia confidencial[[1]](#footnote-1):

*"Hoy en una ambulancia se introducen para traslado a la meseta central a 6 embarazadas, pues en el Hospital de Limón no hay ginecólogo; no las recibe el Calderón Guardia, porque está saturado de trabajo, entonces siguen el calvario hacia el hospital de Cartago, donde tampoco las reciben, continúan nuestras embarazadas sentadas dentro de esa ambulancia, pues es pequeña y solo cabe una camilla hasta que posterior a 6 horas de viaje y en medio de una carretera con muchas vueltas llegan a Turrialba, donde por fin las reciben, y no es la primera vez que en ese trajín nace el niño en la ambulancia*".

1. Denuncia de la Sra. Maritza Medrano Gómez[[2]](#footnote-2):

*“Que en la Provincia de Limón no cuentan con los servicios de salud que las mujeres requieren debido a que el Hospital Dr. Tony Facio Castro no tiene suficiente personal médico especializado en ginecología y por tanto la atención médica (salud reproductiva, Papanicolaou, mamografía, atención de partos, entre otras) tiene que realizarse en San José.*

*Que debido a que la Clínica Hone CreeK (en el cruce hacia Bribi y Puerto Viejo) no cuenta con anestesiólogo/as ni con instalaciones apropiadas, las mujeres de toda la zona, cuando van a dar a luz deben de viajar a San José, tomando en cuenta lo riesgo que esto implica. Solicita la intervención de la Defensoría de los Habitantes en defensa de su derecho a la salud”*

1. **En la investigación de las denuncias presentadas, la Defensoría realizó las siguientes acciones:**
2. **Remisión de Oficios:**

-Oficio N° 05693-2011 DHR dirigido a la Gerencia Médica de la CCSS.

-Oficio N° 10797-2013 DHR dirigido a la Dra. Ileana Balmaceda, Presidenta de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, Gerenta Médica de la CCSS, Dr. Henry Milles, Director General del Hospital Dr. Tony Facio Castro, en ese momento, Dr. Luis Paulino Hernández Castañeda, Director General en ese Momento del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Dra. Krissia Díaz Valverde, Directora General del Hospital Dr. Max Peralta y a la Dra. Olga Álvarez Desanti, Directora General del Hospital William Allen Taylor de Turrialba.

-Oficio N° 07611-2014 DHR dirigido a la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, Gerenta Médica de la CCSS.

1. **Inspecciones de las Salas de Maternidad, labor y partos de los siguientes Hospitales:**

-Dr. Tony Facio Castro de Limón[[3]](#footnote-3)

-Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva[[4]](#footnote-4)”

-Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

 En la inspección realizada al Hospital de las Mujeres en fecha 27 de noviembre de 2015, se conoció que el día 10 de octubre de 2014 se había presentado un parto en un servicio sanitario del Servicio de Alto Riesgo de ese hospital. Por lo anterior, se emitió el Oficio N° 11288-2014 DHR, dirigido al Dr. José Miguel Villalobos en el que se le solicitó la presentación de un informe de esa situación.

1. **Reuniones con los siguientes funcionarios y funcionarias:**

-Dra. Sileny Aguilar, Sub-Directora del Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón.

-Dr. José Miguel Villalobos, Director de Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”.

-Dra. Seidy Herrera, Directora del Hospital Enrique Baltodano de Liberia así como con funcionarios administrativos y de Enfermería de los hospitales mencionados.

Estas reuniones tuvieron como objetivo, entre otros, los siguientes:

-Conocer los requerimientos de especialistas en Gineco-Obtetricia, personal de enfermería obstétrica y otras especialidades así como requerimientos de equipos.

-Indagar sobre las condiciones en que se realizan los traslados de mujeres embarazadas a término para la atención del parto.

-Acciones de coordinación inter-hospitalarias que se realizan para el recibo de las mujeres en el Nosocomio de referencia;

-Gestiones para garantizar el retorno luego de atendido el parto y otros aspectos relacionados con la atención obstétrica de las mujeres embarazadas.[[5]](#footnote-5)

-Inspección de Seguimiento al Expediente N° 101251-2012 SI en el que se emitieron recomendaciones a la Dirección Médica del Hospital de las Mujeres e inspección realizada el 27 de noviembre de 2014.

1. **Visita al CASI de Desamparados y reunión con el Dr. Héctor Araya, Director de ese centro de Salud[[6]](#footnote-6):**

El objetivo de esta reunión fue confirmar la información brindada por la Gerencia Médica de las CCSS de habilitar las Salas de Maternidad de ese lugar para descongestionar el Hospital de las Mujeres, de manera que éste pudiera atender los traslados de mujeres de Limón y otros lugares del país.

1. **Reunión en la Defensoría de los Habitantes solicitada por el Dr. José Miguel Villalobos, Director del Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”:**

El Dr. Villalobos solicitó en la reunión se refirió a las informaciones de prensa y denuncias en redes sociales por la situación presentada al ocurrir un parto en servicio sanitario del Servicio de Alto Riesgo de ese Hospital. El Dr. Villalobos asistió acompañado por el Dr. Freddy Pérez, Director del Servicio de Ginecoobstetricia de ese Hospital así como con la Dra. Seidy Vargas Solano, Directora de Enfermería y otros funcionarios de ese Nosocomio. Por la Defensoría estuvieron presentes el Lic. Juan Manuel Cordero, Defensor Adjunto de los Habitantes, la Licda. Lilliana Castro López, Directora de la Defensoría de la Mujer. La Licda. Alba Pascua Vargas, Profesional de Defensa y el Lic. Ahmed Tabash, Director de Prensa.

1. **A CONTINUACIÓN SE RESUMEN LOS OFICIOS RECIBIDOS EN RESPUESTA A SOLICITUDES DE LA DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES.**

-**Oficio N° 1194** firmado por el Dr. Daver Vidal, Director Regional Huetar Atlántica, en el que en resumen se informó a la Defensoría lo siguiente:

*“La atención médica por los servicios de salud a las mujeres, en la provincia de Limón, que incluye los cantones de Guácimo y Limón, comprendida para efectos del sistema de salud por la Región Huetar Atlántica, se brinda bajo el modelo institucional, sin diferencia alguna a otras regiones... En el año 2010, el Hospital Tony Facio Castro, por situaciones ajenas a la organización institucional, contó con plazas vacantes en la especialidad de Ginecología: por fallecimiento del Dr. Alvarado y por amenazadas a la integridad física de una doctora...*

*Hubo dificultades para llenar esas plazas debido a que los especialistas rechazan estos puestos de trabajo alegando inseguridad en Limón...*

*El Hospital Tony Facio Castro, correspondió con las respectivas atenciones hospitalarias, derivando al Hospital Calderón Guardia, aquellos casos de alta complejidad...”*

-**Oficio N° DM-1303-03-13** firmado por el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director General del Hospital Dr. Tony Facio Castro, informa lo siguiente:

*“El Hospital Dr. Tony Facio Castro solo cuenta con dos médicos especialistas en ginecología de planta los cuales son reforzados por médicos generales debidamente capacitados para apoyar la atención ginecológica. Además se ha coordinado con especialistas de la misma rama de otros centros de salud, con el fin de que brinden servicios los fines de semana, feriados y para cubrir vacaciones...no obstante lo anterior, debido a que los médicos especialistas de planta, como cualquier otra persona se enferma y por tanto requieren incapacitarte o acogerse a un permiso establecido por norma en caso de otro tipo de urgencia, enfermedades de familiares, matrimonios entre otros, los gestores del Hospital Dr. Tony Facio Castro, con el fin de proteger el derecho a la vida de las embarazadas de sus hijos, hemos realizado una serie de gestiones para que los pacientes sean atendidas en otros centros pertenecientes a la Red de Servicios. En ese caso, en primera instancia se coordina con el Hospital Dr. Calderón Guardia, que es nuestro hospital de referencia y cuando éste carece disponibilidades para recibir los pacientes, otros centros de salud como el de Turrialba, Cartago u otros, todo ello con el fin de asegurar que las pacientes sean atendidas y resguardada su salud y su vida.”*

- **Oficio N° GM-37-469-S** ” firmado por el Dr. Hendrick Miles Ramsey, en ese momento Director del Hospital Tony Facio Castro de Limón indica lo siguiente:

*“Primero: Justificación clínica individual sobre el motivo de traslado de cada paciente.*

*Cabe destacar, que primero que todo el rol de guardias del mes de julio, ya se encontraba establecido por dirección anterior, lo cual al ingresar este equipo interventor tuvo que oficializar el rol de disponibilidades ya establecidas, mismo que evidenció que el 25 de julio no se encontraba ningún profesional disponible en el servicio de Ginecología, lo que generó que se realizaran las coordinaciones que se describen en los siguientes puntos. No obstante, ante la previa coordinación con los Hospitales Max Peralta de Cartago, Hospital de Turrialba se logra preservar y trasladar en forma segura sin complicaciones médicas ni mortalidad alguna, traslado en útero del neonato y de su madre gracias a las coordinaciones realizadas por esta Dirección Médica actual. Cabe destacar estas 6 pacientes que se logran trasladar en forma efectiva no presentan alto riesgo para su traslado, debido que lo que se quería evitar, era que alguna de las pacientes iniciaran su Fase de labor de parto y que en una eventual complicación, no tuviéramos la posibilidad de ofrecer una intervención quirúrgica exponiendo a la madre y su hijo a un fatal desenlace.*

*Segundo: Coordinaciones efectuadas a nivel de los establecimientos de la Red Huetar Atlántica para la atención de las pacientes.*

*El hospital Dr. Tony Facio Castro es el centro de salud de referencia del Hospital de Guápiles y el nuestro el Hospital Calderón Guardia. No obstante, ante la necesidad de brindar atención a las pacientes embarazadas, se coordinó con el Dr. Brenes, Director Médico de dicho centro, quien indicó su imposibilidad de recibir pacientes, por cuanto en ese momento solo contaba con dos ginecólogos de medio tiempo cada uno, para cubrir la población de las mujeres de las Áreas de Salud de Guácimo, Guápiles y Cariari, de la Región Huetar Atlántica y además por acceso geográfico, las mujeres de Sarapiquí. Asimismo, se resalta que este centro hospitalario no cuenta con un servicio de neonatología, lo cual no presenta la posibilidad de manejar alguna complicación de un emergencia con un recién nacido.*

*... Es decir que se ha coordinado con hospitales, los cuales aceptan pacientes por determinado tiempo, pero posteriormente, indican que carecen de posibilidades de seguir recibiéndolos, lo que implica que debemos realizar alguna acción concreta que nos permita resolver el problema de fondo de falta de especialistas...”*

-**Oficio N° HMP-DG-2092-2013**, firmado por la Dra. Krissia Díaz Valverde, Directora del Hospital Max Peralta de Cartago, a saber:

*“...Sobre lo denunciado, el Dr. Patermina indica que no recuerda exactamente la fecha en que ocurrió, pero “fue más o menos entre 15 y 22 días atrás.*

*Le sorprendió ver llegar una ambulancia con pacientes de Limón que en apariencia no habían sido aceptadas en el Hospital Calderón Guardia y decidieron venir al Hospital Max Peralta, esto por cuanto no existió coordinación por parte del Hospital Calderón Guardia con el Hospital Dr. Max Peralta, sobre el trasladado de las siete pacientes embarazadas.*

*Todas las pacientes fueron atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Max Peralta donde se decide internar a cuatro de ellas, por su estado de labor de parto avanzado, las cuales tuvieron su parto en las siguientes 24 horas.*

*Debido a que los salones de Ginecología y Obstetricia se encontraban sin espacio, se coordina con el Hospital de Turrialba, comunicación directa entre el Dr. Madriz Morea y el Médico encargado en ese momento en el Hospital William Allen, Dr. Badilla, Ginecólogo, quien manifiesta que están en capacidad de recibir hasta tres pacientes, por lo que se coordina y se realiza el traslado de tres de las siete pacientes que originalmente llegaron, la que en ese momento no tenían una urgencia que contraindicara el traslado a ese hospital....”*

-La Dra. Olga Álvarez Desanti, Directora del Hospital William Allen de Turrialba respondió en el Oficio N° DG-HWAT#629-2013 lo siguiente:

*“...Sobre el particular le informo que, de acuerdo a los registros estadísticos del Servicio de Maternidad, los casos se remontan al mes de julio de 2013, pero no todos se dieron el mismo día.*

*A continuación se presenta un cuadro resumen, con el nombre de las usuarias relacionadas con el caso y la fecha de ingreso al servicio indicado.*

*Mujeres con domicilio de Limón, atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital William Allen Taylor en julio del año 2013:*

*...Como se observa una mujer ingresó el 01 de julio, otra el 15 y cuatro mujeres ingresaron el 25 de julio, todas egresaron del parto en buenas condiciones de salud...”.*

*-La Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, Gerenta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), mediante el oficio N° GM-S-45087-14 de fecha 17 de setiembre de 2014 brinda respuesta a interrogantes emitidas por la Defensoría mediante la remisión del Oficio N° 07611-2014 DHR:*

*“...Sobre este particular, es importante referir que uno de los principales elementos que inciden en este nivel es la poca o nula anuencia de los Especialistas Médicos en incorporarse a laborar en este Hospital, no obstante, pese a lo anterior, la Institución ha realizado importantes esfuerzos tendientes a la atención prioritaria de esa zona donde destaca:*

1. *La solicitud de apoyo de otros Hospitales para la atención de los pacientes referidos por este Hospital. GM-S-328324.*
2. *La determinación de este Centro como una prioridad para la dotación 2015 de profesionales Médicos en Ginecología. GM-S-353714.*
3. *Conformación de una comisión para el análisis y coordinación de esta problemática. DRSS-2360-14.*
4. *La Presidencia Ejecutiva de la institución está elaborando un planteamiento para analizar con el Ministerio de salud la posibilidad de realizar una Declaratoria de Emergencia, que posibilite la contratación de profesionales en la zona.*

*...Respecto del reforzamiento de los Hospitales de San José... En ese sentido, se plantea la siguiente reorganización de los servicios de salud.*

1. *Habilitación y apertura de las Salas y Maternidad del CASI de Desamparados para la atención de partos de bajo riesgo, situación que descongestiona el Hospital de la Mujeres.*
2. *Atención total y concentrada de la población femenina referida por el Servicio de Ginecología del Hospital de Limón, en el Hospital de las Mujeres.*
3. *Producto de las medidas antes referida, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia quedaría solamente con la atención de los pacientes de Cartago, Turrialba y Guápiles.*

*...Los mecanismos de coordinación en la Institución están claramente definidos, en donde juega un papel preponderante la figura de los Directores Generales y Jefes de Servicio y/o de Guardia; de los centros que realizan el traslado y los que reciben el paciente.*

