



FLACSO
ARGENTINA

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO

MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO

Las protagonistas del parto:

**El paradigma del desarrollo humano para la
articulación de políticas públicas con el fin de erradicar la
violencia obstétrica en el sistema de salud pública
costarricense, 2001-2021**

Tesista: Marianela Castro Nieto

Director/a de Tesis: Dra. María Gabriela Arguedas Ramírez

Tesis para optar por el grado académico de Magister en Desarrollo Humano

Fecha: 18 de abril del 2023

Resumen

En la siguiente investigación se plantea como el desarrollo humano, junto con el enfoque de las capacidades, sirve como referente teórico pertinente para erradicar la violencia obstétrica del sistema de salud pública de Costa Rica. El principal objetivo de la investigación parte de un análisis sobre la forma en que el desarrollo humano permite examinar las limitaciones de las políticas públicas costarricenses en salud reproductiva vinculadas a la violencia obstétrica y el cumplimiento de derechos reproductivos con relación al embarazo, parto y posparto. La unidad de análisis fue el sistema de salud pública costarricense, entre los años de 2001 al 2021. Esta es una investigación multimétodo donde se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas. Se utilizó la recolección bibliográfica y documental, además de recopilar datos a través de entrevistas de análisis interpretativo.

El abordaje del tema se realizó a través de tres capítulos. En el primero, se describió como la violencia obstétrica se manifiesta en el sistema de salud público costarricense. Se conceptualizó el término de violencia obstétrica y luego se realizó una presentación general sobre su situación en Latinoamérica. Seguidamente la investigación se enfocó en el caso costarricense complementando la documentación bibliográfica con los testimonios de mujeres que sufrieron de este tipo de violencia.

El siguiente capítulo se centró en las políticas públicas y derechos reproductivos relacionados a la violencia obstétrica existentes en Costa Rica. Se inició describiendo los derechos reproductivos internacionales. Luego se analizó el marco legal existente en Costa Rica que reconoce estos derechos, fundamentalmente relacionados al embarazo, parto y postparto. En ese sentido, se describieron las leyes, decretos y normativas con las que cuenta el Estado de Costa Rica para erradicar la violencia obstétrica, analizando su alcance y limitaciones.

Finalmente, se dedicó un capítulo donde se planteó como el desarrollo humano y el enfoque de las capacidades puede ser un referente teórico pertinente para erradicar la violencia obstétrica en Costa Rica. En este capítulo se describe el paradigma de desarrollo humano, centrándose fundamentalmente en el enfoque de capacidades de Amartya Sen y en la lista de capacidades centrales de Martha Nussbaum. Fundamentalmente, el análisis vinculó la lista de Nussbaum como base conceptual, capaz de fortalecer el abordaje de derechos humanos para erradicar la violencia obstétrica.

Palabras claves: Desarrollo humano, derechos reproductivos de la mujer, capacidades reproductivas de la mujer, enfoque de las capacidades, estudios de género, políticas reproductivas, salud reproductiva, violencia obstétrica

Dedicatoria

A Mau...

compañero incondicional en mis aventuras académicas.

A Luciana y Adriano...

luces de mi vida.

A las mujeres que hemos sufrido de violencia obstétrica...

de nuestras vivencias, la construcción de un futuro más promisorio para todas.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Dra. Gabriela Arguedas por su guía y apoyo académico durante la elaboración de esta investigación. Agradezco también el constante apoyo del Movimiento de Parto Respetado quien colaboró con la recopilación de documentación necesaria para esta investigación. Un agradecimiento a la Dra. Rebecca Turecky por compartir su larga experiencia y reflexiones. Un fuerte agradecimiento a las mujeres que aportaron sus vivencias a través de sus testimonios en la búsqueda de hacer justicia, profundizando el análisis y fortaleciendo esta investigación. También agradezco al profesorado y Coordinación Académica de la Maestría de Desarrollo Humano de FLACSO Argentina, por su apoyo y guía en una cursada que se realizó en medio de la Pandemia del COVID-19 y todas las implicaciones y esfuerzos que esto implicó. Finalmente, un agradecimiento a mi madre, a mi padre y mi familia por su constante apoyo y entusiasmo.

TABLA DE CONTENIDO

I. Introducción: problemática y delimitación del tema	2
II. Justificación	6
III. Construcción bibliográfica del Problema	7
A. Estado de la Cuestión	7
B. Marco Teórico.....	10
IV. Objetivo General y Objetivos Específicos	13
A. Objetivo General.....	13
B. Objetivos Específicos.....	13
C. Matriz de operacionalización de variables	14
V. Estrategia Metodológica.....	15
VI. La Violencia Obstétrica en el sistema de salud pública costarricense.	19
A. Definiendo la violencia obstétrica	19
B. Una mirada regional sobre la violencia obstétrica en Latinoamérica	22
C. Manifestaciones de violencia obstétrica en Costa Rica	25
VII. Políticas Públicas y Derechos Reproductivos de las mujeres costarricenses ..	55
A. Derechos Reproductivos.....	55
B. El marco legal en contra de la Violencia Obstétrica y los derechos reproductivos de las mujeres costarricenses	57
1. Leyes vinculantes a la salud reproductiva	59
2. Modelos, Guías y Decretos Ejecutivos	64
3. Ley de Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido	79
VIII. Violencia Obstétrica y Desarrollo humano	88
A. El paradigma de desarrollo humano como referente teórico	88
B. El Desarrollo Humano enfocado en la Mujer	91
C. Las capacidades reproductivas de las mujeres	98
IX. Conclusiones.....	105
Bibliografía.....	109

I. INTRODUCCIÓN: PROBLEMÁTICA Y DELIMITACIÓN DEL TEMA

Por mucho tiempo, los partos y nacimientos costarricenses ocurrieron en círculos femeninos en los hogares, asistidos por parteras empíricas y tradicionales. La nueva madre, guiada por la comadrona, era la principal protagonista de su propio parto. Las parteras procuraban cuidar no solo del bienestar físico de madre y criatura, sino también de respetar las preferencias de la parturienta y de otorgarle un apoyo emocional y psicológico constante. A finales del Siglo XIX y principios del Siglo XX, como resultado del diseño de una identidad nacional, se generaron mecanismos de control sociopolítico y económico implementado por el Estado Liberal costarricense. Se institucionalizó la medicina, se generaron políticas de ordenamiento sanitario y se fundó la Escuela de Enfermeras Obstétricas. La reproducción de la mujer fue medicalizada y los partos pasaron a ser regularizados en las zonas urbanas del país atendidos por las obstetras, ya que se responsabilizaba a las parteras empíricas de las altas tasas de muerte materno-infantil. Aun así, la partería tradicional sobrevivió en las zonas rurales donde la cobertura del sistema de salud no era suficiente. A medida que aumentaba la cobertura médica se fueron excluyendo las parteras tradicionales del escenario de los nacimientos. Los hospitales se convirtieron en el principal lugar para atender un parto, sustituyendo los domicilios. Eran ahora los médicos los encargados de atender los alumbramientos, apoyados por enfermeras obstetras. En consecuencia, a finales del siglo XX las parteras tradicionales fueron eliminadas por completo del sistema de salud.

En el momento en que el parto se medicalizó y se hizo público a través de la regulación estatal, este desapareció del espacio domiciliar donde era protagonizado por las parturientas. A pesar de que la medicalización del parto y su regulación estatal se había implementado con el objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil, ahora las embarazadas quedaban subordinadas a los profesionales de salud, encargados de controlar el momento del nacimiento. El embarazo y los nacimientos fueron tratados como una patología y no como un proceso natural debido a un intenso intervencionismo médico, que incluso llegó a irrespetar los derechos reproductivos de la mujer (Al Adib Mediri, et al., 2017,

p.3). Hoy en día, en los centros de salud pública y privada, a pesar del interés de proteger la vida de la madre y del bebé, se han llegado a implementar una serie de procesos sistemáticos que de alguna forma violenta contra la salud física, mental y emocional de la madre, en su condición de mujer. Este tipo de violencia es denominado como violencia obstétrica y se ejerce cuando el personal de salud implementa alguna acción o conducta u omite cualquier cuidado que afecte de forma negativa la integridad emocional y física del proceso reproductivo de una mujer (CCSS, 2020). La utilización de prácticas invasivas, el suministro de fármacos injustificados o el irrespeto al proceso natural de un parto, son considerados comportamientos violentos contra el físico de una mujer embarazada (CCSS, 2020). Un trato discriminatorio, irrespetuoso y humillante hacia la mujer gestante es considerado también como violencia obstétrica, al igual que la omisión de información clara y el irrespeto a los deseos de las madres, dentro del marco de derechos reproductivos (CCSS, 2020).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) presentó en su informe de resultados sobre la *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia* de Costa Rica los porcentajes de mujeres que han sufrido de violencia obstétrica. Se entrevistaron a 135.281 mujeres de 15 a 49 años de edad, con hijos nacidos vivos en los últimos 2 años, y que sufrieron algún tipo de violencia durante su parto vaginal o por cesárea. La encuesta indicó que a un 31,6% de las mujeres entrevistadas no se les permitió estar acompañadas, tener la privacidad necesaria o utilizar una posición cómoda para dar a luz (INEC, 2018, p.83). La encuesta además reveló que un 58,2% de las mujeres sufrieron adicionalmente de algún tipo de violencia obstétrica relacionada a los siguientes factores: no se les preguntó sobre la aplicación de medicamentos o procedimientos; no se les otorgaron explicaciones claras; recibieron críticas, sobrenombres o comentarios despectivos; les gritaron o regañaron; se les obligó a pujar en momentos inadecuados y recibieron agresiones físicas y golpes (INEC, 2018, p.83). A pesar de que existían ciertos mecanismos gubernamentales relacionados con la salud reproductiva, como el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres en Costa Rica en 2001, y posteriormente, el *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social* del 2017, la violencia obstétrica seguía ejerciéndose. Dichos modelos incluían temas relacionados a gestión clínica y administrativa, a la infraestructura y tecnología, a los recursos en general,

además de la descripción del modelo de atención a implementar, el manejo de madres gestantes en labor de parto y posparto. Aun así, su adecuada instrumentalización había sido ineficiente, ya que las mujeres continuaron manifestando haber recibido tratos impropios en los sistemas de salud pública.