*Asimismo, los mecanismos están dados en dos líneas:*

1. *La coordinación según la red de adscripción, conforme se detalla en el siguiente gráfico: ...*
2. *En los de emergencia y/o saturación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, la solicitud de apoyo con otros centros se da vía instrucción verbal (forma habitual) o escrita. Conforme se evidencia en el oficio GM-S-32837-14. ...la dotación de profesionales en Ginecología en el Hospital Dr. Tony Facio Castro, es una prioridad; con lo cual, conforme consta en el oficio* ***GM-S-3537-14****, se realizaron las gestiones pertinentes, ante el ente competente en la distribución y formación de especialistas (CENDEISS) con el objetivo de asignar en el período 2015-2016 profesionales en esta área para este Hospital....”*

-**Oficio N° DG-450-02-15** de fecha 20 de febrero de 2015, firmado por el Dr. José Miguel Villalobos Brenes, Director del Hospital de la Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva”, en respuesta al oficio de la Defensoría N° 11288-2014 del 11 de diciembre de 2014:

En resumen el Dr. Villalobos manifestó lo siguiente: *“...A continuación paso a dar contestación a los señalamientos realizados por las funcionarias de su dependencia, producto de visitas realizadas en el pasado 27 de noviembre de 2014.*

1. *Derecho al acompañamiento:*

*Dado el incremento en la incidencia de infecciones nosocomiales y la plétora de algunas áreas nos hemos visto obligados a restringir el acompañamiento. Lo anterior en aras de poder proteger a la población consultante de infecciones nosocomiales y hacer prevalecer el precepto jurídico de velar por el bienestar de la colectividad.*

1. *Visita a Salones:*

*Por las razones expuestas en el punto anterior, se nos hace imposible el cumplimiento del acompañamiento del 100%. Se hace necesario hacer mención que a la fecha la mayoría de los servicios se encuentran en plétora, producto de la aceptación de traslados procedentes del Hospital Tony Facio Castro de Limón y Hospital de Guápiles. Adjunto documentos al respecto.*

1. *Violencia obstétrica:*

*Dado lo delicado de las afirmaciones del presente señalamiento, procederé a la convocatoria de una reunión conjunta con la mayoría del personal le estaré informando en tiempo y forma de los resultados de la misma.*

1. *Parto en Servicio Sanitario:*

*En relación a lo anterior, les informo que se procedió a la apertura de una Investigación Preliminar a las funcionarias...y.... producto de la misma se procedió al apercibimiento de ambas funcionarias. Se adjunta documento con el informe final de investigación preliminar N°DE.088.02.2015, suscrito por la Dra. Seidy Vargas Solano.*

1. *Servicios sanitarios para las mujeres que acuden a los servicios de alto riesgo y ultrasonido.*

*Se giró directriz tanto al Jefe de Urgencias Dr. Ricardo Camacho López y Lic. Jorge Matarrita Montes, Jefe Servicio de Registros Médicos de comunicar a sus funcionarios a cargo de que los servicios sanitarios en mención, estarían para el uso de usuarias gestantes que acuden a la Consulta de Alto Riesgo y Ultrasonido.*

1. *Monitores Fetales:*

*Debo aclarar que con respecto al equipo electrónico médico, dado el incremento de fallas técnicas presentadas por el equipo utilizado en los diferentes procesos, este despacho avaló la directriz dada por la Jefatura de Obstetricia, en el sentido de que dicho equipo fuera custodiado en un recinto bajo llave, siendo responsables las Supervisoras de Enfermería, del equipo custodiado...*

*En relación a las listas de espera al corte del 31 de diciembre de 2014, 1871 citas con 261 días promedio. (Datos suministrados por Registros Médicos HOMACE).*

1. *Acceso a los servicios por parte de mujeres con discapacidad:…*

*A partir de marzo de los corrientes, se estarán desplazando funcionarios del Hospital de las Mujeres al Centro Nacional de Rehabilitación, con el propósito de recibir capacitación en el manejo de pacientes con discapacidad, así como cursos de sensibilización por parte de funcionarias de Trabajo Social del CENARE. De igual forma se iniciará la consulta de ginecología en dicho Centro Hospitalario para lo cual se desplazará un Especialista en Ginecología una vez al mes y según demanda se incrementará el número de visitas, le adjunto documentos relacionados con la atención de las Mujeres con Discapacidad...*

1. *Traslado de mujeres embarazadas a término del Hospital de Limón:*

*A partir de la Directriz emitida por la Gerente Médica de nuestra institución, el Hospital de las Mujeres ha aceptado los traslados procedentes del Hospital Tony Facio Castro y Guápiles. Salvo excepciones como plétora en el Servicio de Obstetricia y/o Unidad de Cuidados Neonatales, nuestro hospital se ha visto imposibilitado aceptar dichos traslados.*

*En relación a debilidades evidenciadas en el traslado procedente de los hospitales de Limón y Guápiles, por parte de nuestros Especialistas, debemos señalar los siguientes:*

*-No se comenta el traslado al Servicio de Urgencias ni Neonatología.*

*-Ausencia de acompañamiento idóneo para el traslado. Es decir discordancia entre el funcionario que acompaña a la paciente y el diagnóstico por el cual se traslada.*

*-Traslados innecesarios dado que la paciente, no se encuentra en inicio de labor de parto y su edad gestional, la mayoría de las veces no concuerda con lo anotado en la referencia de envío.*

*-Pacientes Neonatos atendidos de las áreas de Limón....”*

1. **Concluida la investigación se han constatado los siguientes hechos:**
2. **Hospital Dr. Tony Facio Castro:**
* Que el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Tony Facio Castro cuenta con dos especialistas en Ginecología que no dan abasto para atender la demanda, por lo que son reforzados con médicos (as) generales para apoyar la atención ginecológica.
* Que la Clínica de Hone Creek, pertenece al Área de Salud de Talamanca, no cuenta con servicios de Hospitalización, ya que estos servicios solamente se designan a los Hospitales respectivos.
* Que las pacientes que son atendidas en la Clínica de Hone Creek, en caso de necesitar hospitalización son referidos al Hospital Tony Facio Castro de Limón.
* Que el Hospital Tony Facio Castro es el centro de salud de referencia del Hospital de Guápiles.
* Que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el hospital de referencia del Tony Facio Castro de Limón, y cuando este carece de disponibilidad para recibir pacientes, se hacen los traslados al Hospital Dr. Max Peralta de Cartago y Dr. William Alen de Turrialba.
* Que el Hospital Dr. Tony Facio Castro realiza coordinaciones con especialistas en ginecología del Hospital de las Mujeres para cubrir la demanda durante fines de semana y días feriados.
* Que en la fecha en que se presentó el traslado de las seis mujeres embarazadas a término el Hospital de Limón informa que se realizaron gestiones de coordinación con el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, sin embargo éstas fueron rechazadas, debiendo remitirlas a los Hospitales Dr. Max Peralta de Cartago y William Alen de Turrialba.
* Que el Hospital de Limón atiende una demanda de 411 mil habitantes de los cuales 248.255 son mujeres, de las cuales 35.950 están entre 15 y 34 años, 21.861 tienen entre 35-49 años, 17.282 entre 60 y 74 años y 1.800 cuentan con más de 75 años y se atienden aproximadamente 4.000 partos al año.[[7]](#footnote-7)
* Que el trabajo de los dos médicos especialistas en Gineco-Obstetria del Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón incluye monitoreo continuo de todas las pacientes de nuevo ingreso, inter consulta de diferentes servicios intrahospitalarios, valoración de pacientes de emergencias y un promedio de 15 referencias urgentes diarias de los diferentes EBAIS. Además deben atender las pacientes referidas del Hospital de Guápiles por falta de especialista.
* Que esta situación ha sido considerada como “crítica” por el anterior Director del Hospital Dr. Tony Facio Castro indicando *que “siendo ese Hospital un Hospital Regional cuenta con dos médicos para la atención de un volumen de pacientes que supera la capacidad local para atenderlos... y no recibe apoyo del Hospital de referencia.”*
* Que de conformidad por lo indicado por la Gerencia Médica de la CCSS a la Defensoría, la situación que se presenta en el Hospital Dr. Tony Facio Castro es la poca o nula anuencia de los Especialistas Médicos en incorporarse a laborar en ese Hospital.
* Que la Gerencia Médica de la CCSS determinó como prioridad para la dotación de profesionales médicos en ginecología para el 2015 al Hospital de Limón para ello se realizaron gestiones con el CENDEISS con el objetivo de asignar en el período 2015-2016 profesionales en ese hospital; sin embargo, aclara que en ocasiones es imposible concretar la contratación de profesionales en las zonas identificadas como prioritarias.
* Que la Gerencia Médica de la CCSS informó a la Defensoría que la atención de la población femenina referida por el Servicio de Ginecología del Hospital de Limón recaería en su totalidad en el Hospital de las Mujeres, y para ello se realizaría la habilitación de las Salas y Maternidad del CASI de Desamparados.
* Que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia atendería los traslados de los pacientes de Cartago, Turrialba y Guápiles.
* Que de conformidad con la Gerencia Médica de la CCSS, los mecanismos de coordinación para la realización de los traslados están definidos en la figura de los Directores Generales y los Jefes de Servicio y/o Guardia de los centros que realizan el traslado y los que reciben.
* Que la Defensoría constató problemas de coordinación para los traslados, por un lado las autoridades del Hospital de Limón refieren que en ocasiones el Hospital de las Mujeres no recibe las mujeres trasladadas y éste por su parte, informa que el Hospital de Limón no realiza coordinaciones, remite mujeres sin comentar y sin ser valoradas por un especialista en ginecología. Además el Hospital de las Mujeres informó que en algunos casos los traslados desde Limón son injustificados.
* Que la Dirección del Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón indicó a la Defensoría que para cubrir la demanda de los servicios requiere 3 especialistas más en Gineco-Obstetricia, 2 en anestesia y 2 cirujanos (as) generales, además se requieren 5 enfermeras obstetras más y un (a) profesional en perinatología; lo solicitan pero ninguno quiere ir a Limón por la percepción de inseguridad.
* Que el Hospital de Limón no cuenta con suficientes ambulancias para realizar los traslados, éstos se realizan en un servicio de transporte llamado “citas programadas” que tiene capacidad para 16 personas, además de ambulancias de la Cruz Roja y ambulancias privadas de una única empresa que brinda ese servicio y de conformidad a lo que indicó el Administrador del Hospital, estos contratos se realizan de conformidad a lo establecido en la Ley de Contratación Administrativa.
* Que por problemas estructurales el Hospital de Limón no garantiza el derecho al acompañamiento establecido en el Artículo 76 del Reglamento de Salud de la CCSS y en la Guía de Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia; se garantiza en el 100% de las adolescentes y a las adultas únicamente durante el parto.
* Que debido a los altos índices de mortalidad infantil el Hospital Dr. Tony Facio Castro cuenta con un consultorio en la Sala de Urgencia para mujeres embarazadas el que es atendido por una enfermera obstetra de 7:00 – 4:00 pm., requiriéndose más personal para cubrir los turnos restantes.
* Que en visita a los salones de maternidad del Hospital de Limón se constataron condiciones de hacinamiento y camas en los pasillos, además las mujeres no estaban acompañadas. En entrevista realizada a las mujeres que se encontraban en esas salas todas refirieron haber recibido un buen trato por parte del personal en general.
* Que le Hospital de Limón cuenta con una habitación con tres camarotes para que las mujeres que requieran acompañar al neonato, atenderlo, amantarlo e incluso para el procedimiento de “mamá canguro” utilicen ese lugar durante los días que se requiera.
* Que el Hospital de Limón no cuenta con equipo para realizar TAC por lo que todas las personas que requieran ese examen son trasladas a San José.
* Que el Servicio de Neonatología cuenta con incubadoras modernas con todos los dispositivos tecnológicos para monitorear a los bebés, ello producto de una donación.
* Que sobre el retorno de la pacientes trasladadas de Limón a San José, se constató que no existen mecanismos de coordinación para el retorno, las mujeres que llegan desde Limón son dadas de alta en el Hospital de las Mujeres en San José, sin que nadie confirme si cuentan con los recursos para poder regresar a su casa o por lo menos al Hospital donde solicito el servicio inicial.
1. **Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño:**
* Se constató que el Hospital de Liberia no cuenta con problemas estructurales que afecte el derecho al acompañamiento por lo que éste se garantiza al 100% de las usuarias.
* En el Hospital de Liberia se atienden aproximadamente 3.900 partos al año se dispone de solamente 4 especialistas en Gineco-Obstetria, cifra que resulta insuficiente para cubrir la demanda por lo que hay fines de semana deben trasladar mujeres al Hospital de Nicoya, México u Hospital de las Mujeres. Igual reciben mujeres embarazadas a término procedentes de Upala, Nicoya y Carrillo, entre otros. El 70% de los partos corresponde a mujeres migrantes nicaragüenses.
* El Hospital de Liberia cuenta con una sola enfermera obstetra en salón por turno y dos en Sala de Partos. Requiere por lo menos una más en salón por turno y dos por turno para sala de partos.
* El Hospital de Liberia no tiene suficientes monitores fetales para cubrir la demanda, cuenta con solamente dos para salones y dos “doplex” en sala de partos.
* El Hospital de Liberia no dispone de trabajadora social durante los fines de semana debido a la alta demanda, situación que afecta la salida de las menores de edad, quienes no salen hasta no ser entrevistadas por Trabajo Social para determinar si han sido víctimas de abuso sexual.
* Las coordinaciones para realizar los traslados desde el Hospital de Liberia se realizan con el Jefe de Emergencias del centro de salud receptor y dichos traslados se realizan en ambulancias de la Cruz Roja.
* Sobre el retorno de las mujeres trasladadas para que se atienda su parto en el Hospital Enrique Baltodano Briceño, no se conoce como retornan ni se realizan acciones de coordinación inter-hospitalarias para garantizar el regreso.
1. **Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”:**
* Que en el Hospital de las Mujeres se restringe el derecho al acompañamiento.A las personas acompañantes no se les permite ingresar a la Sala de Espera de Emergencias y por tanto deben esperar noticias afuera de ese servicio en la entrada de ambulancia, debido a que la sala de espera fue ocupada para guardar los sueros, tampoco se garantiza en Salas de Maternidad y Labor.
* Que dos monitores fetales son guardados bajo llave durante las noches y fines de semana y la llave es custodiada por la Supervisora a quien se le debe solicitar en caso de que se requiera usar ese equipo*.*
* Que los Servicios sanitarios para las mujeres que acuden a los servicios de alto riesgo y ultrasonido fueron designados para el personal administrativo.
* Que habiendo ocurrido un parto en un servicio sanitario no se ordenó la apertura de un procedimiento administrativo disciplinario para determinar la responsabilidad disciplinaria de las funcionarias a cargo del Servicio de Alto Riesgo en el momento de ocurrir esa situación, realizándose una investigación preliminar en la que se constató la falta al Reglamento Interno de Trabajo, la falta a la veracidad y a la expertiz, violación de los deberes éticos al no hacer la anotación de lo sucedido en los registros correspondientes, lo que puso en riesgo la vida de la madre y su hijo.
* Que el Hospital de la Mujeres ha aceptado recibir los traslados de mujeres embarazadas a término de Limón salvo excepciones como plétora en el Servicio de Obstetricia y/o la Unidad de Cuidados Neonatales.
* Que las personas funcionarias del Hospital de las Mujeres está recibiendo capacitación en el Centro Nacional de Rehabilitación sobre sensibilización hacia las mujeres con discapacidad.
* Que el Hospital de las Mujeres refiere que en ocasiones los traslados desde Limón de mujeres no cumplen con los requisitos, por ejemplo no se comenta el traslado al Servicio de Urgencias ni Neonatología. Se presenta ausencia de acompañamiento idóneo para el traslado. Es decir discordancia entre la persona funcionaria que acompaña a la paciente y el diagnóstico por el cual se traslada y traslados innecesarios dado que la paciente no se encuentra en inicio de labor de parto y su edad gestional, la mayoría de las veces no concuerda con lo anotado en la referencia de envío.
* Que a las mujeres procedentes de Limón y de otras zonas lejanas no se les retorna a su lugar de origen, dándoles de alta sin conocer si cuentan con dinero para el autobús o si saben cómo retornar a su hogar.
1. **CASI de Desamparados:**
* Que a febrero de 2015, las Salas de Maternidad del CASI de Desamparados no han sido abiertas a la población y por tanto no están en funcionamiento.
1. **Con fundamento en lo expuesto la Defensoría de los Habitantes realiza las siguientes consideraciones:**
2. **Sobre la naturaleza y competencias de la Defensoría de los Habitantes para atender las denuncias formuladas:**

La Defensoría, según lo define el artículo primero de su ley de creación –Ley Nº 7319 del 17 de noviembre de 1992- es el órgano encargado de proteger los derechos e intereses de los habitantes y fue creado con el propósito de *“velar porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la Constitución Política, las leyes, los convenios, los tratados, los pactos suscritos por el Gobierno y los principios generales del Derecho...[[8]](#footnote-8)”*.

Bajo esta tesitura, las acciones que despliega la institución en el ejercicio de sus competencias legales se erigen como típicamente de control sobre las actuaciones de la Administración Activa, y como lógica consecuencia de lo anterior de acuerdo a lo establecido en el numeral 14 de la mencionada ley, la intervención de esta Defensoría bajo ninguna circunstancia sustituye las actuaciones materiales ni las omisiones de la actividad administrativa.

Conforme a la naturaleza inspiradora de la figura de la Defensoría de los Habitantes, a saber el Ombudsman y el corolario ejercicio de la magistratura de influencia, sus actos finales típicos no revisten la fuerza vinculante que tendría una resolución emanada de un órgano jurisdiccional en el marco de sus competencias constitucionales. En este sentido, sus funciones según se describen en los “Principios de Paris[[9]](#footnote-9)”, son un amplio mandato basado en las normas universales de derechos humanos, las que desempeña con autonomía total del gobierno, independencia garantizada por su ley constitutiva, recursos suficientes y facultades de investigación apropiadas, con responsabilidades principales tales como:

**“*La promoción de los derechos humanos****, es decir, la creación de una cultura nacional de derechos humanos en la que puedan florecer la tolerancia, la igualdad y el respeto mutuo. Las funciones de las INDH se derivarán siempre de las leyes por las que se crearon, su mandato constitucional, o ambos.*

***La protección de los derechos humanos****, es decir, la prestación de ayuda para detectar e investigar abusos de los derechos humanos, llevar ante la justicia a quienes cometan violaciones de esos derechos y proporcionar recursos y reparación a las víctimas. Las INDH deberían tener un mandato, establecido en un texto legislativo, para realizar esas funciones y emitir opiniones, formular recomendaciones o incluso exigir reparación ante los tribunales[[10]](#footnote-10).”*

De conformidad con lo indicado por la Sala Constitucional sobre la naturaleza de la Defensoría de los Habitantes, “...***su función, en esencia, consiste en tratar de convencer, influir, arbitrar y hasta presionar, en función de su prestigio, su calidad de órgano independiente y su acceso tanto a las peticiones que puede efectuar a los demás órganos judiciales o administrativos y al mismo Parlamento desde luego, y fundamentalmente a la opinión pública a través de los distintos medios de comunicación de masas.***

*Así las cosas, es una función concebida para una persona capaz de tener un criterio político independiente y una vocación política, entendida como un interés genuino de mejorar el manejo de la cosa pública y, de este modo, defender todos los derechos individuales desconocidos por el obrar administrativo.[[11]](#footnote-11)...”*

La Defensoría es la institución cuya competencias es de control del sector público, para que en el ejercicio de sus competencias tengan a las personas en el centro de su accionar; por ello, nos vinculan las voces de las personas habitantes, su necesidades e intereses. La búsqueda de respuestas a estas necesidades debe superar la simple norma, en el marco de una visión integral del sistema jurídico nacional e internacional de derechos humanos, en armonía con el principio de justicia, que también constituye un norte del control institucional.

Nuestra Institución ha asumido el reto del liderazgo en materia de Derechos Humanos, entendiendo su función como de protección y la defensa de los derechos humanos buscando ajustar sus recomendaciones no solo al respeto de las normas nacionales e internacionales sino también a la realidad social, política, económica y cultural, por lo que su actuar debe constituirse en el motor de cambio social hacia la transformación y avance frente a las acciones y omisiones del Estado como garante de los derechos humanos.

1. **Sobre la protección especial de las mujeres en estado de gestación:**

La protección de madre, el niño y la niña además de la familia se encuentra debidamente establecida en los artículos 51 y 55 de la constitución Política y en compromisos internacionales ratificados por Costa Rica, relacionados con la maternidad y la salud de la madre, el niño y la niña. Así por ejemplo, en la Conferencia Internacional sobre Población de Desarrollo en el Cairo, celebrada en el mes de setiembre de 1994 se establecieron como objetivos primordiales, la reducción de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de 5 años, la reducción de la tasa de mortalidad materna y la garantía en el acceso a servicios reproductivos y de la salud sexual, incluyendo la planificación familiar. Igualmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se proponen metas para mejorar la salud de las mujeres y reducir la mortalidad materna.

El Artículo 51 de nuestra Constitución Política dispone:

*“La familia como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrá derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido”.*

En atención a esta disposición se han ido incorporando en nuestro ordenamiento jurídico disposiciones de carácter internacional y normas que garantizan el acceso universal a la atención prenatal de manera que toda mujer embarazada y la persona menor de edad, tendrán asegurada la atención médica para garantizar su derecho a la vida y a la salud durante el proceso de gestación, el parto y el post-parto.

Sobre el particular, el Comité de la CEDAW ha emitido recomendaciones a los Estados relacionadas con la mujer en estado de gestación; entre éstas, la Recomendación General Nº 12 que establece en los puntos 26 y 27 lo siguiente:

  *“Artículo 12, párrafo 2*

*26. En sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo debe indicarse en qué proporción ha disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.*

*27. En sus informes, los Estados Partes deberán indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.”*

El Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en nuestro país por ley Nº 7184 del 18 de julio de 1990, tutela el derecho a la vida y a la salud de la persona menor por medio de la reducción de la mortalidad infantil (inciso a), y en particular sobre la prestación de servicios sanitarios a la madre embarazada, el inciso d establece la obligatoriedad de:

*“d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; “*

De manera que se garantice la atención médica a la mujer durante el período de gestación y al recién nacido o “nacisturus” y se extiende más allá a la persona menor de edad: durante su infancia y adolescencia.

Asimismo en el Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N° 7739 se establece que “*la persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral.[[12]](#footnote-12)”*

En el año 2009 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), instauró nuevas pautas que obligan al respeto del derecho de las mujeres de apropiarse de su parto y la potestad de exigir su derecho a sentirse cómodas a la hora del alumbramiento, ya que en el parto la protagonista es la mujer y no las técnicas médicas. Estas pautas son de carácter obligatorio en la Red de Servicios de la CCSS y se encuentran establecidas en la “Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto.[[13]](#footnote-13)” Este instrumento favorece la humanización y los estándares nacionales e internacionales asociados a la atención humanizada y la alta calidad en los servicios de salud que presta la Caja en el país.

La nueva guía centra su accionar en el “*enfoque de atención de las mujeres, los niños y niñas, así como de sus familias en los diferentes aspectos de la salud reproductiva y en particular, durante el embarazo y nacimiento, requiere de una transforma­ción indispensable: de la medicalización y el intervencionismo innecesario a un enfoque positivo de salud, que incorpora e integra los aspectos objetivos y subjetivos de proveedores (as) y de los y las usuarias (os)[[14]](#footnote-14).*

Este protocolo ha identificado una serie de principios acerca del cuidado perinatal tomando como base las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de 1985, entre los que se destacan los siguientes:

“*El cuidado del embarazo y parto normales debe:*

1. *Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.*
2. *Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un pro­blema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnolo­gía sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.*
3. *Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estu­dios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.*
4. *Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.*
5. *Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, reumatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.*
6. *Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.*
7. *Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no-solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.*
8. *Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.*
9. *Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.*
10. *Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.*

*Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo*[[15]](#footnote-15)...”

**La Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas y los tres momentos esenciales para la atención de las mujeres embarazadas: Atención Prenatal, del Parto Normal y del Postparto**

**a.Atención Prenatal:**

Establecida como una de las estrategias para fomentar la salud de las madres y sus hijos e hijas de manera que se evite la discapacidad o la muerte. Su objetivo fundamental es la atención integral de calidad de forma oportuna, eficaz y eficiente. Tiene como propósito identificar condiciones de riesgo para ambos. Incluye la visita domiciliar, las acciones de diagnóstico, la sensibilización y la atención directa, entre otras.

La atención prenatal debe iniciar lo más temprano posible durante el embarazo para evitar la pérdida del (a) bebé y como mínimo las mujeres deben asistir a cinco controles prenatales. Las mujeres de alto riesgo obstétrico requieren una atención diferenciada y especializada para proteger su vida y su salud por medio de acciones eficaces, rápidas y oportunas.

*“Se debe garantizar el cumplimiento de los estándares básicos de la atención prenatal para el fomento y protección de la salud de las mujeres embarazadas y sus hija (os) la cual incluye el derecho a la participación en la toma de decisiones de la mujer y/o su pareja u otra persona que ésta asigne, así como el derecho al acompañamiento, du­rante todo el proceso de embarazo, parto y post parto. En tal sentido, se deben crear las condiciones que aseguren el ejercicio de estos derechos[[16]](#footnote-16).”*

En la atención prenatal, los médicos/as deben registrar las anomalías que encuentren y dar seguimiento a cada caso con el objetivo de llevar a buen término el embarazo.

**b. Atención del Parto Normal:**

Está dirigida a la desmedicalización durante el proceso del parto, utilizando menores intervenciones, drogas y tecnologías. (OMS, 1996). Por lo que **“en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural[[17]](#footnote-17)”**

*Se define como parto normal aquel que: “****inicia espontáneamente, es de bajo riesgo al iniciar y permanece así durante toda la labor y el parto. El (la) niño (a) nace espontáneamente, de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después del nacimiento la madre y el infante se encuentran en buenas condiciones”*** *(WHO/FRH/MSM/96.24) [[18]](#footnote-18)*

De conformidad con lo establecido en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto, el objetivo fundamental de la atención del parto es lograr una madre y un bebé en buenas condiciones de sa­lud, en todas sus dimensiones, efectuando el mínimo nivel posible de intervenciones que es compatible con una atención segura.

Durante las etapas de pre-parto y parto, el personal médico y obstétrico debe realizar las tareas atientes a su labor profesional referida con las valoraciones y evaluaciones correspondientes, a fin de asegurar la atención especializada requerida y el respeto a los derechos de la madre gestante.

Para garantizar los derechos de las mujeres gestantes el personal médico y obstétrico debe realizar las siguientes tareas:

-Orientar y apoyar a la embarazada sobre los pasos a seguir, para disminuir la ansiedad y dar seguridad durante la labor de parto.

-Evacuar las dudas y brindar confianza.

-Respetar el derecho de la usuaria a estar acompaña­da de una persona que ella elija y en la cual confíe, así como orientar al (la) acompañante y explicar técnicas para que ofrezca un apoyo eficaz.

-Discutir con la mujer la conducta a seguir, considerando su condición y tomando en cuenta el plan de parto de la gestante.

 -Preguntar y respetar los deseos individuales de cada embarazada para proporcionar el ambiente adecuado.

*-*Asegurársele a la paciente las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable.

*-*El examen vaginal se realizará por la persona responsable cumpliendo todas las condicio­nes de asepsia, de forma gentil, respetuosa y cuando la mujer esté lista para ello. Si por razones de docencia se desea realizar nue­vamente, esto sólo podrá realizarse CON EL DEBIDO CONSENTIMIENTO DE LA MUJER.

- Evitar la colocación de catéteres y soluciones de forma rutinaria.

-Realizar el mínimo de tactos vaginales, de acuerdo a la evolución de la labor de parto, según dinámica uterina y necesidades de cada mujer. Durante la pri­mera etapa del parto se considera suficiente cada cuatro horas (OMS, 1993). Si el proceso del parto es muy rápido los tactos pueden limitarse a uno.

-Dar apoyo a la madre es­cuchando sus temores, aclarando sus dudas, explicándole con palabras claras y sencillas como va su labor. Preguntar a la mujer qué es lo que necesita y respete su derecho de conocer y dirigir su propio parto.

-Mantener una adecuada hidratación de la mujer. Ofrecer líquidos y bebidas nutriti­vas para evitar la deshidratación.

-El ayuno no está permitido durante el parto normal.

-Mantener la integridad de las membranas.

-Animar a la mujer para que según su con­dición encuentre la posición que le resulte más cómoda (sentada, acostada, deam­bular). Debe cumplirse en el 100% de las mujeres.

-No administrar ningún medicamento durante la labor de parto, salvo indi­cación médica escrita justificando la medida el seguimiento debe realizarse por el profe­sional que indicó la medida.

-No obligar a la mujer a pujar si no está lista, si no siente el deseo de hacerlo**,** ya que esta maniobra está asociada a bradicar­dia fetal, aumento de episiotomías (piquete) y mayor probabilidad de aplicación de maniobras de reanimación al recién nacido.

-No realizar la episiotomía o “piquete”, excepto que el/la niño/a tenga alguna complicación que ponga en riesgo su vida y el cuidado de la madre y el bebé antes de nacer y durante sus primeros días de vida.