El 28 de octubre de 2021 se aprobó la *Ley de Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*. Según dicta el artículo 1 del proyecto de ley, su objetivo es “proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada asegurando el ejercicio de dichos derechos, así como los derechos de ejercicio de la persona recién nacida, promoviendo la vivencia de una maternidad digna, saludable, segura y con el menor riesgo posible, mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez de los servicio de salud prenatal del parto, postparto y la persona recién nacida, contribuyendo al desarrollo humano de la familia” (La Gaceta, 2022). Por consiguiente, la nueva ley debe ahora articularse en los centros de salud y hospitales públicos generando los mecanismos necesarios para que sea implementada.

Desde hace algunos años, académicas e investigadoras se han dado a la labor de visibilizar, a través de artículos e investigaciones, los problemas de violencia obstétrica que sufren las mujeres en Costa Rica y en América Latina. Así mismo, estas investigadoras revelan la fragilidad e ineficiencia de las políticas públicas que se han implementado, al menos en Costa Rica, para erradicar la violencia obstétrica. Según estas investigaciones, los derechos de las mujeres son vulnerados, fortaleciendo la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo la violencia obstétrica una forma más de violencia de género (Al Adib Mediri, et al., 2017, p.8). Según Muñoz et al. las mujeres deberían ser atendidas por un equipo de salud respetuoso y cuidadoso, recibiendo un trato de calidad y calidez, en compañía de una persona que le propicie apoyo emocional y afectivo (Muñoz, et al., 2001, p.6). Se han generado también movimientos de la sociedad civil que demandan la construcción de marcos de legalidad que reconozcan la violencia obstétrica.

Al considerar que el desarrollo humano favorece la libertad de vivir conforme a lo que cada cual valora para sí misma, este es una plataforma conceptual pertinente para proveer

a las mujeres de un marco de derechos reproductivos donde puedan nuevamente tener un rol protagónico. Es a partir de la violación de los derechos humanos, que sufren las mujeres embarazadas y durante el parto y posparto, que se plantea la principal interrogante para esta investigación: ¿cómo puede el desarrollo humano servir para la articulación de políticas públicas que permitan erradicar la violencia obstétrica en Costa Rica? Para responder a esta interrogante, la presente investigación se centrará en el periodo entre el 2001 y el 2021, iniciando con el momento en que el Estado de Costa Rica implementó *el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres*, marcando los diferentes mecanismo y políticas públicas relacionadas con la atención de las mujeres durante la gestación, embarazo y puerperio desarrolladas durante 20 años.

A partir de la pregunta inicial se pretenden responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se manifiesta la violencia obstétrica en el sistema de salud pública costarricense?
- ¿Cuál ha sido el marco legal que supuestamente ha protegido a la mujer de dicha violencia? ¿Cuáles son los derechos de salud reproductiva de los que gozan las mujeres costarricenses?
- ¿Por qué las políticas públicas implementadas por el Estado de Costa Rica han sido insuficientes para erradicar la violencia obstétrica?
- ¿Cuáles podrían ser algunos de los aspectos que se deben considerar para quienes diseñan políticas públicas basadas en el desarrollo humano y que ayuden a erradicar la violencia obstétrica en el sistema de salud costarricense?

II. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación analizará la manifestación de la violencia obstétrica en el sistema de salud pública costarricense. La violencia obstétrica limita las capacidades de las mujeres para ejercer sus derechos durante el embarazo, parto y posparto, debido a un sistema de dominación político, cultural y social, ineficiente a la hora de articular políticas públicas que respeten los derechos reproductivos de las mujeres. Por consiguiente, se identificará de qué forma el paradigma de desarrollo humano sirve para analizar las políticas públicas costarricenses con relación a la violencia obstétrica. De igual forma, la investigación busca determinar la manera en que el desarrollo humano permite incrementar las capacidades de las mujeres costarricenses para vivir experiencias positivas física y emocionalmente durante sus embarazos y partos.

Existen en Costa Rica exhaustivas investigaciones relacionadas a la violencia obstétrica. Algunos de los temas que abarcan estas investigaciones son: los discursos hegemónicos sobre el parto; análisis cualitativo y cuantitativo sobre violencia obstétrica; los movimientos y colectivos en pro del parto humanizado; la carencia y omisión de políticas públicas sobre violencia obstétrica, entre otras. Si bien la presente investigación no será la primera en materia de violencia obstétrica y análisis de políticas públicas costarricenses, será la primera en vincular esta problemática al paradigma de desarrollo humano. Por consiguiente, será un aporte bibliográfico novedoso porque le dará una nueva mirada al caso costarricense sobre violencia obstétrica, complementándolo con una de las principales premisas del desarrollo humano: proveer a las personas de las capacidades y la agencia para disfrutar de sus libertades. Por lo tanto, la investigación apunta hacia la posibilidad de utilizar el paradigma de desarrollo humano como una herramienta para disminuir la violencia obstétrica.

III. CONSTRUCCIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL PROBLEMA

A. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El académico chileno Luis Iván Díaz García, junto con la abogada Yasna Fernández realizaron una revisión sobre la situación normativa de la violencia obstétrica en América Latina, específicamente en los casos de Venezuela, Argentina y México, quienes han buscado establecer regulaciones, comparado con el caso chileno. Los autores concluyeron que la mayoría de los países de América Latina carecen de mecanismos legales en contra de este tipo de violencia, con la excepción de los países previamente mencionados quienes han articulado leyes directamente relacionadas a la violencia obstétrica (Díaz García y Fernández, 2018). Aun así, Díaz y Fernández concluyen que se requiere más que un marco normativo para erradicar la violencia obstétrica, ya que el cambio debe ser cultural y educacional.

Las investigadoras Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone realizaron una compilación sobre destacadas investigaciones relacionadas a la conceptualización, experiencias, y estrategias latinoamericanas con respecto a la violencia obstétrica. Desde el marco de los derechos humanos y la salud pública, se analizaron los casos de Chile, Argentina y México, también incluyeron a Brasil y Costa Rica. Se examinó la capacidad de los sistemas sanitarios para brindar a las mujeres embarazadas una experiencia positiva a la hora de gestar y parir, y a los recién nacidos, un trato respetuoso, adecuado a sus necesidades y tiempos fisiológicos (Quattrocchi y Magnone, 2020, p.V). Para el caso mexicano, la investigadora Paola Sesia analizó la violencia obstétrica como una categoría epistémica contiene elementos significativos de dimensión legal. Según explica Sesia, se ha generado una *disputa epistémica* de resistencia de parte del sector de la salud ya que, si éste aceptara la violencia obstétrica, encararía consecuencias legales y materiales. Para el caso brasileño, los autores Aguiar et al. analizaron las concepciones profesionales en el sector de salud público y privado sobre violencia obstétrica. Se centraron en la percepción subjetiva sobre la intervención médica a través de la aplicación de episiotomías y cesáreas, justificada por un discurso científico. Por otro lado, Nairbis Sibrian, presentó una investigación sobre la experiencia de tres mujeres gestantes chilenas, usuarias del Programa Crece Conmigo, diseñado para protección a la

infancia que articula mecanismos de medicina alopática con medicina holística. Finalmente, los autores González et al. presentaron el caso argentino mostrando las prácticas y mecanismos que utilizan los movimientos en pro del parto humanizado junto con su capacidad de incidencia en la formulación de políticas públicas.

Adentrándonos en el caso costarricense, la Dra. Gabriela Arguedas Ramírez se ha encargado de analizar las fuentes que conceptualizan el poder obstétrico sustentado con las teorías de Michel Foucault. Según la autora, “mediante una lectura foucaultiana de las prácticas que entran en la categoría violencia obstétrica es posible identificar una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad” (Arguedas, 2014, p.146). La Dra. Arguedas define la violencia obstétrica como el conjunto de prácticas capaces de degradar, intimidar y oprimir a las mujeres y niñas en salud reproductiva durante el embarazo, parto y posparto (Arguedas, 2014, p. 147). La investigadora introduce en su análisis el concepto de poder obstétrico, siendo la violencia obstétrica el mecanismo de control y opresión ejercido por este tipo de poder, produciendo cuerpos sexuados y dóciles (Arguedas, 2014, p. 147). Por lo tanto, en su investigación, Arguedas realiza un análisis histórico sobre la apropiación y control de los cuerpos femeninos, argumenta sobre la violencia obstétrica como un poder disciplinario y describe el problema de violencia obstétrica.