- Colocar al (a) niño (a) sobre la madre inme­diatamente del nacimiento de manera que se permita el contacto piel con piel para que la madre reconozca a su bebé y él o ella busque el seno materno. No se debe forzar al recién nacido a tomarlo

-Si el nacimiento se da por cesárea programa­da, ésta debe procurar realizarse con aneste­sia epidural, proceder con la atención del(a) recién nacido (a) de igual manera. Si fuera por anestesia general, el contacto con la madre se hará tan pronto ella esté en condiciones, aún en la sala de recuperación.

-Identificar al recién nacido en presencia de la madre o el acompañante.

-Crear un ambiente favorable en los servi­cios, facilitando el contacto madre-hijo(a) después del parto.

-Buscar el momento más oportuno para brindar orientación a la madre en signos y síntomas de alarma en ella o el (la) bebé, ac­tividades de apego, lactancia materna, posi­ción en que debe colocar a dormir a su niña (o) (posición supina),etc.

-Proporcionarle información acerca de dónde puede consultar si tiene dudas sobre los cuidados de su hijo y de ella(a)

**-**Brindar Consejería en lactancia materna.

**c. Atención del Postparto:**

El control posparto consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebé con la finali­dad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido. El objetivo de la atención postparto es el siguiente:

“*Efectuar un control posparto y posaborto eficiente. Para esto, el control debe contemplar cuatro requisitos básicos: extenso, precoz, completo e integral y educativo.*

*2.1* ***Extenso***

*Sólo en la medida en que la población blanco sea vigilada en su totalidad y sea usuaria de los servicios de control posparto y posaborto y de planificación familiar, los servicios de salud del país podrán cumplir sus objetivos de cobertura y calidad.*

*2.2* ***Precoz***

*El control debe ser precoz, a los 8 días y al mes del nacimiento para detectar oportunamente el estado de salud en el puerperio, orientar a la madre con el recién nacido, así como la orientación sobre lactancia materna y planifica­ción familiar.*

*2.3* ***Complejo e integral***

*Los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación y prevención de patologías de la puérpera y del recién nacido. Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.*

*2.4* ***Educación***

*Las puérperas deberán conocer los síntomas y signos de alarma en ellas y en el recién nacido para su consulta, además de su fisiología del puerperio. Esta educación debe darse previamente al parto, dentro de la consulta prenatal y en los cursos de preparación para el parto. Se establecerán factores de riesgo con el fin de discriminar a las pacientes y a los recién nacidos que deban ser seguidos de cerca en las consultas especializadas.*

***Selección de actividades de control de normas***

*Cada una de las actividades que deben realizarse en su control, responden a objetivos específicos, cuya consecu­ción redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y el niño (a).*

**Sobre guía para evaluar y clasificar de forma integrada el riesgo individual**

De conformidad con lo establecido en la guía, el riesgo en que se encuentra la mujer embarazada debe ser clasificado y atendido de forma oportuna para garantizar la salud y la vida de la madre y el (la) bebé.

1. ***Riesgo bajo:***

*Se incluyen en este grupo todas las gestantes en las cuales no se haya identificado ninguna condición de ries­go o que tenga condiciones en su historia personal y su situación actual que la vulnerabilicen para desarrollar procesos patológicos o de deterioro. Se considera que en estos casos existe una gran posibilidad de que el embarazo llegue a un buen término, con una madre y un(a) recién nacido(a) sano(a) por lo que su control se realiza en el I Nivel de atención. Sin embargo,* **debe tenerse presente que “riesgo bajo” no significa ausencia de riesgo o que éste no se desarrollará en el curso del embarazo y el parto.**

1. ***Riesgo Moderado***

*En este grupo se incluyen gestantes que presentan condiciones biomédicas, psicológicas, emocionales o so­ciales de gravedad media, que son bastante frecuentes, los cuales si no se controlan pueden generar posterio­res complicaciones o peligro de muerte.*

*En general estos casos pueden abordarse con el seguimiento del EBAIS, con apoyo del ginecobstetra, trabajador(a) social o psicólogo(a) según corresponda, en el II nivel de atención o en el equipo apoyo del área.*

1. ***Riesgo Alto:***

*En este grupo se encuentran las gestantes con factores de riesgo biomédicos, particularmente obstétricos, frecuentes y graves que requieren tecnología y abordaje especializados, o aquellas que presentan condicio­nes emocionales o sociales que amenazan de forma inminente la vida. Estas gestantes deben ser transferidas al II o III Nivel para ser manejadas en Alto Riesgo[[19]](#footnote-19)...*”

En síntesis, Costa Rica cuenta con los instrumentos nacionales e internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres embarazadas y nasciturus, así como con un protocolo de atención integral durante el período prenatal, parto y postparto, instrumento que es de acatamiento obligatorio en todos los Hospitales y Centros de Salud del país y que contribuye a que el proceso fisiológico del embarazo y el nacimiento se centre en la normalidad, respetando las decisio­nes de la madre y garantizando sus derechos humanos y fundamentales, así como los de sus hijos e hijas, mediante la atención médica especializada para evitar que ocurran discapacidades y muertes maternas e infantiles, por lo que debe trabajarse en la capacitación y la socialización de estos instrumentos en todos los Centros Hospitalarios y Centros de Salud en los que se atiendan mujeres embarazadas para la atención prenatal, parto y posparto, de manera que se garantice su derecho a la vida a la integridad y se respeten sus derechos humanos.

La Defensoría reconoce que la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niñas y Niños en el Período Prenatal, Parto y Postarto no contiene mecanismos de denuncia, ni establece sanciones para funcionarias y funcionarias que incurren en conductas de violencia obstétrica como las citadas en esta investigación o incluso, aquellos (as) que mienten u omiten anotar en el expediente de la madre lo sucedido cuando se produce un parto no asistido o cualquier situación “anormal”, por lo que la institución considera que de continuar presentándose estas situaciones o recibiendo estas denuncias, debe trabajarse en instrumentos que impongan medidas más drásticas para eliminar la impunidad de la violencia obstétrica de nuestras Salas de Maternidad.

1. **Los derechos de las mujeres embarazadas:**
2. **Sobre el derecho a la salud:**

El derecho a la salud de las mujeres ha sido un tema que ha estado presente en diferentes espacios internacionales de discusión sobre derechos humanos de las mujeres. Una de las mayores preocupaciones que se han planteado a nivel mundial, ha sido el tema de la atención de la maternidad sin riesgos, la que fuera abordada en la Conferencia del Cairo en 1994 y en la cual se establecieron objetivos específicos para el abordaje de esta problemática, tales como: “*promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo; lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de cada país, y, sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones. También se recomienda que se adopten medidas para mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes”.[[20]](#footnote-20)*

Para el caso específico de la protección del derecho a la salud de las mujeres, el artículo 12 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ( CEDAW, 1979),** obliga al Estado a adoptar “*12.1- Todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a planificación de la familia*”, así como a garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En el Artículo 12 de la Ley General de Salud se dispone que: “*Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo, a la atención médica del parto y a recibir alimentos para complementar su dieta, o la del niño, durante el período de Lactancia[[21]](#footnote-21).”*

Los esfuerzos que hace Estado costarricense por bajar los índices de mortalidad infantil y materna pueden verse afectados si los centros de salud no brindan un servicio de atención de la salud de calidad con el recurso humano especializado y calificado, el equipamiento necesario y la disposición de todo un engranaje administrativo dispuesto para brindar un servicio de atención médica óptimo a las mujeres en gestación.

Para una gran cantidad de mujeres en todo el mundo, la buena salud y el bienestar siguen siendo difíciles de alcanzar, ya que a menudo no se cuenta con un paso viable accesible y equitativo a los servicios básicos de salud.

La Observación N° 14 de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas señala cuatro elementos esenciales para que todas las personas puedan disfrutar del derecho a la salud, a saber:

*“Disponibilidad: Centros, bienes, servicios y programas de salud pública y atención sanitaria operativos y en cantidad suficientes.*

*Accesibilidad: No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, asequibilidad y accesibilidad a la información.*

*Aceptabilidad: respeto de la ética médica y sensibilidad a los factores culturales, la edad y el género.*

*Calidad: científica y medicamente idóneo.*

*Un enfoque basado en derechos humanos concede importancia no solo a los resultados sino también a los procedimientos. Las normas y los principios de derechos humanos, con etapas del proceso de programación de la salud, evaluación y análisis, establecimiento de prioridad en planificación y diseño de programas, ejecución y monitoreo y evaluación”*[[22]](#footnote-22).

**b. Sobre el derecho a la intimidad:**

Este derecho entendido como el derecho de la mujer embarazada que es examinada en salones de maternidad, labor y partos por el personal médico o de enfermería y deba descubrirse sus partes íntimas, debe garantizársele su dignidad como persona, como humana, tomando las previsiones que correspondan como el uso de cortinas y cierre de puertas. Asimismo si por docencia hay presencia de estudiantes mientras la mujer es examinada, ésta debe brindar su consentimiento, limitando el número de estudiantes a uno o dos. Además debe evitarse que personal que realiza otras labores como de limpieza, cocina u administrativos en general, se encuentren presentes durante la evaluación de la paciente.

La justificación de que las salas de maternidad, labor y partos en los Centros Hospitalarios se encuentran saturadas no puede constituirse en menoscabo del derecho a la intimidad que les asiste a las mujeres embarazadas hospitalizadas durante el proceso de alumbramiento.

1. **Sobre el derecho al acompañamiento:**

Estudios realizados revelan que las mujeres acompañadas en todo el proceso de parto, “pre-durante y pos-parto” tienen más probabilidades de sentirse satisfechas durante la experiencia de dar a luz. Algunas investigaciones sugieren que hay una conexión entre el acompañamiento y una menor duración del trabajo del parto.[[23]](#footnote-23) Asimismo, el acompañamiento está relacionado con partos más naturales y saludables. Otro beneficio asociado al acompañamiento es que está relacionado con una tasa reducida de cesáreas[[24]](#footnote-24).

En nuestro país, este derecho se encuentra garantizado en el Artículo 76 del Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en el que se establece el derecho de las mujeres embarazadas a:

1. *Participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aún no nacido.*
2. *Recibir cursos de preparación para el parto.*
3. ***Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo****. (La negrita no pertenece al original).*
4. *Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.*
5. *Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite y alimentarlo según las posibilidades y necesidades de ambos.*
6. *Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico.*

Asimismo como anteriormente se indicara, está garantizado en la “**Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y post parto”** en el punto 3.4 lo siguiente: “*Se debe garantizar el cumplimiento de los estándares básicos de la atención prenatal para el fomento y protección de la salud de las mujeres embarazadas y sus hijas (os), la cual incluye el derecho a la participación en la toma de decisiones de la mujer y/o su pareja u otra persona que ésta asigne, así como* ***el derecho al******acompañamiento*** *(la negrita no pertenece al original), durante todo el proceso de embarazo, parto y pos parto. En tal sentido se deben crear las condiciones que aseguren estos derechos[[25]](#footnote-25)”.*

No es posible garantizar este derecho si los Hospitales y Centros de Salud en donde se brinda atención a las mujeres embarazadas durante el embarazo y el parto poseen deficiencias estructurales como las encontradas en el Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón en el que se pudo comprobar las dificultades que enfrentan mujeres usuarias de ese Nosocomio en el que se encuentran en camillas colocadas en los pasillos y en condiciones de total hacinamiento.

**d. Sobre los derechos reproductivos:**

El derecho a la salud reproductiva como parte del derecho a la salud, se encuentra garantizado por varios tratados internacionales, entre los cuales se pueden mencionar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o protocolo de San Salvador, entre otros.

Sobre estos derechos, la Defensoría se refirió en los siguientes términos en el Oficio N° 05032-2005 DHR, Expediente N° 16310-21-2004:

*“Los derechos sexuales y reproductivos fueron definidos por la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994, como “el conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y, más ampliamente, con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana, así como aquellos que afectan el binomio población – desarrollo sostenible”.[[26]](#footnote-26)*

Sin embargo esta no fue la primera vez que se habló de derechos sexuales y reproductivos; en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán, en 1968 se habló por primera vez del derecho humano a determinar libremente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. [[27]](#footnote-27)

Alda Facio, jurista y escritora experta en derechos humanos de las mujeres, caracterizó los derechos sexuales y reproductivos dentro de una esfera más general de los derechos humanos, dado que los derechos sexuales y reproductivos contienen los siguientes derechos:

1. *El* ***derecho a la vida*** *o el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.*
2. *El* ***derecho a la salud*** *reproductiva.*
3. *El* ***derecho a la libertad, seguridad e integridad personales****, que incluye el no ser sometida a torturas, penas o tratos crueles inhumanos o degradantes; el derecho a vivir libre de violencia basada en el sexo y en el género; y el derecho a vivir libre de explotación sexual.*
4. *El* ***derecho a decidir el número e intervalo de hijos****; que incluye el derecho a la autonomía reproductiva y el derecho a realizar un plan de procreación debidamente guiado.*
5. *El* ***derecho a la intimidad****; que consiste en el derecho de toda mujer de decidir libremente sobre sus funciones reproductivas.*
6. *El* ***derecho a la igualdad y a la no discriminación****; incluyendo la no discriminación en la esfera de la vida y la salud reproductiva.*
7. *El* ***derecho al matrimonio y a fundar una familia****; que contiene el derecho de las mujeres a decidir sobre su función reproductora en igualdad y sin discriminación, el derecho a contraer o no matrimonio así como a disolverlo, y el derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.*
8. *El* ***derecho al empleo y la seguridad social****; que incluye el derecho de la mujer a la protección legal de la maternidad en materia laboral, a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual, a no ser discriminada ni despedida por causa de embarazo, el derecho a la protección de la maternidad en materia laboral y el derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad.*
9. *El* ***derecho a la educación****, tanto sexual como reproductiva y el derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute del mismo.*
10. *El* ***derecho a la información adecuada y oportuna****; incluyendo el derecho a toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud así como ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones del parto para cada caso particular.*
11. *El* ***derecho a modificar las costumbres discriminatorias de la mujer****, así como aquellas que perjudican la salud reproductiva de mujeres y niñas.*

*12. El* ***derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación****; incluyendo el disfrute del progreso en el área de reproducción humana y a no ser objeto de experimentación en la misma.[[28]](#footnote-28)*

*En resumen, estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas y todos a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Esto sin discriminar 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.[[29]](#footnote-29)*

**-De la naturaleza del Hospital de las Mujeres.**

Sobre el particular, la Defensoría se refirió en el Oficio N° 13409-2013 DHR, Expediente N°. 101251-2012 SI, en los siguientes términos:

*“El Hospital de las Mujeres fue creado con el objetivo de otorgar a la mujer embarazada, de escasos recursos, una atención obstétrica especializada conforme a su especificidad. Según lo establecido en el en el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres de la Caja Costarricense de Seguro Social[[30]](#footnote-30), el Hospital de las Mujeres en sus orígenes se llamó Maternidad Carit. Fue creado en el año 1914 como el Asilo de Maternidad, según decreto No. 28 del 18 de agosto de 1913, desde entonces la Maternidad Carit presta servicios de salud a la mujer e imparte actividades docentes, así lo verifica el reglamento N° 86, del 14 de diciembre de 1920, donde se mencionaba como requisito para optar por el Diploma de Obstetricia, haber atendido 20 partos en la Maternidad Carit.*