En cuanto a violencia obstétrica y políticas públicas, las trabajadoras sociales Sharon Salazar Aguilera y Yuliana Torres Blanco identificaron los discurso, acciones y omisiones de diferentes colectivos organizados, del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica (COLTRAS), de la Asociación de Obstetricia y Ginecología (AOGCR) y del Colegio de Enfermeras con respecto a la violencia obstétrica. Los colectivos han asumido un rol protagónico en la lucha contra la violencia obstétrica debido a la falta de responsabilidad estatal. Mientras que COLTRAS visibiliza este tipo de violencia, pero no ha participado activamente en el esfuerzo de erradicar el problema. La AOGCR, junto con el Colegio de Enfermeras, no reconoce del todo la existencia de la violencia obstétrica ni sus causas estructurales, manifestando su desacuerdo de que sea tratado como una categoría teórica y presentándola como un fenómeno individual (Salazar y Torres, 2018, p.245). Salazar y

Torres argumentan que siendo estos gremios los que cuentan con mayor capital económico, estos tienen mayor poder político y mayor injerencia sobre el Estado, generando una lucha sociopolíticamente desigual en la formulación de políticas públicas con respecto a la salud reproductiva de la mujer, invisibilizando en problema. De allí que no existan medidas jurídicas y políticas contra la violencia obstétrica.

También, bajo la disciplina de trabajo social, Jessica Azofeifa Delgado y Luis Naranjo Ureña presentaron las normativas internacionales y costarricenses con respecto a los derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos. Según explican Azofeifa y Naranjo, Costa Rica debe generar los mecanismos para garantizar los derechos reproductivos de la mujer ya que, por lo general, el país ha tendido a ratificar los instrumentos internacionales que respaldan los derechos humanos de la mujer. Los autores argumentan que existen barreras políticas, sociales, culturales, e ideológicas que obstaculizan el cumplimiento de los compromisos internacionales sobre derechos reproductivos (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 154). Por consiguiente, alegan que es desde las instituciones públicas donde se debe dar el cambio a través de la educación y la capacitación en derechos reproductivos. A pesar de que algunas instituciones públicas han articulado un trabajo conjunto para formular y ejecutar políticas públicas y legislativas que contribuyen al ejercicio de los derechos reproductivos, organizando capacitaciones y asesorías, las instituciones más relevantes en materia de salud reproductiva como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) deberían trabajar conjuntamente para llevar a cabo su adecuada implementación (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 155).

La comunicadora Laura Chinchilla elaboró una tesis sobre el discurso del movimiento costarricense por el llamado parto humanizado o respetado. Según Chinchilla, en Costa Rica el parto está institucionalizado y controlado. La autora explica que los movimientos activistas de *doulas* y parteras se han encargado de visibilizar el modelo hegemónico del parto medicalizado promoviendo el parto humanizado o respetado. Este modelo ha consolidado el poder obstétrico desplazando a las parteras y a pesar de que es relativamente reciente, es cuestionado en el marco de los derechos humanos y del parto respetado. El discurso del parto humanizado aboga por una experiencia personal, con

demandas de género bajo una retórica feminista sustentada “en principios de sororidad y politización de la experiencia subjetiva”, a pesar de las tensiones preexistentes de los distintos discursos sobre la maternidad (Chinchilla, 2019, p.129). Para la autora, el parto humanizado y respetado no solo es un acto de resistencia contra la violencia obstétrica, sino que lucha también por la implementación de los partos humanizados transformando las representaciones sociales de sus discursos (Chinchilla, 2019, p.129). Chinchilla también argumenta que, al ser el discurso de los movimientos costarricenses por el parto humanizado y respetado disruptivo, subalterno y de resistencia contra hegemónica, se han generado relaciones de confrontación y tensión con otros actores sociales e institucionales relacionados a la biomedicina, como es el sistema hospitalario, la Caja Costarricense del Seguro Social, las clínicas privadas, y la prensa comercial tradicional, sin muchas transformaciones profundas.

B. MARCO TEÓRICO

El economista Amartya Sen introdujo un nuevo concepto de desarrollo capaz de expandir las libertades reales que pueden disfrutar los seres humanos. Según Sen, para poder disfrutar de estas libertades no solo se requiere de ingresos económicos, sino que también, dependen de factores sociales, educativos y de salud, además de derechos civiles y políticos. Las libertades que el ser humano aprecia y disfruta se relacionan, según explica el autor, con valores sociales y costumbres. Es a partir de esta idea de dónde surge el desarrollo humano, el cual requiere “la eliminación de importantes fuentes de la ausencia de libertad como son: pobreza y tiranía, oportunidades económicas y escasas y privaciones sociales sistemáticas, falta de servicios públicos, intolerancia y actuación de estados represivos” (Sen, 2000, p.15). Es aquí donde el desarrollo humano sirve como sustento teórico para justificar la erradicación de un tipo de violencia opresiva como lo es la violencia obstétrica.

Para la historiadora y antropóloga Carmen de la Cruz el paradigma de desarrollo humano es un fuerte referente teórico y normativo, que puede conjugarse con otras teorías y

discursos, avanzando en el análisis de las desigualdades en las relaciones de género y su impacto en los derechos de las mujeres. Según explica la investigadora, en América Latina y el Caribe, a pesar de que muchos países han ratificado la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ésta sigue siendo una causa de violación a los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres, obligando a los gobiernos a garantizar estos derechos. A pesar de los avances en investigación gracias a los aportes realizados por organizaciones de mujeres, este es un tema ausente en los Informes de Desarrollo Humano Globales. Algunos informes nacionales y regionales han incluido algún enfoque de género en sus informes, pero aún requiere de mayor articulación. Por consiguiente, la investigadora se pregunta: “Si la violencia de género es un tema de derechos humanos y es uno de los terrenos donde se expresa la mayor privación de las mujeres en el desarrollo humano por la incapacidad de ejercer sus opciones, ¿por qué no se han hecho esfuerzos hasta el momento para incorporarla como medida de desarrollo?” (De la Cruz, 2007, p.46). Entonces, es fundamental integrar al debate sobre derechos y libertades de la mujer el paradigma de desarrollo humano que evidencia las desigualdades que aún sufren las mujeres.

La Dra. Gabriela Arguedas, desarrolló una investigación que aporta los referentes conceptuales de violencia obstétrica. La autora desarrolla el tema de la epistemología feminista explicando cómo ésta permea el poder y el saber disciplinario. Arguedas ha denominado a este tipo de poder como poder obstétrico, un mecanismo de acción o una forma de poder expresado a través de la violencia obstétrica. En palabras de la autora, este tipo de poder “opera desde la construcción social del género, en un entramado encarnado a su vez desde la raza, la clase y la edad, en el marco de sociedades sexistas, atravesado por un ejercicio de violencia epistémica... (Arguedas, 2016, p.68). El poder obstétrico se ejerce desde el saber institucionalizado y el poder sobre otros cuerpos, considerados como carentes de ser sujetos cognoscentes, ejercido sobre cuerpos gestantes, bajo el modelo social patriarcal (Arguedas, 2016, pg.68).

A manera de conclusión, desde la perspectiva conceptual aportada por los diferentes autores referidos en esta sección, el paradigma del desarrollo humano, el cual busca expandir las libertades y derechos humanas a través del desarrollo de capacidades y funcionamientos,

es un referente teórico vinculante con la búsqueda de la eliminación de las desigualdades de género, expresadas en la violencia de género. Una de las dimensiones de la violencia de género, es la violencia obstétrica, una forma más de incumplimiento de los derechos humanos. En este tipo de violencia, la mujer queda subordinada al poder obstétrico, como expresión de un modelo social patriarcal. Por lo tanto, la mujer debe recuperar su rol protagónico durante la gestación y parto de sus hijas e hijos, a través de la adecuada implementación de políticas públicas que permitan erradicar la violencia obstétrica. Esto ampliaría las capacidades de las mujeres para parir con mayores libertades, amparadas bajo el marco de una serie de derechos reproductivos asegurados por el Estado.

IV. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A. OBJETIVO GENERAL

1. Analizar de qué forma el paradigma de desarrollo humano permite examinar las limitaciones de las políticas públicas costarricenses en salud reproductiva con respecto a la violencia obstétrica y el cumplimiento de derechos reproductivos con relación al embarazo, parto y postparto, convirtiéndose una base teórica conceptual válida para la erradicación de la violencia obstétrica.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar cómo se ha manifestado la violencia obstétrica en Costa Rica entre el 2001 y el 2021, relacionándola con otros países latinoamericanos.
2. Describir el marco legal y las políticas públicas en contra de la violencia de género en salud reproductiva del que gozan las mujeres costarricenses entre el 2001 y el 2021.
3. Analizar el desarrollo humano relativo al género y su relación con los derechos reproductivos de las mujeres en Costa Rica entre el 2000 y el 2021.

C. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables que se analizarán en esta investigación, previamente conceptualizadas en el marco teórico son: *violencia obstétrica* y *desarrollo humano*. Se complementa su análisis con la variable de *políticas públicas*, ya que uno de los objetivos de esta investigación es el de analizar las políticas públicas existentes en relación con la salud reproductiva de las mujeres gestantes. Por lo tanto, la siguiente tabla presenta la matriz de operacionalización de estas variables con sus respectivas dimensiones e indicadores:

TABLA 1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicadores
Violencia obstétrica	Violencia durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> ● Encuesta sobre violencia obstétrica durante el parto del INEC. ● Entrevistas y testimonios de mujeres que han sufrido de violencia obstétrica ● Cantidad de iniciativas educativas y campañas de visibilización de la violencia obstétrica para el personal de salud y las embarazadas por la CCSS.
Políticas públicas	Violencia de género Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de mujeres que sufren de violencia de género. ● Porcentaje de mujeres que utilizan la lactancia materna. ● Tasa de mortalidad materno-infantil ● Porcentaje de mujeres que sufren violencia obstétrica. ● Leyes, decretos, guías, modelos de atención en salud reproductiva
Desarrollo humano	Género	<ul style="list-style-type: none"> ● Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) ● Índice de Potenciación del Género (IPG) ● Derechos reproductivos internacionales
Salud reproductiva con respecto al embarazo, parto y posparto.	Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje reducción de mortalidad materna y neonatal en sistemas de salud con políticas públicas con relación a derechos reproductivos de la mujer con respecto a embarazos, partos y pospartos.

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Desde la estrategia de estudio de caso, con base en el paradigma de desarrollo humano, esta investigación analiza las limitaciones que presentan las políticas públicas costarricenses en salud reproductiva en relación con la disminución de la violencia obstétrica. Consecuentemente, la investigación aspira determinar cómo el desarrollo humano puede expandir las capacidades de las mujeres costarricenses, dotándolas de la agencia necesaria para experimentar los partos que ellas desean en un marco de salud reproductiva. Por lo tanto, para este estudio de caso, la unidad de análisis es el sistema de salud pública costarricense en donde se manifiestan los conceptos de violencia obstétrica. Además, es el espacio público donde se pueden articular políticas públicas en relación con los derechos humanos reproductivos y relativos al género. Como resultado, el caso costarricense sirve como referente para investigar y relacionar todos estos conceptos proporcionándole un sentido heurístico.

Para desarrollar esta investigación multi-método se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas. Las técnicas cualitativas implementadas fueron las de recolección bibliográfica y documental, abordada desde el análisis documental interpretativo y desde el análisis de contenido cualitativo. Además, se realizó la recolección de datos a través de entrevistas individuales, utilizando el análisis interpretativo de entrevista en profundidad. Las técnicas cuantitativas que se adoptaron fueron la técnica de recolección de datos de encuestas y series estadísticas secundarias y la técnica de análisis estadístico.

A continuación, se enlistan las fuentes cuantitativas que se utilizaron aplicando la recolección de series estadísticas:

- Para determinar las formas en que se manifestó la violencia obstétrica en el sistema público costarricense entre el 2000 y el 2021 se estudió la *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia* del 2018 sobre violencia obstétrica del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica).

- Para analizar el desarrollo humano relativo al género y su relación a los derechos humanos reproductivos de las mujeres en Costa Rica se estudió el Índice de Potenciación de Género (IPG).

Las técnicas de análisis de datos que se utilizaron para tratar los datos cuantitativos fue el análisis estadístico.

Seguidamente, se enlistan las fuentes cualitativas que se analizaron y su relación con los propósitos de esta investigación. Estas fuentes fueron seleccionadas utilizando la recolección documental. Su recopilación se realizó gracias al apoyo del colectivo Movimiento Parto Respetado, quienes han sido el medio por el cual se han obtenido la mayoría de los documentos. Además, la búsqueda de algunos insumos se realizó a través de la web, en las plataformas de acceso abierto implementadas por las instituciones estatales e internacionales (Ministerio de Salud, INAMU, y PNUD).

- Con el fin de especificar las instituciones públicas que han estado a cargo de articular e implementar las políticas en salud reproductiva durante el siglo XX y XXI, además de describir el marco legal y los derechos humanos en el que se han generado dichas políticas se utilizaron las siguientes fuentes:
 - Leyes relacionadas a la salud reproductiva y a la violencia de género:
 - La Ley General de Salud No. 5395
 - Ley Fomento de la Lactancia Materna No. 7430
 - Ley del Instituto Nacional de la Mujer No. 7801
 - Ley de Protección Integral a la madre adolescente No. 7735
 - Ley General de Protección a la Madre Adolescente No. 8312
 - Ley de Penalización de la violencia contra las mujeres No. 8589
 - Ley del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la violencia contra las mujeres No. 8688
 - Reforma Ley General de Salud No. 9824
 - *Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*

- Decretos gubernamentales relacionados a la salud sexual y reproductiva y a los servicios de atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y posparto:
 - Decreto Ejecutivo N° 38797-S: Reforma decreto ejecutivo N° 27913 “Comisión de Salud Derechos Reproductivos y Sexuales (Esterilizaciones)”
 - Decreto Ejecutivo N°39009-S: Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil
 - Decreto Ejecutivo N°39088-S: Oficializa Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva
 - Guías, lineamientos y modelos de atención elaboradas por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) sobre la atención con relación a los períodos prenatal, parto y posparto:
 - Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto
 - *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto, centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social, 2017*
 - Boletín informativo sobre violencia obstétrica de la CCSS
 - *Lineamiento técnico para la atención de mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19 en los servicios de la CCSS*
 - Derechos Reproductivos y sexuales internacionales:
 - Texto *Los derechos reproductivos son derechos humanos* de Naciones Unidas
- Para identificar las recomendaciones en políticas públicas propuestas por los organismos internacionales que apoyan la implementación de derechos reproductivos femeninos en relación con el embarazo, parto y posparto y su relación con el desarrollo humano se analizaron las recomendaciones de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) para los cuidados durante el embarazo, parto y postparto, para una experiencia de parto positiva.

Estos documentos se abordaron desde el análisis documental interpretativo y desde el análisis de contenido cualitativo.

Además, se realizó la recolección de datos a través de 11 entrevistas individuales. Estas fueron guiadas y especializadas, y se enfocaron en los puntos de interés del marco de esta investigación. Las entrevistas fueron intencionales y teóricas, además de focalizadas y semi-estructuradas. Su finalidad fue la de aportar la información necesaria para articular un análisis de tipo teórico y testimonial.

- Se realizaron 7 entrevistas como antecedente testimonial que se utilizaron para determinar las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica en el sistema de salud pública costarricense, además de los resultados que han tenido las políticas públicas costarricenses para evitarla. Se entrevistaron a madres que sufrieron de violencia obstétrica hospitalaria, aportando su testimonio sobre maltrato, irrespeto y violencia durante sus partos. Las madres que se entrevistaron forman parte o han contactado a los diferentes colectivos y movimientos que denuncian la violencia obstétrica.
- Se realizaron 3 entrevistas a personal de salud de la CCSS para conocer sus perspectivas sobre violencia obstétrica y los principales desafíos que existen para su erradicación. Se entrevistaron a una médica ginecóloga y dos enfermeras obstetras.
- Se realizó 1 entrevista a una profesional de salud: Rebecca Turecky, Doctora en Enfermería y Partera Certificada por CNM en Estados Unidos y Máster en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica, para conocer la manera en que se logró aprobar la nueva *Ley de Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*.

La técnica que se aplicó en estas entrevistas fue el análisis interpretativo de entrevista en profundidad.

VI. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA COSTARRICENSE.

A. DEFINIENDO LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Entre los mecanismos que utiliza la sociedad patriarcal para mantener a las mujeres subordinadas al poder masculino se encuentra el dominio sobre los cuerpos bajo el control de la reproducción y la sexualidad. Este dominio se expresa a través del concepto foucaultiano del “biopoder”, ejercido por los estados capitalistas modernos para poder controlar las masas (Bellón, 2015, p. 97), y en este caso específico, a las mujeres. Una de esas formas de control se manifiesta a través de la salud. Según Foucault, los hospitales se utilizan como “instituciones disciplinarias”, capaces de regular y controlar la vida de los individuos de una sociedad (Bellón, 2015, p.97). Consecuentemente, la dominación patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres se expresa en estos espacios a través de la violencia obstétrica. En la siguiente sección se definirá el concepto de violencia obstétrica utilizado por primera vez en Venezuela en el 2006.

Durante muchos siglos, los partos se experimentaron en los hogares, donde la gran mayoría eran atendidos por parteras empíricas que servían como guía y apoyo para la parturienta, quien mantenía el control de su embarazo y parto. Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX, donde el parto empieza a medicalizarse. La embarazada dejó de ser la protagonista de su propio alumbramiento y quedó subordinada al poder de un profesional de salud, quien empezó a ser legitimado por el Estado, dotado de prestigio y reconocimiento social (Belli, 2013, p.26). De esta forma, los saberes tradicionales fueron desapareciendo para ser sustituidos por la biomedicina, la cual regulaba la forma en que las mujeres debían dar a luz.

Por consiguiente, surgió en Europa y América la obstetricia, especialidad médica que desarrolló una serie de prácticas y saberes para la intervención y control de la maternidad, evidente herramienta de subordinación de las mujeres al saber médico (Belli, 2013, p.26).

“El paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho” (Belli, 2013, p.27). En los espacios hospitalarios las mujeres han perdido sus derechos y se han transformado en entes pasivos incapaces de apropiarse de sus propias experiencias reproductivas. El embarazo, parto y puerperio, un proceso biológico, tratado desde una mirada sociocultural durante milenios, se ha convertido en una especie de enfermedad o patología considerada peligrosa para la vida de la madre, la cual depende, según la biomedicina, de la intervención médica para asegurar la vida de esta. Es entonces, cuando los conocimientos ancestrales, resguardados por generaciones en manos de mujeres certeras como las parteras, se han ido reemplazando por la mirada científica.

La violencia obstétrica se ejecuta cuando las mujeres sufren de una intervención desproporcionada y excesivamente medicalizada a lo largo de su proceso natural de embarazo, parto y posparto (Gherardi, 2016, p.17). Este tipo de violencia, también se vincula con diferentes dimensiones relacionadas a la reproducción de la mujer, ya que también se puede ejercer cuando se violentan derechos relacionados a la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia (Gherardi, 2016, p.17).