*El Hospital se ubica en los terrenos cedidos por el Dr. Adolfo Carit Eva, en el Distrito Hospital de San José, contiguo a las instalaciones de la estación del Ferrocarril al Pacífico. En la década de los años 40, se inició en este establecimiento de salud, el control prenatal sistemático, con observación especial y Hospitalización de la mujer cuyo embarazo le podía generar un riesgo a su salud. Es así como se dio inicio lo que hoy se conoce como Atención Prenatal de Alto Riesgo Obstétrico. A partir de allí el objetivo primordial de ese centro de Salud fue brindar servicios de obstetricia y la preparación de estudiantes de la Escuela de Medicina y de Enfermería Obstétrica.*

*Desde 1987, se proponen cambios en la infraestructura del Hospital, con el fin de aumentar la cobertura y variedad de servicios para lo que la Dirección de Planificación de la CCSS realizó un estudio que determinó de ampliar la planta física, buscar mejor equipamiento y mantenimiento así como la dotación de servicios administrativos y médicos-*

*A partir del año 1998 se determina la necesidad de realizar cambios en el funcionamiento del Hospital, para lo que se conforma una Comisión de Enlace con representación de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS y médicos(as) de la Maternidad Carit, además de que se determina el cambio de nombre a Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva y se determina la necesidad de que una persona representante del Instituto Nacional de las Mujeres forme parte de la Comisión. A partir de este momento se plantea la necesidad de la transformación del modelo de atención imperante al Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres y la institucionalización del enfoque de género, lo que permite mejorar los diagnósticos y el análisis de las condiciones de vida de hombres y mujeres.*

*Entre los objetivos de atención del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva se encuentran los siguientes:*

* *-Brindar atención especializada a la mujer durante sus procesos de embarazo, parto y postparto, para garantizarle resultados óptimos de salud.*
* *-Lograr el nacimiento de la persona recién nacida en excelentes condiciones y brindarle atención hasta los 28 días.*
* *-Ofrecer atención integral a la mujer en estado no grávido para educar, prevenir y tratar los padecimientos ginecológicos.*
* *-Participar en la formación del recurso humano en el área de salud en coordinación con los centros de enseñanza respectivos del país.*

*Además, entre sus objetivos específicos están:*

* *-Fomentar, a través del CEDARE, la educación en servicio del personal del hospital.*
* *-Participar en la disminución de los índices de morbimortalidad materno infantil.*
* *-Diagnosticar y tratar enfermedades que se presentan en la mujer desde la adolescencia hasta la edad postmenopáusica, para disminuir los índices de morbimortalidad.*
* *-Investigar, prevenir y brindar educación a la población usuaria, a través de programas específicos en el área materno infantil.*  *Modelo de la Atención Integral de la Salud de las Mujeres*

*Actualmente el Hospital presta los servicios para hospitalización, consulta externa y urgencias en Ginecología. Obstetricia y Neonatología.*

*Conforme lo establece el INAMU[[31]](#footnote-31) “la aplicación del análisis de género, permite mejorar los diagnósticos y análisis de las condiciones de vida de hombres y mujeres, dado que el análisis de género consiste en un método de evaluación e interpretación que tiene en cuenta las diferencias sociales y económicas entre las mujeres y los hombres, ya sea las que se aplican a la elaboración de políticas y programas, o bien a las actividades de la vida en general como los papeles profesionales y familiares(...), el análisis comparativo entre los sexos reconoce que las necesidades en materia de salud de las mujeres y los hombres de cualquier edad son diferentes, garantizando que se realice un análisis de los factores determinantes de la salud(...) factores sociales que influyen en la vida de todas las personas, como por ejemplo cuestiones de diversidad entre las que se incluyen la condición socioeconómica, la capacidad, las características raciales y la orientación sexual?* [*(4)*](http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=1500#nota4)*.De esta forma, se revisan las estructuras de poder y la dimensión cultural, en la medida en que ciertos atributos y comportamientos particulares para cada uno de los sexos hace o genera desigualdades. Dependiendo de la identidad de género femenino, las mujeres se enfrentan de manera distinta y desventajosa a las oportunidades, el acceso y control de los recursos derivados del desarrollo de la sociedad, para hacer frente, en muchos de los casos, a diversos problemas de salud.”*

Por ello la importancia de un centro de salud especializado que brinde atención integral a las mujeres en los padecimientos propios de su género, que garantice atención humanizada y de calidad para ellas, con recurso médico especializado, equipamiento acorde a los requerimientos así como la infraestructura adecuada y gestión administrativa que garantice el derecho a la salud y la vida de las mujeres y al “naciturus”.

**IV. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA:**

Desde que la Defensoría abrió sus puertas, hace más de veinte años, son constantes los señalamientos que ha hecho la institución a la Caja Costarricense de Seguro Social con respecto a deficiencias e irregularidades en la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio y la lactancia, que hoy se le conoce como violencia obstétrica.

La atención de las mujeres en los pasillos por falta de espacio en los salones, violación al derecho a la información, a la privacidad, a los derechos sexuales y reproductivos, largas filas, esperas interminables, falta de equipo para la realización de estudios ginecológicos e incluso maltrato son algunas de las situaciones que se denuncian ante la Defensoría de los Habitantes con respecto a la prestación de los servicios de ginecología y obstetricia en los hospitales públicos del país.

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que sufren las mujeres; *“es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres incluyendo los derechos a la igualdad y no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva.*

*Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto puerperio y lactancia en los servicios de salud –públicos y privados- y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y violencia de género[[32]](#footnote-32).”*

Esta forma de violencia en contra de las mujeres se traduce en acciones como la no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, el disponer de su cuerpo al aplicarles medicamentos (oxitocina, analgesia y anestesia, entre otros) sin su consentimiento, procedimientos que no deben ser rutinarios sino excepcionales. Práctica de cesáreas existiendo condiciones para el parto vaginal; intervenciones médicas innecesarias tales como la episiotomía comúnmente llamado “piquete”, utilización de técnicas que se encuentran erradicadas como el forzar el nacimiento subiéndose al estómago de la mujer y meter el codo entre las costillas monitoreos fetales y edemas como prácticas de rutina, etc.

Este tipo de violencia también se traduce en trato deshumanizado, grosero, humillante mediante regaños, burlas insultos, culpabilización en el proceso de parto en el que se le dice a la mujer que es su responsabilidad si el bebé presenta algún problema de salud; violación al respeto a la dignidad humana en la que se les utiliza como recurso didáctico sin su consentimiento, entre otros.

Asimismo, la Defensoría considera que constituye violencia obstétrica las deficientes condiciones estructurales en que se encuentran las salas de maternidad, labor y partos que hacen que las mujeres estén hacinadas en los pasillos de los hospitales y sin garantía del respeto a los derechos de intimidad, privacidad, acompañamiento, etc. Carencia de especialistas en ginecología y obstetricia así como en otras disciplinas: perniatólogos(as), neonatólogos(as), anestesiólogos, etc.

Poca disposición de equipamiento tales como monitores fetales por encontrarse bajo llave durante horario nocturno, fines de semana y días feriados; traslados de mujeres embarazadas para el parto a otros centros de salud sin las condiciones mínimas de seguridad y de acompañamiento por parte de especialistas; sin coordinación interhospitalarias, sin comentar y sin referencias. No recibo de las mujeres en el Hospital al que fueron referidas, lo que se constituye en una tortura para ellas al tener que pasar horas en una ambulancia mientras “rebotan” de un centro hospitalario a otro y en el que recorren cientos de kilómetros y muchas horas.

No realizar el retorno de las mujeres a su lugar de procedencia poniéndolas en riesgo al dejarlas prácticamente “abandonadas”, sin considerar si conocen el lugar donde se encuentran y si cuentan con dinero para el autobús. No debe olvidarse que estas mujeres provienen de lugares lejanos y en los que hay altos índices de pobreza, ejemplo de ello son las mujeres indígenas procedentes de la zona Atlántica. Estas mujeres son dadas de alta en el hospital en el que se atendió su parto (en otro hospital-otra provincia), y puestas en la puerta con un bebé en brazos, algunas con una cesárea y sin la menor consideración de su condición, todas estas acciones constituyen discriminación y violencia en contra de las mujeres.

La Defensoría se ha opuesto públicamente a la decisión que ha tomado el Hospital de las Mujeres de no garantizar el derecho al acompañamiento, desconociendo los beneficio físicos y emocionales que trae consigo, ya que las mujeres que son acompañadas durante el trabajo de labor y el parto, tienen más confianza y probabilidades de sentirse satisfechas durante la experiencia de dar a luz, además de que se ha comprobado que el acompañamiento está relacionado con más partos naturales y saludables.

En el Artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer se entiende como violencia en contra de la mujer “*cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado”.*

Dicha Convención establece a los Estados la obligación de erradicar la violencia en contra las mujeres y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer se encuentra embarazada.

Por su parte la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) tiene como finalidad eliminar efectivamente todas las formas de discriminación contra la mujer, obligando a los estados a tomar acciones efectivas a fin de eliminar la discriminación en contra de la mujer en el mundo. En su artículo 1, la CEDAW define la discriminación contra la mujer como*: “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera[[33]](#footnote-33)*.”

Sobre esta forma de violación a los derechos humanos y reproductivos, después de que se hiciera púbica la denuncia en la prensa nacional el día 18 de marzo de 2015 sobre la mujer que tuvo su hijo en el servicio sanitario del Hospital, la Defensoría recibió varias denuncias, entre éstas las siguientes:

**Denuncia de la Sra.Blanca Potoy López**[[34]](#footnote-34):

 “*El día 09 de julio de 2014 solicité la ambulancia para ser trasladada al Hospital Tony Facio donde me internaron. La Dra. Rodríguez me atendió y me envió un ultrasonido porque mi estómago era muy grande y pensaban que eran dos bebés; la funcionaria de ultrasonido dijo que era solo uno y no dio el peso ni nada y por eso la doctora se atuvo y luego tuvo que ingeniárselas para sacármelo. El niño nació en la madrugada del 10 de julio; pesó 5.470 y me hicieron parirlo en parto vaginal. La doctora se subió en el estómago y llamó a otra enfermera para que le ayudara. Esta se apoyaba encima de mi estómago y me metía el codo en la parte de arriba del estómago para bajarlo lo que me produjo fuertes dolores en las costillas y el estómago.*

*Logré parir la cabeza y el bebé se pegó en los hombros y entonces me continuaban haciendo presión. Salían y entraban médicos y enfermeros. Al final lo sacaron y lo llevaron a resucitarlo porque nació muy morado, además de que al bebé le quebraron el brazo derecho y el izquierdo se lo desmontaron. Él no podía respirar. Lo internaron en Neonatología y en ese tiempo empezó a convulsionar porque le tenían un tubo para respirar y en eso que le ponían y le quitaban el tubo se le cerraron las vías y estuvo 4 minutos convulsionando. El brazo derecho le quedó con problemas de parálisis. Hace unos meses le enviaron un encefalograma, todavía no tiene resultados. El bebé requiere tratamiento diario de fenobarbital.*

*Actualmente el niño tiene ocho meses y todavía no se sienta; considero que tiene el niño tiene problemas de retraso en su desarrollo.”*

**Denuncia del Sr. Félix Antonio Solórzano Mercado**[[35]](#footnote-35):

*“Mi esposa, Marelin Cortez Castro, con pasaporte C01514549, quien se encontraba embarazada, rompió fuente el sábado 7 de marzo alrededor de la 1 de la mañana, y fue trasladada por una amiga a la Clínica de Santa Cruz, donde le aplicaron un suero y la prepararon para trasladarla al Hospital La Anexión en Nicoya, Guanacaste.*

*Me apersoné al Hospital a las 5 de la mañana el mismo día, pero no me permitieron ingresar a verla, indicándome que debía esperar al horario de visita de pacientes (11 de la mañana) por lo que me dispuse a esperar en el centro médico hasta la hora señalada, pero llegado el momento me percato de que aproximadamente a las 9 de la mañana mi esposa había sido trasladada en ambulancia al Hospital México, debido a que el bebé iba a nacer prematuro y La Anexión no cuenta con Área de Nonatos. Hasta este momento en Información de Pacientes del Hospital de Nicoya se habían limitado a indicarme que la paciente tenía una salud estable, sin hacer referencia al nacimiento o no del bebé y de hecho, cuando supe del traslado, este departamento no tenía conocimiento del egreso de mi esposa, situación que considero constituyó una clara violación a mi derecho a la información.*

*Mi esposa llega aproximadamente a las 2 de la tarde al Hospital México (la ambulancia se desvió al Monseñor Sanabria para recoger a otro paciente) y desde que la reciben se inicia un monitoreo del bebé, sin embargo se le niega la posibilidad de realizarle la cesárea que había sido recomendada por el médico que le realizó los controles, situación que incluso está respaldada en un documento formal por tratarse de un embarazo de alto riesgo, y ante la manifestación de las contracciones, alrededor de las 6 de la mañana del domingo es obligada a tener un parto natural en el cual únicamente fue asistida por 4 enfermeras.*

*Al momento de nacer el bebé, mi esposa logra observar una notable coloración morada en su cara e inmediatamente le aplican un dispositivo para succionar flema, y por esta situación no pudo tener acceso a su hijo, pues lo retiraron de la habitación donde estaba sin darle información de lo que ocurría. Una hora después le informan que el bebé está en una incubadora y que su estado de salud es muy delicado, y posteriormente le informan que será trasladado esta misma noche al Hospital de Niños. Aproximadamente a las 10 de la noche la trasladaron a la recepción del Hospital México para que pudiera realizar una llamada telefónica al Hospital y consultar sobre el estado de su hijo. Toda esta situación mi esposa la enfrentó sola.*

*El lunes en la mañana mientras viajaba a San José para encontrarme con mi esposa recibo una llamada de ella indicándome que el bebé falleció, por lo que una vez que le autorizaron el egreso a ella nos apersonamos al Hospital de Niños donde la médico tratante nos informa que la causa de la muerte del bebé fue asfixia, la cual creen que se pudo haber evitado si ella hubiese recibido la atención médica que requería, y se le hubiera realizado la cesárea tal y como estaba recomendada, especialmente por que transcurrieron casi 30 horas desde el rompimiento de la fuente...”*

Posterior al recibo de esta denuncia, la Defensoría emitió el oficio N°02346-2015 DHR dirigido al Dr. Anner Angulo Leiva, Director General el Hospital de La Anexión solicitando la presentación el respectivo informe de ley.