El término de violencia obstétrica fue acuñado por primera vez en Venezuela en el 2006. Se estableció como violencia obstétrica, según la Ley Orgánica de Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, “a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”(República Bolivariana de Venezuela, 2007). Según la académica Natalia Gheradi, ésta se puede manifestar a través de dos modalidades. La primera, se expresa a través de la violencia física, cuando se implementan prácticas médicas invasivas, medicación no justificada, irrespeto al proceso natural y temporal del parto; la segunda, por medio de la violencia psicológica, cuando las mujeres reciben un trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillante y burlón, en los momentos en que la mujer solicita guía o requiere de atención (Gherardi, 2016, p. 18) De

igual forma, la falta de información clara o precisa y la omisión de explicaciones en torno a procedimientos médicos son también manifestaciones de violencia obstétrica.

Se considera a la violencia obstétrica como una “categoría epistémica poderosa”, que, aunque es considerada como confusa, indeterminada y polisémica, logra explicar el tipo de discriminación y opresión que experimentan las mujeres en los sistemas de salud (Sesia, 2020, p.4). Según Paola Sesia, “este tipo de violencia es de naturaleza sistémica, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional” (Sesia, 2020, p.4), porque ocurre en los espacios hospitalarios y en las instituciones de salud.

Para Gabriela Arguedas, la violencia obstétrica se puede identificar como un poder disciplinario relacionado al género y al sistema patriarcal. La violencia que sufre la mujer es un mecanismo de disciplinamiento, control y opresión (Arguedas, 2016, p. 147). Este mecanismo se puede conceptualizar como *poder obstétrico*, “una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles” (Arguedas, 2016, p. 147). Por consiguiente, el “biopoder” foucaultiano ejercido a través de la violencia obstétrica se puede determinar bajo el término de *poder obstétrico*. Así mismo, Arguedas también explica cómo la etnia y la clase social determinan también la forma en que se ejerce el poder obstétrico (Arguedas, 2014, p. 71). Por lo tanto, las mujeres que sufren de pobreza y pertenecen a las poblaciones indígenas o afrodescendientes son más propensas a sufrir de violencia obstétrica.

Lamentablemente, la violencia obstétrica es una más de las manifestaciones de violencia de género normatizadas en nuestras sociedades. Una de las razones por las cuales sigue siendo invisibilizada es porque muchas mujeres consideran que los comportamientos dañinos y opresivos que utiliza el personal de salud para subordinarlas son en realidad prácticas habituales. “Estos comportamientos se hallan naturalizados, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o, lo que es peor aún, no conocen sus derechos” (Belli, 2013, p.29). De igual forma, las autoridades gubernamentales, así como el gremio médico perciben la violencia obstétrica como una amenaza, por lo tanto “la violencia obstétrica está lejos de ser una categoría conceptual y de forma de nombrar,

neutral y universalmente aceptada por todos los actores involucrados” (Sesia, 2020, p.4). Aun así, colectivos feministas, ONG, organismos internacionales en pro de los derechos humanos, académicas y académicos, parteras y *doulas*, se han dado a la tarea de generar concientización, además de impulsar, a través de diversos mecanismos la implementación de políticas públicas, capaces de erradicar este tipo de violencia, a pesar de la negación conceptual y concreta de muchos organismos e instituciones gubernamentales y médicas.

B. UNA MIRADA REGIONAL SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LATINOAMÉRICA

Para el caso latinoamericano, la institucionalización y medicalización del parto se estableció a lo largo del siglo XX. Como se explicó anteriormente, las parteras empíricas, y sus saberes tradicionales fueron excluidos y sustituidos por los conocimientos científicos biomédicos. En Latinoamérica, el disciplinamiento y dominio de los cuerpos femeninos también se ha ejercido a través de la intervención de la maternidad y la reproducción femenina. Se ha aplicado una relación asimétrica entre las mujeres y el personal de servicio de salud construyendo una desigualdad simbólica y real, limitando los derechos de la mujer (Belli, 2013, p.28). A continuación, se aportará una mirada regional sobre la manifestación y visibilización de la violencia obstétrica en América Latina.

El proceso de medicalización del parto en América Latina lo promovió las Naciones Unidas con el objetivo de disminuir la mortalidad materna. Es por ello, que países como México atiende, en su sistema de salud pública, al 98% de los nacimientos ocurridos en el país (Sesia, 2020, p.8). Sin embargo, la alta cobertura de nacimientos hospitalarios ha traído consigo otros problemas, como el considerable aumento en cesáreas (48% en el 2016). De igual forma, la mujer mexicana sufre constantemente, según encuesta nacional, de “maltrato, abuso y falta de respeto” (Sesia, 2020, p.9). Lo mismo sucede en Brasil donde el intervencionismo médico y quirúrgico durante los partos aumentó aceleradamente desde la década de los años 70, donde un cuarto de la población sufre de este tipo de violencia. (Marqués de Aguiar et al, 2020, p.132). Experiencias similares se han reflejado en los

sistemas de salud de Argentina, Colombia, Perú y Uruguay.

En América Latina, la violencia obstétrica también se expresa de forma más intensificada en estratos sociales más bajos y étnicamente más diversos. Las mujeres indígenas, tanto mexicanas como peruanas, sufren excesivamente de violencia obstétrica ya que son calificadas como sujetos “hiperfértiles” cuya reproducción o existencia dentro de una sociedad significan una barrera para metas de reducción de pobreza o atención médica y, por consiguiente, deben ser excluidas de la sociedad” (Herrera, 2020, p.42). Para el caso brasileño, las “mujeres pardas y negras, con menor escolaridad, de 20 a 34 años, que entraron en trabajo de parto, que fueron atendidas en el sector público y que no tuvieron acompañantes durante la internación” fueron las que más se expusieron (Marqués de Aguiar et al, 2020, p.132). Consecuentemente, en la región latinoamericana la etnia y el estrato social son factores determinantes para que aumente la probabilidad de que una mujer reciba maltrato e irrespeto a la hora de parir, incluso poniendo en peligro su vida, a pesar de que, de forma irónica, la institucionalización de los nacimientos en América Latina fue impulsada con el objetivo de disminuir la mortalidad materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó, en 1985, una serie de consejos titulados “*Appropriate technology for birth*” (WHO, 1985). Junto a estas recomendaciones, declaró la importancia de utilizar la tecnología obstétrica con precaución y únicamente para aquellas situaciones en las que fuera necesario, al mismo tiempo que, enfatizó la importancia de que las mujeres tuvieran el derecho a una atención prenatal pertinente, donde incluso estas pudieran participar activamente y en la planificación y evaluación de su cuidado (Sadler, 2020, p.X). “En Argentina en la década de 1990 se entendió a la negativa por parte del personal de salud a brindar información a la mujer embarazada, el maltrato verbal, la práctica de intervenciones médicas sin consentimiento en los servicios de salud materna como violencia hacia la mujer y como violencia institucional”, seguido por Brasil que también identifica como violencia, hacia el año 2000, “al rechazo a la atención obstétrica oportuna o de emergencia al igual que el abuso sexual, psicológico y físico” (Herrera, 2020, p.34). Países como Perú, realizaron también dicho reconocimiento.

Sin embargo, fue hasta el 2006 cuando el concepto de violencia obstétrica fue utilizado por primera vez en Venezuela, cuando se aprobó la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En el artículo 15 quedó establecido que:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del recién nacido a su madre, sin causa médica justificada; alterar el proceso natural de un parto normal medicalizándolo de manera innecesaria, por ejemplo, mediante fármacos que aceleran el parto, sin obtener el consentimiento voluntario e informado de la mujer; practicar el parto por cesárea, sin que haya necesidad de la misma y sin el consentimiento voluntario y plenamente informado de la mujer. (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Además de enlistar las acciones negativas consideradas como violencia obstétrica, la ley incluía también las multas correspondientes para el personal de salud que sucumbiera en dichas faltas (Sesia, 2020, p.5).

Siguiéndole los pasos a Venezuela, Argentina aprobó una ley similar en el 2009. Desde el 2004, este país había aprobado una ley que promovía el llamado “parto humanizado, apoyada por abogadas y académicas, quienes aportaron las pruebas que demostraban el maltrato y abuso que sufrían las mujeres argentinas durante su embarazo, parto y posparto (Sesia, 2020, p.7). En México, también se promovían leyes en contra de la violencia obstétrica. Veracruz (2008) y Chiapas (2009) incluyeron en sus leyes dicha violencia reconociéndola como “una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato hacia las mujeres mientras dan a luz en unidades de salud institucionales (Sesia, 2020, p.7). También en el caso mexicano, las leyes fueron impulsadas por grupos feministas y colectivos en pro de los derechos de las mujeres. Finalmente, Uruguay y Ecuador incluyeron la violencia obstétrica como parte de sus políticas públicas para proteger los derechos de las mujeres a la hora de parir.

A pesar del reconocimiento que la violencia obstétrica ha tenido en la región latinoamericana, todavía falta mucho camino por recorrer. Existen muchos países latinoamericanos que no han incluido a la violencia obstétrica dentro de su marco legal. Por ejemplo, en Colombia y Chile existen proyectos de ley. Por lo tanto, y según explica Paola Sesia, la violencia obstétrica sigue siendo un concepto epistémicamente novedoso que ha permitido identificar este tipo de violencia promoviendo acciones en políticas públicas para erradicar los tratos deshumanizados que usualmente sufren las mujeres en manos del personal de salud, especialmente del sector público (Sesia, 2020, p.7). En general, muchos de los logros latinoamericanos en esta materia se han conseguido gracias al esfuerzo de académicas, movimientos feministas, abogadas, colectivos en pro del parto respetuoso, promotoras de derechos humanos y de género, entre otros.

C. MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COSTA RICA

Así como se manifiesta la violencia obstétrica en números países latinoamericanos, Costa Rica no está exenta de ella. Según el INEC, y gracias a los resultados de la *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia* de Costa Rica, realizada en el 2018, los porcentajes de mujeres que han experimentado la violencia obstétrica son altísimos. Según los resultados de la encuesta, un 58,2% de las mujeres costarricenses sufrieron de algún tipo de violencia obstétrica durante la labor de parto entre el 2016 y el 2018.

Se aplicó esta encuesta a 135.281 mujeres de 15 a 49 años, con hijos nacidos vivos en los últimos 2 años. La encuesta demostró que a un 31,6% de las mujeres entrevistadas se les negó tener algún tipo de acompañamiento personal, privacidad en general durante la labor de parto y la escogencia con respecto a la posición más cómoda para dar a luz (INEC, 2018, p.83). La encuesta reveló también, como se mencionó previamente, que un 58,2% de las mujeres sufrieron de algunos de los siguientes factores de violencia: no se les preguntó sobre la aplicación de medicamentos o procedimientos; no se les otorgaron explicaciones claras; recibieron críticas, sobrenombres o comentarios despectivos; les gritaron o regañaron; se les obligó a pujar en momentos inadecuados y recibieron agresiones físicas y golpes (INEC,

2018, p.83). Por consiguiente, y aunque las mujeres costarricenses cuentan con derechos de salud reproductiva, la encuesta demuestra que la violencia obstétrica sigue siendo una realidad para las mujeres costarricenses.

A continuación, se presentan los testimonios de 7 mujeres costarricenses que sufrieron de violencia obstétrica entre el año 2009 y 2021. Las edades de estas mujeres oscilan entre los 21 y 42 años. Las entrevistas se realizaron durante el mes de septiembre del 2022. En sus testimonios, estas mujeres comparten las diferentes formas de violencia obstétrica, experimentadas por la mayoría de ellas en sistemas hospitalarios públicos. También los niveles de violencia varían entre unas y otras. Si bien todos los hechos que se describirán a continuación son reales y forman parte de los testimonios compartidos por estas mujeres, los nombres que se utilizarán serán ficticios con el fin de proteger sus identidades.

Se inicia con el testimonio de Marcela, una maestra de preescolar de 38 años, vecina del cantón de Tibás, de la provincia de San José. Marcela ha tenido 5 embarazos, de los cuales los primeros dos terminaron en abortos espontáneos. Ella experimentó durante 4 de sus embarazos diferentes niveles y dimensiones de violencia obstétrica. Hoy en día, además de ser maestra de preescolar, impulsada por sus propias vivencias con la maternidad, Marcela es también consultora de lactancia y *doula*.

Marcela descubrió que el corazón de su primer bebé ya no latía durante un ultrasonido que se realizó cuando tenía 10 semanas de embarazo. Había iniciado su atención prenatal en el EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud), clínica local de su comunidad. Debido al consejo de su madre, quien era enfermera, Marcela fue atendida por una amiga de esta, en el hospital público Hospital México. A pesar de que la atención de esta médica fue excelente, Marcela debía someterse a un legrado. Este fue el contexto en el que Marcela tuvo su primera experiencia de violencia hospitalaria.

Cuando se internó, la forzaron a permanecer en el mismo espacio donde se encontraban las madres que iban a dar a luz o que cargaban en sus brazos a sus bebés recién nacidos. Por lo tanto, esta primera experiencia fue para Marcela sumamente traumática.

Primero, porque debía procesar el dolor emocional que significaba su pérdida sin acompañamiento de su pareja o algún familiar; segundo porque, además, el personal médico, quien desconocía su caso o no se tomaba el tiempo de conocerlo, se acerba a preguntarle donde se encontraba su bebé, asumiendo que Marcela estaba allí porque acababa de parir.

Además de tener que experimentar esta situación dolorosa, a Marcela no se le explicó bien el procedimiento que se le iba a realizar. Fue su madre, enfermera, quien le comentó lo que era un legrado. Tampoco recibió ningún tipo de acompañamiento emocional o psicológico para enfrentar la pérdida de su bebé.

Después de 6 meses, Marcela nuevamente quedó embarazada. Este nuevo embarazo culminó a las 12 semanas, también con un aborto espontáneo obligándola a someterse nuevamente a un legrado en el mismo hospital. Extrañamente, en esta ocasión fue visitada por una trabajadora social, quien consultó con ella si deseaba permanecer en un espacio privado, alejada de la sala de maternidad donde había sido forzada a permanecer en su primer embarazo.

Sus primeros dos embarazos ocurrieron en el 2009, y después de exámenes genéticos, logró nuevamente quedar embarazada por tercera vez en el 2010. Debido a sus experiencias anteriores, este embarazo era considerado de alto riesgo. Por consiguiente, además de la consulta en su clínica local, Marcela prefirió consultar también con un ginecólogo experto en embarazos de alto riesgo. Cerca del último mes este médico empezó a presionarla para que el parto fuera por cesárea. Alegaba que la bebé era macrosómica y debido a su tamaño debía adelantar el parto tres semanas. Las recomendaciones, en cambio, en la clínica local o EBAIS eran diferentes. Le indicaban que una cesárea no era necesaria y que el tamaño de su bebé no significaba un peligro. A raíz de esto, Marcela decidió únicamente continuar con la consulta del EBAIS.

La cesárea es justificable cuando está en peligro la vida de la madre o el bebé. Pero cuando su uso aumenta, más bien amenaza la vida de la madre por significar una cirugía mayor. Muchas veces se recomienda una cesárea cuando realmente no existe un embarazo

de alto riesgo. Por consiguiente, y según estudios de la PAHO (Organización Panamericana de la Salud), cuando la tasa se acerca a un 10% disminuye el número de muertes maternas y neonatales. La tasa de cesárea en América entre el 2006 y el 2010 fue del 15%, aumentando la cifra a 38% en América Latina y el Caribe (PAHO, p.1). Por ejemplo, en Brasil, la tasa, durante este periodo fue de un 55,6% y para el caso costarricense la tasa de cesárea representó un 21,6% de los nacimientos. En los hospitales públicos de la CCSS, la tasa fue del 19% entre el 2010 y el 2011 (Morera, 2013, p.124). En ese sentido, si bien la tasa costarricense no es la más alta, sigue sobrepasando lo recomendado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), quien recomienda un 10%.

El primer parto de Marcela fue duradero y prolongado. Estuvo en labor de parto durante 36 horas. La mayoría de estas horas las pudo transcurrir en la casa de sus padres. Aun así, las pocas horas que permaneció en el hospital fueron incómodas pues en el salón de partos del Hospital México no existía ningún protocolo de privacidad. Ella veía como sistemáticamente se les aplicaban diversos procedimientos a las mujeres que estaban con ella, donde constantemente se les sometía a tactos vaginales sin procurar realizarlos de forma discreta o cautelosa. Asimismo, se irrespetó el ritmo natural del parto de Marcela, pues las obstetras le hacían comentarios como el siguiente: “Ya han pasado muchas horas... está cansada, vamos a tener que ponerte suero”. Se referían al llamado “pitocín” u oxitocina artificial, un medicamento que se utiliza para acelerar el parto. Según testificó Marcela, ella sentía que el personal quería acelerar el proceso cuando su cuerpo no estaba aún listo para parir. Finalmente, terminaron colocando el suero. Así mismo, como tenía un monitoreo constante, no se le permitía levantarse o caminar y se le obligaba a mantenerse en posición vertical en lugar de incentivarla a colocarse como ella mejor se sintiera. Conjuntamente, después de que nació su bebé, no se la entregaron inmediatamente.

En parto de Marcela fue completamente controlado y dirigido. En sus propias palabras:

Nunca se me explicaba lo que se me iba hacer, los procedimientos se hicieron de forma arbitraria y no hubo ninguna conexión emocional...no sé si es pedir mucho. Pero no hubo ninguna preocupación no como paciente, sino como ser humano. Que

se me limitara tantísimo la libertad. Que yo estuviera tanto rato acostada, sin tomar agua, sin poder ir al baño. (Marcela, 2022)

Esta experiencia nos dibuja un caso usual de violencia obstétrica, ya que como bien lo estipula la Ley la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela, Marcela tuvo que parir en posición supina, su bebé no fue entregada inmediatamente después de nacer, obstaculizando el apego precoz y el proceso natural de su parto fue alterado al administrar medicamentos para acelerarlo (República Bolivariana de Venezuela, 2007). No se respetó el ritmo natural de la labor de parto de Marcela, porque según lo describe Gabriela Arguedas, “el parto bonito sería el parto tecnológicamente intervenido, el parto horizontal, el cual se distancia de la posición que remite al mundo de lo animal: el parto vertical”(Arguedas, 2020, p. 73) Por consiguiente, Marcela fue disminuida por el personal médico, quien, aprovechando su desconocimiento y temor, la sometió a una serie de procedimientos despojándola de sus derechos como mujer, de su participación en su propio parto, de su poder de agencia y, finalmente, de una experiencia emocionalmente positiva.

En sus partos posteriores, Marcela testificó también haber sufrido de violencia obstétrica. El segundo parto fue bien cercano al primero, ya que entre el primer nacimiento y el otro hay 17 meses de diferencia. Este parto se llevó a cabo en el mismo hospital. En esta ocasión sus membranas se rompieron, estando en su casa, a las 42 semanas de embarazo, por consiguiente, decidió trasladarse al hospital a pesar de no sentir contracciones. Al llegar al hospital, insinuaron que era un parto de emergencia porque Marcela se había esperado hasta la última semana para parir. Hicieron pensar a Marcela que ella había puesto en peligro a su bebé. Entonces, con estos argumentos colocaron oxitocina artificial para acelerar el parto.