En respuesta a esta solicitud se recibió el Oficio N°DHA-0297-03-2015 firmado por el Dr. Angulo Leiva en el que en resumen informó lo siguiente:

“*1. En relación a las acciones de coordinación que se realizaron para el traslado de la señora Cortéz Castro Marelin… el caso fue comentado cerca de las 7:30 horas del 7 de marzo 2015, por parte del Dr. Freddy Durán Araya con su homólogo del Hospital México el Dr. Rodríguez del Área de Ginecobstetricia de ese nosocomio, para el traslado respectivo de la paciente, ya que se trataba de un embarazo pre término de 34 semanas de edad gestacional, con ultrasonido del día 23 de diciembre de 2014… Al no contar nuestro hospital con una unidad de Neonatos, es prescindible trasladar a estas pacientes para un mejor cuidado del neonato…*

1. *Adjunto referencia realizada por parte del Dr. Durán al Dr. Rodríguez…*
2. *En estos casos como en otros, está normado que el paciente no se acompañe del expediente sino de un documento llamado referencia a un tercer nivel donde se explica el motivo el traslado y el por qué se refiere, se describe los antecedentes del paciente, pequeña historia clínica y la razón de su valoración a otro nivel, que cuente con mejores recursos para la atención de la paciente. En particular en el caso en mención, la paciente fue enviada con una referencia donde se describe todos sus antecedentes y que se le había realizado una primera cesárea, que presentaba tres días de dinámica y cerca de la 01:30 horas rompió membranas, con movimientos fetales positivos, con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, ritmo normal en un producto que está iniciando labor de parto… En este caso en particular se mantuvo con amenaza de aborto durante edad gestacional. En relación si era necesaria la cesárea, en este caso, es mejor madurar los pulmones del feto y dejar que evolucione, entre más tiempo que permanezca en el útero de la madre mejor es el resultado del producto que pueda nacer sin complicaciones, entre más temprano nace podría tener consecuencias.*
3. *En cuanto si corresponde informar al acompañante del traslado de la mujer a San José, bien lo puede hacer la enfermera obstetra o el médico tratante en ese momento.*
4. *Siempre se garantiza el derecho al acompañamiento en el Hospital, siempre y cuando la paciente se encuentre en labor de parto y el acompañante haya realizado el curso para estar en el parto…*

*Dicho lo anterior, es importante rescatar que la usuaria fue atendida de manera oportuna en este nosocomio y que las diligencias realizadas fueron en procura de bienestar tanto de la madre como del hijo…”*

**Denuncia de la Sra. Dera Patricia López Alvarado**[[36]](#footnote-36)

*"Yo estuve en control prenatal en la Clínica Central, ahí me vieron médicos generales, nunca fue un Ginecólogo, solo me mandaban con uno cuando me tenían que hacer ultrasonidos; y digo doctores porque en el transcurso de mi embarazo me vieron 3 diferentes, solo escuchaban el corazón de mi bebé con una maquinita, median la barriga, y me enviaban a hacer exámenes de orina y sangre, de hecho el examen de glucosa me di cuenta que existía porque me dijo una amistad, con el cambio de doctores se les “pasó” varias cosas.*

*En la semana 40 que era el 09 de Febrero me pusieron otra cita de control a la cual no asistí porque no me sentía bien. El día 12 de Febrero, me sentía mareada y con migraña, así que me fui al hospital Calderón Guardia, ahí me atendió un estudiante, quien me escuchó el corazón del bebé, me dio acetaminofén y me envió de vuelta a la casa porque aún faltaba tiempo, según él, ni siquiera estaba en la semana 40.*

*Al día siguiente 13 de Febrero, volví a ir por migraña y un dolor de espalda terrible como con colitis, y ya bastante preocupada porque mi bebé se había pasado varios días después de la fecha programada (9 de Febrero) otra estudiante que me atendió, me dijo que no pasaba nada, me inyectaron algo para el dolor y como yo había ido el día anterior, no me iban a revisar ni nada, aun cuando les pedí un ultrasonido, me dijo la estudiante que no era necesario; calculo que duré unos 20 minutos y me volvieron a mandar a la casa.*

*El día Sábado 14 los dolores se intensificaron en la noche y tipo 11pm fui de nuevo a emergencias del Calderón, ahí si me vio una Doctora, me revisó y me dijo que no estaba dilatando, pero que me iba a hacer un ultrasonido, en éste notaron que mi líquido amniótico estaba demasiado bajo y me dijeron que me iban a internar, que lo más probable es que ocupara cesárea de emergencia. Llegué a maternidad y me hicieron otro ultrasonido en el 4to piso, el señor muy amablemente me explicó todo y me dijo que definitivamente el líquido amniótico estaba muy bajo y que seguramente me hacían cesárea.*

*De vuelta en maternidad, la persona que me atendió me revisó y dijo que yo tenía campo suficiente para tener a mi bebé con parto natural, que me iban a poner un “suerito” para acelerar las contracciones y que si mi bebé se comportaba bien durante el proceso del suero, en la mañana ya me ponían un gel para dilatar (eran ya pasadas las 2am del día 15 de Febrero) a los minutos de tener el suero, los latidos del corazón de mi bebé bajaron mucho, ahí vinieron a verme muchas personas ( enfermeros y doctores ) y me dijeron que iba a ser cesaría de emergencia, todo pasó muy ‘rápido, yo estaba llorando preocupada por mi hijo, corrían de un lado a otro y me trajeron un papel para que firmara, cuando pregunté que era me dijeron: “es un papel para que le hagan la cesaría si no corre peligro bebé” yo inmediatamente firmé asustada porque si no, no me operaban y mi bebé se moría. A las 3.16 am del 15 de Febrero nació mi hijo y se lo llevaron corriendo, mientras yo lloraba y preguntaba, solo una doctora me dijo que el bebé se había zurrado en mi estómago y lo había inhalado (meconio), que eso era muy delicado.*

*Mientras yo lloraba pensando en mi hijo, me llevaron a recuperación y nadie me decía nada de mi bebé, no pude dormir, pasé llorando, hasta que una auxiliar se apiadó de mí y me llevó a Neonatología a las 10.30 am, ahí le pregunté al Dr. que estaba a cargo y me dijo:” diay está muy mal, si le quito el respirador se muere” y se fue. Hasta las 6 de la tarde me pasaron a la sala de mujeres y ya tenía colitis y una contractura en la espalda de tanto stress, pasé del domingo al martes que me dieron la salida.*

*Mi hijo ha pasado un proceso muy duro, aún está internado, ya me dijeron que me lo van a entregar con oxígeno en la casa porque aún lo necesita.".*

**Denuncia de la señora Carolina Ma. Cabañas Urquilla**[[37]](#footnote-37):

*"Mi nombre es Carolina Cabanas Urquilla, cédula 112070308, vecina de Cedros de Montes de Oca (del antiguo bar Marsella, 200 sur, 25 oeste), teléfono 83040059.*

*El pasado 26 de febrero nació mi hijo en el Hospital Calderón Guardia. Llegue a el hospital a eso de las 6 am, ya llevaba contracciones muy activas y fuertes desde que estaba en mi casa. Sin embargo, los dolores que yo sentía, no eran normales de parto, yo experimentaba unos dolores fuera de lo normal.*

*Apenas me ingresan, me atiende una enfermera sumamente poco cortes, me grita al interrogarme donde vivo y mis datos personales. Yo al estar con los dolores tan fuertes a duras penas podía contestarle, y ella de una manera muy ruda y descortés me gritaba que no me escuchaba y que le hablara más duro. Su actitud continúa cuando me ingresa a un cuarto donde me hace el tacto y me grita y me trata muy grosera descortés. Seguidamente me llevan a el piso de partos en donde me atiende una segunda enfermera que me hace un segundo tacto, al ella hacerme el tacto, el líquido amniótico sale por completo, el cuarto queda lleno de el líquido y la enfermera dice "el líquido esta meconizado". Yo no sabía que significaba esto.*

*Me llevan a un cuarto donde hay otras mujeres en camas también en labor de parto, me ponen un cinturón para monitorear los latidos del corazón del bebe. Llega otra enfermera que me hace un tercer tacto. Al yo experimentar estos dolores tan extraños, me entraban unas ganas muy fuertes de defecar, esa sensación me venía con cada contracción. Las enfermeras y los doctores me reganaban que no pujara, pero ellas no entendían lo que yo estaba sintiendo. Llegan tres doctores diferentes a revisarme, cada uno me hace un tacto. Y lo que ven es que mis contracciones son muy fuertes pero no dilato. Estaba en 4 centímetros.*

*Observan que los latidos del corazón de mi bebe bajan. Llega un doctor y me dice que me va a dar algo para el dolor, y me vienen a poner una epidural, al rato, me vienen a poner el suero pitocin para acelerar las contracciones. No sabía por qué me querían quitar el dolor y luego acelerarme las contracciones si yo ya las tenía muy activas.*

*Pasaban las horas y no llegaban los doctores y no sabía que sucedía. Al rato llega una doctora y me dice que me van a hacer cesárea, que no pude dilatar, me volvieron a hacer el tacto y siempre estaba en 4 cm, ya mi fuente estaba rota y mis contracciones muy fuertes, ya estaba agotada y asustada. Me hicieron el tacto, 6 personas diferentes, esto, tengo entendido se llama violencia obstétrica.*

*Pasa el tiempo y no me pasan a la sala a operarme, y empiezo a preguntar a la enfermera donde están los doctores. No saben dónde están, una enfermera comenta que seguro andan comiendo. Veo a un doctor pasar y le suplico que me pasen a operar por favor que ya no aguantaba más el dolor y me dice: "Ah! Usted está programada para la 1 pm". En ese momento eran las 12:20 pm, yo le suplico por favor que no podía esperar más, que me atendieran pronto. Faltando 15 min para la 1 pm me empiezan a llevar a la sala, me dejan esperando afuera, me ingresan a la sala de operación y muy tranquilamente se empiezan a tomar todo el tiempo, empiezan a conversar de comida, de sus vidas personales, etc.*

*Finalmente llegan los doctores, y me empiezan a operar, les pregunto que como venía mi bebe, les pregunto por qué me dolía tanto, y no me dicen nada, en el momento en el que sacan a mi bebe, veo que un doctor o enfermero se lo lleva corriendo, no escucho llanto y no me lo acercan. A las 4 horas después, despierto en un cuarto lleno de pacientes y una enfermera gritándome que si tenía diarrea. No entendía nada, ni por qué yo estaba ahí, y me preguntaba dónde estaba mi bebe.*

*A las horas llega la neonatóloga a explicarme bien lo que había sucedido: mi bebe sufrió del Síndrome de Aspiración de Meconio (SAM y como consecuencia tenía una bronconeumonía y como causa de eso una hipertensión pulmonar. Julián estuvo en la Unidad de cuidados intensivos por 13 días, siendo el bebe que se encontraba en la condición más delicada, y finalmente salió completamente sano.*

*Lo que yo viví, no se lo deseo a ninguna madre. El hecho de no poder tocar a tu hijo y verlo entubado y no poder abrazarlo. Me parece completamente absurdo las restricciones que tienen en la unidad de neonatología con respecto a las horas de visita de los padres. Si bien está comprobado que el niño necesita estar cerca de su madre desde el momento en que nace (aunque mi circunstancia fuera diferente, que a él lo tuvieron que poner en máquinas para que pudiera respirar). Sin embargo, Julián se recuperó muy bien, y salió después de 13 días de estar internado.*

*Considero que todo este sufrimiento que pasamos mi familia, yo con la herida de la cesárea y coordinar estar todo el día en el hospital y mi pareja también, es algo sumamente duro y que lo que le pasó a Julián, se pudo haber prevenido si los doctores hubieran sido más atentos y eficientes en el momento del parto. Yo los acuso de negligencia y de violencia obstétrica...”.*

**Denuncia de la Sra. Marcela Jiménez Espinoza[[38]](#footnote-38)**

*“El día 10 de octubre de 2014 me presenté a la Carit aproximadamente como a las 2:00 pm. Se confirma que la presión está alta. Me ingresaron en el Salón de Alto Riesgo y cuando vino el cambio de turno me toman la presión pero no la encuentran alta, y empiezan a decir, “por qué la metieron aquí, si no tiene la presión alta” y comentarios de extrañeza porque yo me encontraba ahí... Expreso que me estoy sintiendo muy mal y con mucho dolor y me quejo me dicen que “todas pasan por eso, no sea pendeja”. Les insisto en que tengo ganas de vomitar y me continúan diciendo que “eso es normal y que soy primeriza”. Cuando me vomito en la cama me vuelven a ver mal. En el transcurso de la 1 y 2 am. yo temblaba, me vomité y empezó a sentir ganas de pujar e ir al baño. Llamo a la asistente y le digo que creo que estoy defecando y ésta me contesta: “qué barbaridad! ya esa cama la he cambiado cuatro veces. En eso la enfermera me dice “vaya al baño y termina”. Me bajé de la cama sin ayuda y fui al baño casi no vía y con mucho temblor, y sentí un dolor muy fuerte y siento algo raro y me toco la vagina y siento la cabeza del bebé. En ese instante pido auxilio y ayuda y no llegó nadie: las escucho hablando, vuelvo a pedir ayuda y nada. Recuerdo que cuando llevé el curso hablaron de que el bebé se puede ahogar a la hora del parto si no sale pronto, entonces pujo y sale la cabeza, vuelvo a pedir ayuda porque estaba asustadísima y nada. Entonces decido continuar sola, tomó la cabecita y sacó los hombros y lo saqué completo. El bebé nunca tocó la taza. Pido ayuda por tercera o cuarta vez, y es ahí cuando el bebé llora entonces entra la enfermera al baño y me dice “qué hizo?, por qué pujó?...”**deme al bebé y yo no quise, me puse de pie, me sentaron en silla de ruedas y corriendo me llevaron a sala de partos con el cordón pegado y con la placenta... El bebé estaba muy negrito, con sangre y meconio, me revisan y me dicen que estoy desgarrada hasta atrás... En el expediente se puso que fue un parto asistido, lo cual no fue cierto.”*

**-Sobre la investigación preliminar realizada en el caso de la Sra. Marcela Jiménez**

A continuación se transcribe el informe de la investigación preliminar realizada en el Hospital de las Mujeres en el que se hizo un “apercibimiento de llamado de atención” el cual no tiene carácter de sanción y no será incorporado en el expediente personal de las funcionarias que se encontraban en funciones en el servicio de Alto Riesgo de ese hospital cuando sucedieron los hechos mencionados.