Pocas horas después la oxitocina había hecho efecto y Marcela sentía la necesidad de pujar. Como se encontraba aún en la sala de maternidad y no en la sala de expulsión, donde se lleva a cabo el alumbramiento del recién nacido una vez que ha descendido por el cuello uterino tras la dilatación completa, solicitó a su esposo que informara a las enfermeras que estaba ya pronta a parir. Es importante recordar que ya Marcela era una madre experimentada

y que este era su segundo parto. Aun así, su esposo regresó diciendo que la enfermera obstetra había reclamado implicando que lo que sentía Marcela no era real y aún le faltaban muchas horas de labor de parto, por consiguiente, no era posible que sintiera la necesidad de pujar. Diez minutos después, Marcela había parido sola, en la camilla, debajo de una sábana, sin apoyo o acompañamiento del personal médico. Poco después apareció un asistente de pacientes que reclamó diciendo, “¿hay que limpiar eso...?!” haciendo sentir a Marcela que haber parido allí había sido una equivocación suya.

En este caso, la violencia obstétrica se manifiesta en el momento en que la enfermera desconfía de la experiencia de Marcela y anula su voz. Sus conocimientos deben ser silenciados para poder ser sometida al poder obstétrico. De igual forma, el comentario ofensivo del asistente de pacientes es un reflejo del disciplinamiento que desea ejercer el personal médico sobre el cuerpo de la mujer y su parto, ya que cualquier cosa que se salga del orden establecido es considerado sucio. Claramente lo explica la Dra. Arguedas al decir:

La asepsia es una representación del discurso de la Modernidad, como oposición a la naturaleza. El control moderno de lo natural se evidencia en la transformación de lo sucio en limpio, que a su vez remite a una valoración estética y ética. (Arguedas, 2020, p. 73)

Carmen tiene 34 años y su parto fue atendido en el hospital público San Vicente de Paul en la provincia de Heredia en mayo del 2013. Ella tiene tres hijos y se dedica al cuidado de ellos y de su hogar. Si bien su consulta prenatal la realizó en las clínicas locales del sistema de salud pública EBAIS, por desconfianza, en su primer parto, decidió también llevar consulta privada con un ginecólogo particular como una medida preventiva. Aun así, su primera elección fue utilizar el sistema público, porque según alegó Carmen en su entrevista, el seguro social es un derecho que tienen todas las mujeres de Costa Rica. Por lo tanto, mujeres como Carmen reconocen que la CCSS debe garantizar los derechos en salud reproductiva que tienen las costarricenses. De igual forma, por motivos económicos un parto en hospital privado no era una opción para ella. Aun así, y como veremos más adelante con

el testimonio de Eugenia, la salud privada no garantiza necesariamente una experiencia exenta de violencia obstétrica.

Desde su consulta prenatal, Carmen pudo experimentar los primeros signos de violencia obstétrica. El médico general que la atendió en el EBAIS tendía a hacerle preguntas muy personales generando incomodidad. Como ella asistía a sus consultas sin compañía, debido a que su esposo se encontraba trabajando, el médico le hacía preguntas como las siguientes: ¿Venís sola porque a tu esposo no le gustó que quedaras embarazada?” Y a pesar de que Carmen le aclaraba el motivo por el cual asistía sola, el médico insinuaba que su soledad se debía a otras razones ocultas. Ante las constantes preguntas incómodas, Carmen le solicitó respetuosamente que no la increpara con preguntas personales. Este no recibió su petición positivamente, forzándola finalmente a denunciarlo. Después de la queja, recibió una disculpa. Las preguntas insinuadas de este médico pusieron a Carmen en una posición de vulnerabilidad. Siendo el médico hombre, las preguntas sublimizaban la actitud patriarcal de este, quien se aprovechó del espacio privado del consultorio y del poder que le otorgaba la sociedad en su función de galeno, para irrumpir en el espacio íntimo de Carmen como mujer.

Cuando Carmen cumplió las 41 semanas de embarazo, después de realizarse un ultrasonido de rutina, le indicaron que ya era momento para que su bebé naciera. En realidad, Carmen no se encontraba en labor de parto, por consiguiente, su parto sería inducido, una práctica común en los hospitales públicos cuando las mujeres no han dado a luz a las 41 semanas. En palabras de la Dra. Arguedas, “acelerar las labores de parto, cual, si se estuviera en una fábrica con líneas fordistas de producción, es una práctica cotidiana y naturalizada en las salas de maternidad. (Arguedas, 2014, p.163). Carmen sabía que aún podía esperar una semana más. Había llevado un curso de preparación para el parto con una enfermera conocida, pero, aun así, sentía unas leves contracciones y por eso decidió internarse.

Ya internada, y después de que le administraran la oxitocina artificial, como lo hicieron también con Marcela para inducir el parto, todo transcurrió con relativa normalidad. Contaba con la compañía de su esposo, se le permitía bañarse cuando lo deseaba y también

se le permitía movilizarse por el salón y pasillos de la sala de parto. Además, era atendida por la enfermera conocida que le había impartido el curso de preparación para el parto. Esta enfermera era la jefa de Obstetricia de dicho hospital. Para Carmen, y aunque su parto había sido inducido, se le reconocieron al principio algunos de sus derechos.

La “pesadilla” de Carmen inició cuando la jefa de Obstetricia, su conocida, se retiró del hospital y, además, hubo cambio de turno. Supuestamente, dejó a Carmen en manos de una buena colega, quien en realidad empezó a tratarla a ella y a las otras pacientes con un tono de voz despectivo. Realizaba comentarios incómodos insinuando que debía revisar a Carmen porque su parto era lento y sin progreso y realizaba estos comentarios con un tono de voz indiferente y grosero.

Después de que Carmen le pidiera que bajara su tono de voz porque se sentía cansada y adolorida, la nueva enfermera le respondía alegaciones como la siguiente: “No crea que usted va a recibir un trato privilegiado... usted es una paciente más”, haciendo alusión a que Carmen, por conocer a la jefa de Obstetricia, estaba recibiendo un mejor trato que el resto de las parturientas. Carmen le indicó que ella entendía que no debía recibir un trato privilegiado, pero que eso no justificaba su trato grosero. En ese sentido, sabía que ella y todas las mujeres que la acompañaban tenían el derecho a ser bien tratadas.

Aun así, el maltrato continuó. Esta enfermera le alzaba la voz, la atendía de forma rápida y desinteresada. De forma antagónica, la primera enfermera estaba proporcionándole a Carmen el trato que por derecho ella debía recibir, mientras que la segunda enfermera intentaba normatizar el maltrato que por lo general recibían todas las mujeres. Por consiguiente, el trato respetuoso era calificado por esta enfermera como un trato “privilegiado”, poniendo en evidencia que el maltrato era lo supuestamente “normal”.

Con el fin de no recibir el trato ofensivo de esta obstetra, Carmen procuraba mantenerse tranquila. Pero ella observaba como maltrataba a otras mujeres que gritaban durante las contracciones uterinas. Incluso escuchó a la enfermera decirle a una de estas mujeres: “Así no hacía cuando hicieron a ese bebé”. En consecuencia, el esposo de Carmen

le decía que procurara no gritar para que la enfermera no la tratara con desprecio o le proporcionara comentarios desagradables como ese. Según indica Gabriela Arguedas, la mujer sometida al poder obstétrico se convierte en espectadora de lo que sucede en su cuerpo. Arguedas lo explica de la siguiente forma:

Se le informa a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda sólo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. De igual forma, el compañero de la mujer, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, es considerado un estorbo en este escenario.” (Arguedas, 2014, p. 163)

Para el caso de Carmen y las mujeres sometidas a la atención de esta enfermera, el no gritar, permanecer en silencio y aguantar los comentarios sarcásticos y despectivos, además de los tratos rutinarios e indiferentes, significaba obedecer y aceptar. Estas mujeres lo hacían debido al miedo que significaba su posición de vulnerabilidad, disminuyendo así el poder de agencia y protagonismo de Carmen y de las otras mujeres.

De esta forma y tras una labor de parto larga y acompañada de un trato irrespetuoso, el parto de Carmen terminó con una cesárea. Después de 10 centímetros de dilatación y dos horas en sala de parto activo, el ginecólogo decidió que se debía realizar una cesárea. A pesar de este desenlace, Carmen sintió un cambio radical entre el trato grosero de esta enfermera y el equipo de personal médico que la atendió durante la cirugía, ya que la trataron con amabilidad y respeto.

En realidad, no todo el personal médico ejerce su poder obstétrico sobre sus pacientes. Al inicio de su labor, la primera enfermera obstétrica, que conocía a Carmen, la trató respetuosamente, pero tras el cambio de turno, la siguiente enfermera más bien utilizó su posición de poder para disminuir a Carmen y a las otras mujeres que la acompañaban. Por lo tanto, tener un conocido dentro del hospital, al menos permite evitar momentáneamente la violencia. Luego, todo cambió para Carmen cuando estuvo en manos del médico y los cirujanos que participaron en su cesárea. Por consiguiente, muchos de los hospitales públicos

presentan este dilema y a veces se convierte en una especie de “lotería” para las parturientas. En algunos casos toparán con la suerte de recibir el trato de un personal consciente, respetuoso y bien calificado, mientras que otras ocasiones podrán ser sometidas a un médico o enfermera que a través de agresiones logrará mantener a las mujeres dóciles y sumisas para así evitar que los partos controlados con procedimientos rutinarios se salgan de su esfera de poder.