*“Constancia de Apercibimiento” (enfermera obstetra) de fecha 04 de diciembre de 2014:*

*Se deja constancia de apercibimiento a la Dra....Enfermera Obstetra, esta Dirección* *de Enfermería hace de manifiesto la inconformidad con su actuar, en la prestación de servicios de enfermería obstetra, que usted brindó a la usuaria Marcela Jiménez Espinoza, cédula 1 1447 029, el día 10 de octubre en el Salón de Alto Riesgo, donde los hechos verifican que la usuaria dio a luz en un servicio sanitario, sin la intervención, ni menos ayuda del personal contratado y calificado para este acto (nacimiento de un bebé), de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo, Artículo 50 “Es obligación del trabajador según el puesto que desempeñe y las funciones específicas que se le hayan asignado, ejecutar las labores con eficiencia, constancia y diligencia, así como efectuar cualquier clase de trabajo, dentro del mismo género de su especialización o actividad, compatible con sus aptitudes, conocimientos, estado o condición”.*

*Ya que se evidenció de acuerdo a la investigación de los hechos ocurridos, a pesar de su grado académico Máster en Obstetricia y Ginecología, se evidencian que durante el internamiento de la usuaria al momento se da el evento que nos ocupa, existen varios factores o variables de alarma para sospechar que la usuaria estaba en franca labor de parto, en fase de aceleración, e inclinación máxima donde se presentan (vómitos y pujo persistente), demostrando en su actuar falta de expertiz en el entorno de su trabajo concreto, en la que se deben aplicar técnicas del saber y hacer y emplear herramientas dirigidas a realizar las tareas con acierto.*

*También se encuentra una violación del Código de Ética del Servicio de la Caja Costarricense de Seguro Social, Artículo 6 P2 donde versa “la veracidad de la información, confidencialidad, imparcialidad y respetabilidad, la armonía laboral, la iniciativa, como labores fundamentales propios del ejercicio de las funciones de los empleados; donde usted como profesional responsable de un servicio, no hace la anotación de lo sucedido en sus registros, omitiendo situaciones que pueden afectar o poner en riesgo el adecuado desarrollo en este caso al binomio, faltando a la veracidad de la información dada, sobre lo sucedido realmente (omitiéndose).*

*No sin antes referirme a que su persona, al día de hoy ha sido una funcionaria responsable, en su asistencia y responsabilidad, compromiso, de buenas costumbres, por lo que le solicito, que estos eventos no se repitan, de lo contrario se aplicará el Reglamento Interino de Trabajo y su Normativa.*

*POR TANTO: esta Dirección de Enfermería procede a hacerle el presente llamado de atención apercibiendo en este acto su conducta la cual desde ningún punto de vista es apropiada y la insto a dejar de practicar estos actos que van en perjuicio del usuario y del Servicio de Enfermería, en razón de ello procedo a realizarle FORMAL APERCIBIMIENTO, el cual no tiene carácter de sanción, no será incorporado a su expediente personal, simplemente es un instrumento donde esa jefatura manifiesta la inconformidad por los hechos ocurridos...”.*

“*Constancia de apercibimiento” (asistente de pacientes) de fecha 04 de diciembre de 2014:*

*…a la Sra.... Asistente de Pacientes, esta Dirección de Enfermería, hace de manifiesto la inconformidad por su actuar, en la atención dada el día 10 de octubre 2014, en el Salón de Alto Riesgo, a la usuaria Marcela Jiménez Espinoza, cédula 1 1447 0229, donde la misma se defecó en la cama varias veces y usted refiere que hizo gestos de “guacala” (lenguaje no verbal), le recuerdo que una de las funciones por la que usted fue contratada es velar por el confort y comodidad de la usuaria y debe* *al Reglamento Interno de Trabajo, Artículo 50 “Es obligación del trabajador según el puesto que desempeñe y las funciones específicas que se le hayan asignado, ejecutar las labores con eficiencia, constancia y diligencia, así como efectuar cualquier clase de trabajo, dentro del mismo género de su especialización o actividad, compatible con sus aptitudes, conocimientos, estado o condición”. De lo contrario y de repetirse estos actos que riñen con la obligación de los trabajadores y el Código de Ética de Servicios del Servicio de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde versa que todos los trabajadores debemos brindar una atención de calidad, calidez a todo usuario en general.*

*POR TANTO:**esa Dirección de Enfermería procede a hacerle el presente llamado de atención apercibiendo en este acto su conducta la cual desde ningún punto de vista es apropiada y la insto a dejar de practicar estos actos que van en perjuicio del usuario y del Servicio de Enfermería en razón de ello procedo a realizarle el presente FORMAL APERCIBIMIENTO, el cual no tiene carácter de sanción, no será incorporado a su expediente personal simplemente es un instrumento donde esta Jefatura manifiesta la inconformidad por los hechos ocurridos. Le solicito no se repitan, ya que otra vez se aplicará el RIT y su Normativa...”*

La posición de la Dirección de Enfermería del Hospital de las Mujeres frente a la investigación preliminar.

La Defensoría de los Habitantes considera que una situación como la antes expuesta y tan delicada como la acaecida en el Salón de Alto Riego, amerita el traslado al Centro para la Instrucción del Procedimiento Administrativo de la CCSS (CIPA) para la debida apertura de un Procedimiento Administrativo Disciplinario, a fin de que se investiguen los hechos y se valore la sanción de los mismos.

Es una facultad de la administración realizar una investigación preliminar cuando se requieren identificar a las partes del futuro proceso o bien la recolección de información para determinar la procedencia o no de la apertura del procedimiento disciplinario. Sobre el particular la Sala Constitucional ha indicado que:

*“Lo anterior constituye entonces una facultad del órgano administrativo competente, a fin de determinar si existe mérito o no para iniciar un proceso que tienda a averiguar la verdad real de los hechos objeto de las pesquisas y es cuando se ha abierto el procedimiento propiamente dicho, con la conformación del Órgano Director, que surge al momento procesal oportuno donde el servidor investigado si puede manifestarse sobre los cargos que le son atribuidos y en consecuencia, tener acceso a las piezas del expediente que le interesan, así como a ser asistido por un abogado y poder presenciar la evacuación de la prueba testimonial y cualquier cosa que se ordene ante la cual pueda ejercer su derecho a la defensa[[39]](#footnote-39)....”.*

En resumen la indagación previa es correcta y pertinente para reunir elementos de prueba que determinen la procedencia o no de iniciar el procedimiento formal, pero totalmente improcedente subsumir dentro de la etapa de investigación previa actos propios del trámite formal, pues ahí no se resuelve sobre la responsabilidad disciplinaria o violaciones al Reglamento Interno de Trabajo o al Código de Ética de los servidores (as), por no constituir dicha actividad un procedimiento sancionatorio.

La Defensoría de los Habitantes considera que las denuncias presentadas en la institución, la gran cantidad de comentarios recibidos en la página de la Defensoría de los Habitantes confirman la presencia de violencia obstétrica en las Salas de Partos de los diferentes hospitales del país.

Asimismo, comparte la preocupación y el dolor de las madres denunciantes, quienes se han referido a las consecuencias en la salud que han enfrentado sus hijos e hijas durante el parto por omisiones o prácticas violentas durante el parto, que han traído consecuencias en la salud de sus hijos e hijas, así como la inquietud por la incidencia en quebraduras de clavícula de neonatos (as), sucedidas en el Hospital de las Mujeres en el 2014, ello de conformidad con el Oficio N° J.O.453.12.14 del 19 de diciembre de 2014, firmado por el Dr. Freddy Pérez Santander, Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital de las Mujeres, en el que manifestó que “*en reunión previa con la Doctora Alicia Boza, Jefe del Servicio de Neonatología, se comentó sobre el inusual aumento en el número de neonatos con fractura de clavícula”,*  por lo que ha puesto en conocimiento del Área de Niñez de esta Institución, esta situación para su investigación.

Se ha recomendado a las personas denunciantes por violencia obstétrica cuyo resultado ha sido la muerte o discapacidad de la persona menor durante el nacimiento, acudir a Fiscalía más cercana a su lugar de residencia, para que se realice la investigación correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Código Penal.

A la persona, desde su ingreso por cualquier motivo a un servicio de salud, se le debe ofrecer un ambiente de paz, tranquilidad, seguridad, limpieza, con personal suficiente, debidamente capacitado, y que le ayude en todos los sentidos, escuchando y buscando soluciones para satisfacer sus necesidades.

Los y las profesionales de la salud no deben perder su propia humanidad, deben tener claro qué tipo de personas son, qué tipo de seres humanos desean ser y cómo desean ser vistos por los demás.[[40]](#footnote-40)

Sobre el maltrato específicamente se ha documentado que las mujeres en labor de parto son maltratadas en los sistemas de salud, principalmente de forma verbal cuando están en fase de expulsión y en labor. Recientemente se premió a un médico mexicano por un estudio realizado en el que documentó que “*El maltrato a la mujer en los servicios públicos y privados de salud es una constante, en particular en el área de gineco-obstetricia. Regaños, humillaciones, alusiones (a su vida sexual), conminaciones, colocación del dispositivo intrauterino sin consentimiento y otras formas de abuso, son prácticas habituales en las que incurren los médicos en las salas de parto.*

*Así lo revela una investigación coordinada por Roberto Castro Pérez, integrante del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), trabajo que fue galardonado con el Séptimo Premio Iberoamericano en Ciencias Sociales, que otorga el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la máxima casa de estudios.*

*En el trabajo premiado –referente a abusos en hospitales– el científico social y su equipo identificaron que los médicos (hombres y mujeres) se dirigen a las pacientes en labor de parto con frases o bromas como: Aguántate, así te gustó, antes abriste las piernas o “claro que lo haremos” (en referencia a la episiotomía).*

*…La investigación también muestra que en medio del parto, algunos médicos creen bromear –delante de las madres–, diciendo si a uno u a otro se le han muerto más niños al momento de nacer…”[[41]](#footnote-41)*

Una mujer que se encuentra internada en un Hospital para que se atienda su parto, se encuentra en situación de vulnerabilidad ya que se encuentra en manos del personal médico especialista y de enfermería, por lo que requiere atención médica eficiente, segura y humanizada y la garantía para ella y el nasciturus del respeto de sus derechos humanos y fundamentales.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que existen barreras que limitan a las mujeres el acceso a los servicios y estos están relacionados con factores estructurales de los servicios de salud y prácticas actitudinales y estereotipos, tanto a lo interno de las familias como del personal que trabaja en los establecimientos de salud.

De conformidad con lo que acá se ha analizado y las denuncias recibidas por maltrato y violación de los derechos humanos de las mujeres en las salas de maternidad y partos, pareciera que persisten concepciones culturales que justifican que el parto debe ser doloroso, ideas que deben erradicarse de los centros de salud y hospitales de nuestro país.

Sobre el particular, en el Informe de Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a Costa Rica se externa la preocupación debido a que en Costa Rica “*persisten actitudes tradicionales y discriminatorias y prevalece la influencia de creencias religiosas y patrones culturales que obstaculizan el avance de los derechos de la mujer y la plena aplicación de la Convención, en particular los derechos sexuales y reproductivos...”* y recomienda que Costa Rica *“intensifique sus esfuerzos para poner en marcha campañas de sensibilización y educación pública dirigidas a la población en general y, en particular, a los líderes políticos y religiosos y a los funcionarios públicos, con miras a propiciar cambios en las actitudes tradicionales asociadas a los roles de género discriminatorios en la familia y en la sociedad en general[[42]](#footnote-42)..*.”

 Asimismo, la Comisión ha llamado la atención para que la pobreza de las mujeres no se convierta en un determinante para decidir si acudir o no a los servicios de salud frente a algún síntoma de riesgo durante el embarazo y/o parto, reflejándose con ello la falta de apoyo estatal para las personas con escasos recursos.

En nuestro país, según datos del Ministerio de Salud[[43]](#footnote-43) a partir de los 15 años y mientras las mujeres se encuentran en edad fértil, la demanda de servicios de salud para las mujeres se incrementa en todas las áreas de atención: emergencias, consulta externa y hospitalización y el motivo más importante está relacionado con el sistema reproductivo: el embarazo, el parto y puerperio.

En consulta externa por ejemplo se registra un porcentaje del 40.9 de la demanda de servicios por parte de las mujeres “sin hallazgo patológico”[[44]](#footnote-44) o sea por causas no relacionadas con enfermedades.

Con referencia a las atenciones en emergencias, el embarazo, el parto y el puerperio ocupan el segundo lugar de atención y en cuanto a la hospitalización, el número de atenciones a mujeres es superior a los hombres, siendo la principal causa de hospitalización el embarazo, parto y puerperio ocupando las mujeres un porcentaje del 79% del total de los egresos en ese servicio. Por ello la importancia de que el país cuente con un centro de salud especializado como el Hospital de las Mujeres que brinde atención integral a las mujeres en los padecimientos propios de su género, que garantice atención humanizada y de calidad para ellas y sus hijos e hijas por nacer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que: “*Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. (1) La mejora de la salud materna es uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos. ... La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte.* ”[[45]](#footnote-45).

La muerte o defunción materna se define como *“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o a su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”[[46]](#footnote-46)* y la tasa de mortalidad materna (TMM) es *“*el *número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo*[[47]](#footnote-47).

La mortalidad materna ha sido considerado como el indicador más claro de la baja prioridad social que se le ha otorgado a un problema que afecta a un sector específico de la población: las mujeres, particularmente a las más pobres, pese a que desde hace más de 50 años se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios para evitar dichas defunciones.

Según datos del Ministerio de Salud[[48]](#footnote-48) Costa Rica cuenta con una de las tasas de mortalidad materna más bajas de Latinoamérica y el Caribe únicamente comparadas con Chile y Cuba y se ha mantenido en los últimos cinco años debajo de 3.0 por 10.000 nacimientos vivos. Sin embargo no deja de preocupar el aumento en el número de muertes maternas que se presentó en el año 2014, año en que las cifras cerraron con 20 muertes maternas presentándose seis muertes más que en el 2013, situación que debe ser analizada por las autoridades del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social a fin de proceder a realizar los estudios correspondientes para buscar las causas y más aún, las estrategias y acciones necesarias para propiciar la baja en la incidencia de muertes maternas en el país, ya que en los últimos cinco años la tasa de mortalidad materna ha venido presentado oscilaciones, mostrando que el país no ha logrado mantener una tendencia sostenida en el descenso.

 Con base en lo anterior y con fundamento en el artículo 14 de la Ley N° Del 17 de noviembre de 1992 y en el artículo 32 del Decreto Ejecutivo No 22266-J,

***LA DEFENSORIA DE LOS HABITANTES DE LA REPUBLICA***

***RECOMIENDA***

**Al Ministro de Salud*:***

Girar las instrucciones correspondientes y proponer estrategias de acción, a fin de conocer los determinantes biológicos, económicos y sociales que confluyen para incidir en la reducción de los índices de mortalidad materna, de manera que el país mantenga una tendencia sostenida en el descenso y no oscilaciones hacia la alta como ha venido sucediendo en los últimos años.

**A la Presidenta Ejecutiva y Gerenta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social:**

-Analizar las causas que afectan la atención integral de las mujeres en estado de embarazo y su derecho a una maternidad sin riesgo y libre de violencia obstétrica, y proceder a emitir las directrices correspondientes, de manera que se visibilice esta problemática y se proceda a la realización de actividades de capacitación, información y sensibilización en todos los Hospitales y Centros de Salud, con el objetivo de que las mujeres embarazadas reciban servicios de alta calidad y atención humanizada en todos los servicios de maternidad del país, garantizando sus derechos humanos y fundamentales.

-Priorizar en la dotación de especialistas en Ginecología, Enfermería Obstétrica, Anestesiología y Neonatología al Hospital Tony Facio Castro de Limón, de manera que ese Nosocomio pueda atender los partos de las mujeres embarazadas residentes en Limón y se disminuya al mínimo los traslados a San José para evitar riesgos en la vida y la salud de las madres y sus hijos e hijas.

-Velar porque en los Centros de Salud y Hospitales que atienden mujeres en estado de embarazo para el parto, apliquen estrictamente los protocolos establecidos en Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto, así como la Ley N° 8239 “*Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados*.”

-Poner en funcionamiento, de inmediato, las salas de Maternidad y partos del CAIS de Desamparados a fin de descongestionar el Hospital de las Mujeres.

-Realizar campañas de divulgación de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia, de manera que las mujeres conozcan sus derechos humanos y reproductivos.

-Establecer mecanismos idóneos que permitan detectar y erradicar la presencia de situaciones de violencia obstétrica en todos los hospitales y centros de salud del país, y elaborar reglamentos que impongan sanciones a los funcionarias y funcionarias de salud que incurran en este tipo de violencia.

-Instruir a las Contralorías de Servicios de todos los Hospitales y Centros de Salud del país para que reciban las denuncias y quejas por situaciones de violencia obstétrica, brinden el trámite establecido de conformidad con los reglamentos respectivos, y además, pongan en conocimiento de la jerarca de la institución la denuncia en particular para su análisis y valoración.

-Girar instrucciones para que en todos los Hospitales y Centros de Salud del país se realicen campañas de información, sensibilización y divulgación de los derechos humanos y reproductivos dirigidos a las mujeres usuarias de los servicios de las salas de maternidad, labor, parto y post-parto.

-Comunicar a las Direcciones Médicas de los Hospitales Nacionales y Centros de Salud, la obligación establecida en el Reglamento de Salud de la CCSS y la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Postparto, la obligación de garantizar el derecho al acompañamiento de las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto.

-Proceder a establecer mecanismos idóneos que incentiven a especialistas trasladarse a laborar en el Hospital Dr. Tony Facio Castro, así como brindar facilidades a médicos (as) y enfermeros (as) de ese Hospital y que son de la zona, para que se especialicen en las áreas que muestran inopia como Ginecología y Anestesiología.

-Valorar las necesidades de especialistas en Ginecología, Obstétrica y Trabajo Social del Hospital Enrique Baltodano Briceño, a fin de priorizar en la dotación de estos profesionales.

-Valorar las necesidades de equipos de monitoreo fetal del Hospital Enrique Baltodano Briceño, a fin de priorizar en la dotación de equipos a ese Hospital.

**Al Director Médico del Hospital Dr. Tony Facio Castro:**

-Reiterar en el Servicio de Maternidad y Obstetricia, la obligatoriedad de utilizar lo estipulado en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto.

-Buscar alternativas de solución a los problemas estructurales a fin de que se garantice el acompañamiento a las mujeres limonenses antes, durante y después del parto.

-Establecer mecanismos idóneos de coordinación con el Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”, de manera que las mujeres sean el eje prioritario de atención, garantizando que cuando éstas requieren ser trasladas al Hospital de las Mujeres para el parto, van debidamente comentadas con el especialista a cargo en San José, diagnosticadas y acompañadas por el personal especialista correspondiente, de conformidad con su estado de salud.

-Proceder a establecer canales de comunicación ágiles con el Hospital de las Mujeres para garantizar el retorno de las mujeres que son trasladadas a San José para el parto.

-Valorar la compra de un mayor número de ambulancias, de conformidad con las necesidades del Hospital.

**Al Director Médico del Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”:**

-Emitir directrices específicas dirigidas al personal médico y obstétrico y personal en general, sobre la obligatoriedad de utilizar la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal-Parto y Postparto en todos los servicios en los que se atienden mujeres en estado de embarazo.

-Dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Salud y la normativa relativa a la protección especial de la mujer embarazada y garantizar el derecho al acompañamiento a las mujeres usuarias de los servicios de ese hospital, antes, durante y después del parto.

-Dotar de un espacio a las personas acompañantes de las mujeres usuarias que acuden al Servicio de Emergencias de ese Hospital, y así evitar que esperen noticias a la intemperie y en un lugar inapropiado para ello.

-Emitir las directrices correspondientes a fin de garantizar que la salas de labor y parto dispongan los de equipos de monitoreo fetal durante las jornadas nocturnas y en fines de semana a fin de proteger la salud y la vida del nasciturus.

-Realizar actividades de sensibilización, información y capacitación dirigidas al personal especialista en ginecología y enfermería obstétrica, a fin de garantizar el trato humanizado y el derecho a la maternidad sin riesgo, de manera que se erradiquen acciones de violencia obstétrica en el Hospital de las Mujeres.

-Valorar la apertura de investigaciones preliminares por denuncias de violencia obstétrica solamente en los casos que así lo amerite; en los demás casos, proceder a la apertura del respectivo procedimiento administrativo disciplinario, remitiéndolo al Centro para la Instrucción del Procedimiento Administrativo (CIPA) de la CCSS para su investigación.

-Disponer que el uso de los servicios sanitarios asignados al personal administrativo y que se encuentran ubicados frente a la Consulta de Servicio de Alto Riesgo, se extienda a las pacientes de ese Servicio.

-Realizar campañas de información para que las usuarias de los Servicios que presta el Hospital de las Mujeres conozcan su derecho a la atención humanizada y libre de violencia obstétrica.

 -Fortalecer la Contraloría de Servicios de ese Hospital para que reciba las denuncias por violencia obstétrica, emitiendo directrices claras y precisas para el traslado de las denuncias a la Dirección Médica para la apertura del procedimiento administrativo disciplinario correspondiente.

**A la Directora Médica del Hospital Enrique Baltodano Briceño:**

-Coordinar con los Hospitales que refieren mujeres embarazadas para el parto al Hospital Enrique Baltodano Briceño para garantizar su retorno al lugar de procedencia.

***A la Ministra y Presidenta Ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres:***

-Analizar el Modelo de Atención Integral del Hospital de las Mujeres conjuntamente con las autoridades de ese Nosocomio, con el objetivo de trabajar en la institucionalización del enfoque de género en la prestación de los servicios, y la garantía del respeto de los derechos humanos y fundamentales de las mujeres usuarias de ese Hospital.

Realizar actividades de capacitación y sensibilización sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto en el Hospital de las Mujeres, con el objetivo de mejorar la atención humanizada y libre de violencia obstétrica a la que tienen derecho las mujeres usuarias de los servicios de ese Nosocomio.

**A las personas denunciantes:**

Posterior al análisis e investigación de sus denuncias, la Defensoría constató que se han presentado omisiones y violaciones de los derechos humanos de las mujeres embarazadas durante el parto y el post-parto en algunos hospitales del país, por lo que en este informe está emitiendo recomendaciones a las que continuará dándole seguimiento para su cumplimiento.

A las personas denunciantes que consideren que las omisiones o afectaciones en su caso en particular, requieren de investigaciones para sentar responsabilidades en la vía jurisdiccional, se les recomienda acudir a la Fiscalía más cercana de su lugar de habitación e interponer las denuncias que consideren pertinentes.

Se previene que por disposición del artículo 14 párrafo tercero de la Ley No 7319 el no acatamiento injustificado de las recomendaciones de la Defensoría de los Habitantes puede ser objeto de una recomendación de amonestación para la persona funcionaria que las incumpla o, en caso de incumplimiento reiterado, de una recomendación de suspensión o despido.

En virtud de lo anterior, y con fundamento en el artículo 32 del Reglamento a la Ley de la Defensoría de los Habitantes, los órganos públicos deben, en el plazo de QUINCE DIAS HABILES a partir del día siguiente a la notificación de este informe final, remitir a la Defensoría de los Habitantes un informe de cumplimiento de las recomendaciones formuladas, en el cual deberá incluirse la siguiente información:

a.- Medidas que se adoptarán para hacer efectiva las recomendaciones.

b.- Plazo en el que se ejecutarán dichas medidas

c.- Funcionario o funcionaria encargada de su ejecución.

En relación con este informe final cabe el recurso de reconsideración que deberá ser interpuesto dentro de los OCHO DIAS HABILES posteriores a la notificación.

Este informe fue preparado por la Licda. Alba Pascua Vargas, bajo la supervisión de la Licda. Lilliana Castro López, Directora de la Defensoría de la Mujer.

1. Solicitud de Intervención N° 135530-2013 SI. [↑](#footnote-ref-1)
2. Solicitud de Intervención N° 62681-2016 SI. [↑](#footnote-ref-2)
3. Visita realizada los días 20 y 21 de enero de 2015. [↑](#footnote-ref-3)
4. 27 de noviembre de 2014. [↑](#footnote-ref-4)
5. El Informe de las Inspecciones y reuniones realizadas se encuentran a la vista en los anexos all expediente. [↑](#footnote-ref-5)
6. Informe de inspección a la vista en el expediente. [↑](#footnote-ref-6)
7. Fuente: Datos suministrados por el Departamento de Estadísticas del Hospital Dr. Tony Facio Castro. 2014. [↑](#footnote-ref-7)
8. Artículo 1. Ley N° 7319 del 17 de noviembre de 1992. “Ley de la Defensoría de los Habitantes de la República”. [↑](#footnote-ref-8)
9. Naciones Unidas. “Principios de París”. Resolución de la Asamblea General 48/134 del 20 de diciembre de 1993- [↑](#footnote-ref-9)
10. Oficina del Ato Comisionado de Naciones Unidas. Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Antecedentes, Principios, Funciones y Responsabilidades. Serie de Capacitación Profesional N°4. Naciones Uidas: Nueva York y Ginebra 2010. Pág. 24. [↑](#footnote-ref-10)
11. Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Voto Nº 7730-2000, de las catorce horas y siete minutos del treinta de agosto del dos mil. [↑](#footnote-ref-11)
12. Artículo 12. Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739 del 06 de enero de 1998. [↑](#footnote-ref-12)
13. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Postparto. San José, Costa Rica. 2008.

 [↑](#footnote-ref-13)
14. Ibidem. Pág. 15. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ibídem. Pág. 17. [↑](#footnote-ref-15)
16. Ibídem. Pág. 20. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ibídem. Pág. 70. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ibídem. Pág. 70. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ibídem. Pág.25. [↑](#footnote-ref-19)
20. www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm. Resumen del Programa de Acción de la Conferencia Internacional celebrada en El Cairo, 1994. [↑](#footnote-ref-20)
21. Art. 12. Ley N° 5395: Ley General de Salud del 30 de octubre de 1973. [↑](#footnote-ref-21)
22. Human Rights and Economic and Social Issues Section Millenium Development Goals Section. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). <http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf>.

Página consultada el 14 de marzo de 2015. [↑](#footnote-ref-22)
23. Pontificia Universidad Católica de Chile. “El derecho al acompañamiento”. 2009. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ibídem. [↑](#footnote-ref-24)
25. Caja Costarricense de Seguro Social.Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y post parto”. Costa Rica, 2009, pág. 14. [↑](#footnote-ref-25)
26. Facio, Alda. Asegurando el Futuro. Las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos y los Derechos Reproductivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San José, 2003. Pág. 14 [↑](#footnote-ref-26)
27. Ibid. [↑](#footnote-ref-27)
28. Facio, Alda. Asegurando el Futuro. Las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos y los Derechos Reproductivos. Op. cit. Págs. 15-17 [↑](#footnote-ref-28)
29. Ibíd. [↑](#footnote-ref-29)
30. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de las Mujeres. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva. “Modelo Integral de Atención de la Salud de las Mujeres: Una propuesta para su construcción. Julio de 2001. [↑](#footnote-ref-30)
31. INAMU. Salud de las Mujeres. La Perspectiva de Género y la Salud de las Mujeres. <http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=1500> [↑](#footnote-ref-31)
32. Propuesta para la Erradicación de la Violencia Obstétrica en Costa Rica en el marco del Encuentro Nacional de Mujeres: Avances, Desafíos y Propuestas. INAMU, 2014. [↑](#footnote-ref-32)
33. Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer. (CEDAW). Art.1. ONU: 1979. [↑](#footnote-ref-33)
34. Solicitud de Intervención N° 183602-2015-SI. [↑](#footnote-ref-34)
35. Solicitud de Intervención N° 182935-2015 SI. [↑](#footnote-ref-35)
36. Solicitud de intervención 183297-2015 SI. [↑](#footnote-ref-36)
37. Solicitud de Intervención N° 184668-2015 SI. [↑](#footnote-ref-37)
38. Expediente 383573-2015 SI. [↑](#footnote-ref-38)
39. Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Voto N° 2003-09125 de las nueve horas con veintiún minutos del veintinueve de agosto del dos mil tres. [↑](#footnote-ref-39)
40. Ibidem. [↑](#footnote-ref-40)
41. Emir Olivares Alonso. Periódico La Jornada. México D.F. Jueves 23 de enero de 2014, p. 35 [↑](#footnote-ref-41)
42. Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 49°período de sesiones. 11 al 29 de julio de 2011. Observaciones finales del Comité para la Discriminación contra la Mujer. Costa Rica. CEDAW/C/CRI/CO/5-6. 2 de agosto de 2011. Puntos 18 y 19. Pág. 4. [↑](#footnote-ref-42)
43. Ministerio de Salud. Indicadores de Genero y Salud Costa Rica 2005. Salud de las Mujeres en Costa Rica. www.ministeriodesalud.go.cr/estaindigene.htm [↑](#footnote-ref-43)
44. Terminología utilizada por la CCSS, entiéndase sin enfermedad. [↑](#footnote-ref-44)
45. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/>

Página consultada el día 14 de marzo de 2015. [↑](#footnote-ref-45)
46. Caja Costarricense de Salud. Departamento de Estadística de la Salud <http://www.ccss.sa.cr./html/organizacion/gestion/gerencias/medica/dis/dep_estadistica/des/def/def03.htm>)

Página consultada el día 28 de junio de 2012. [↑](#footnote-ref-46)
47. Index Mundi. Mapa Comparativo de Países. Tasa Mundial de Mortalidad Materna. <http://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=es> [↑](#footnote-ref-47)
48. Oficio DM-395-2015 del 20 de enero del 2015 y firmado por la Dra. María Elena López Núñez, Ministra de Salud. [↑](#footnote-ref-48)