Para su segundo parto, llevado a cabo en el mismo hospital, Carmen sufrió de otro tipo de violencia obstétrica. En general, este fue un parto rápido y sin contratiempos. Pero sí fue sometida a procedimientos rutinarios como el “piquete” o episiotomía, un procedimiento donde un bisturí o tijeras corta de entre 1 y 3 cm. en la zona del perineo para aumentar el tamaño del canal vaginal. El principal problema se dio cuando, tras el constante llanto de su hija recién nacida, las enfermeras alegaban que se debía a la falta de leche que producía Carmen. Ella sabía que en realidad en los primeros días del parto las madres producen calostro y no leche. Las enfermeras insistían en alimentar a la bebé con leche artificial a pesar de que Carmen les había indicado varias veces que ella no deseaba que su hija la consumiera. Incluso sin su consentimiento, apretaron sus senos para demostrarle que ella no producía leche para alimentar a su hija.

Carmen, que no era ya una madre primeriza, se negó a alimentar a su hija con leche artificial, finalmente para descubrir que su recién nacida sufría de frío debido a hipotermia y no por hambre según argumentaban las enfermeras. En este caso, el personal médico se negaba a escuchar las solicitudes de Carmen, ignoraban sus saberes como madre. No solo irrespetaron el espacio físico de Carmen, al tocarla sin consentimiento, sino que disminuyeron su experiencia y conocimientos. Nuevamente, al igual que a Marcela, se buscaba silenciar el conocimiento de Carmen para poder ejercer el poder obstétrico.

Ya para su tercer parto, Carmen era una mujer empoderada que conocía sobre la violencia obstétrica y formaba parte de grupos de apoyo para madres. Lamentablemente, para este tercer nacimiento, y a pesar de conocer sobre la violencia obstétrica, la sufrió nuevamente, aunque de forma más leve. En este caso, su hijo nació en octubre del 2020, bajo

las restricciones generadas en los hospitales debido a la pandemia por Covid-19. El principal problema fue que esta vez enfrentó su parto completamente sola, sin la compañía de su esposo. Además de tener que realizar, sin compañía, los trámites de ingreso al hospital, teniendo dolores de parto fuertes ya que se encontraba en la fase activa de su labor de parto, tuvo que compartir el espacio con mujeres que podían estar contagiadas por COVID, ya que, a pesar de tener tapabocas o mascarilla, se la retiraban para comer, y en ese salón no se discriminaba entre mujeres sanas o mujeres posiblemente infectadas. Para Carmen, este fue una negligencia hospitalaria, pues no podían asegurar que las madres que compartían un mismo espacio no estuvieran infectadas por el virus, espacios donde también se encontraban los bebés recién nacidos.

En general, y después de tres partos, Carmen siente que la vulnerabilidad de las mujeres al parir no es tomada en consideración por el personal médico, que utiliza tratos indiferentes, mecánicos y fríos hacia las pacientes. Ella considera que esta vulnerabilidad, acompañada por el cansancio y el dolor, tras largas horas en labor de parto, hace que las mujeres no puedan defenderse y admitan estos comportamientos abusivos. Para su tercer parto, ella se sentía más empoderada y por tanto pudo defender mejor sus preferencias, pues nuevamente le insistieron con la leche artificial, pero su experiencia le permitió mantener su posición con claridad y firmeza.

Si bien el último parto de Carmen se realizó durante la pandemia por COVID-19, sus saberes, debido a su propia experiencia y conocimientos, le permitieron defender mejor sus preferencias, a diferencia de otras mujeres que sufrieron de altos grados de violencia obstétrica durante la pandemia. Este es el caso de Luz, una agente de ventas de 21 años, que tuvo a su hijo de 19 años, en agosto del 2020, en el Hospital San Juan de Dios. Para Luz, su corta edad al parir fue un factor decisivo para que ella fuera fuertemente violentada durante su parto.

El “calvario” de Luz inició desde el momento que se dio cuenta que estaba embarazada. Descubrió su embarazo tempranamente, tras realizarse una prueba casera, la cual fue luego confirmada en el CAIS (Centro de Atención Integral en Salud) de Puriscal.

Debido a un sangrado precoz, y ante la posible alarma de un aborto, Luz se sometió a un ultrasonido, incorrectamente realizado por médico practicante, quien no le explicó el procedimiento y además de lo realizó de forma dolorosa. Como se ha mencionado anteriormente, la omisión de la información a la paciente es uno de los factores de violencia obstétrica.

Mientras le realizaban el ultrasonido, otra doctora que se encontraba presente, indicó que el practicante estaba realizando el procedimiento de forma incorrecta, pero a pesar de hacer la observación, se negó a realizarlo ella pues no disponía de tiempo en ese momento. Entonces, el practicante finalmente le dijo que debía realizar la prueba dentro de un mes ya que él no había logrado detectar la presencia del bebé.

Pasado el mes, Luz se presentó en el Hospital San Juan de Dios, de San José. Cuando llegó a la consulta le indicaron, sin practicarle el ultrasonido, que ella había tenido un aborto espontaneo y que debía realizarse un legrado. Luz insistió que por favor confirmaran el diagnóstico con el ultrasonido, pues ella sospechaba que no era así, pero ante la negativa del personal y debido a su desesperación, decidió dejar el hospital y trasladarse rápidamente a una clínica cercana privada para realizárselo. En esta clínica confirmaron que el bebé de Luz se encontraba bien y que efectivamente no había tenido un aborto.

Con este nuevo resultado, Luz se trasladó al CAIS de Puriscal y allí demostró que seguía embarazada. El personal que la atendió le dijo que ella había experimentado “un milagro”, en realidad el diagnóstico de aborto había sido el resultado de la negligencia del practicante de medicina, quien, debido a su incipiente experiencia, le había realizado incorrectamente el primer ultrasonido. El haber calificado lo sucedido de milagro fue la manera en que el personal de CAIS intentó justificar su error. Por consiguiente, Luz pudo haber perdido a su bebé sano en un legrado debido a un mal diagnóstico. Desde entonces perdió por completo la confianza en el sistema de salud pública, y al igual que los casos anteriores, buscó también la atención de un ginecólogo privado. Aun así, su parto sería atendido en el Hospital San Juan de Dios, pues ella no contaba con los recursos para contratar los servicios de una clínica privada.

La violencia que vivió Luz se intensificó cuando empezó su labor de parto a las 10 de la noche, en agosto del 2020. Se trasladó inmediatamente al CAIS de Puriscal donde el médico general que la atendió le realizó un tacto vaginal doloroso. Ante la queja de Luz, el médico respondió agresivamente: “Estas muchachas que se quejan por todo, yo no entiendo porque abren las piernas”. Luego de aplicarle el tacto groseramente y después de realizar este comentario desagradable, Luz fue dirigida hacia el Hospital San Juan de Dios.

Cuando Luz llegó al hospital la violencia continuó. Le debía colocar un antibiótico ya que era positiva de la bacteria del estreptococo que puede afectar a los bebés recién nacidos. Pero Luz era alérgica a la amoxicilina y solicitó a la enfermera que por favor le cambiara el medicamento: Silenciando a Luz, como se ha visto que es usual que suceda, la enfermera la desacreditó diciendo: “Hay que dramática, que le da... picazón”. En realidad, la reacción que producía este medicamento era que le cerraba sus vías respiratorias. Entonces ella insistió y logró que la enfermera, de mala gana, fuera a buscar otro.

Luz transcurrió toda la noche en labor de parto sola, porque debido a las precauciones por COVID-19 no se le permitía estar acompañada. Cuando ya amaneció, estaba sumamente adolorida, cansada y asustada. Alrededor de las 7:00 a.m. sentía una fuerte necesidad de pujar, pero el médico de turno le decía que ella no estaba lista para dar a luz y que aún faltaban horas, comunicándose de forma grosera. Ya para este momento Luz se sentía desesperada y pensaba que no podría resistir más los dolores. Aun así, el médico le realizó un comentario hiriente, nuevamente para intentar silenciarla y apropiarse de su cuerpo a través del miedo. Utilizó la amenaza para que Luz le obedeciera, pues cuando ella le decía que deseaba pujar, él le decía que si lo hacía podía matar a su bebé. Según Foucault el castigo se utiliza como mecanismo de disciplinamiento, en este caso la amenaza como “forma de punición que radica en el ser sometida al escarnio público” y frente de las otras mujeres con las que se comparte el mismo salón como método de advertencia (Arguedas, 2014, p.163). Más adelante veremos qué amenazas son usuales.

Como Luz lloraba desesperada, otro médico se acercó a ella y le preguntó si le podía realizar un tacto vaginal para confirmar cuántos centímetros de dilatación tenía. Luz se lo permitió y este otro doctor descubrió que ya se encontraba en la fase final de su parto y debía ser trasladada a sala de expulsión urgentemente porque su hijo nacería en cualquier momento. Su parto fue sumamente difícil. El bebé tenía el cordón umbilical en el cuello, lo que implicó que introdujera la cabeza en la vagina nuevamente en plena coronación. También le realizaron una episiotomía de 17 centímetros. Aunado a ello, tuvo que soportar comentarios como: “es una bebé teniendo un bebé”, por lo que ella se sintió juzgada y disminuida durante todo el alumbramiento.

En el caso de Luz y de las otras mujeres entrevistadas, el personal de salud se convierte en el perpetrador que utiliza su conocimiento científico para dominar a sus pacientes, las cuales ni siquiera son percibidas como sujetos con derechos humanos, sino como objetos de trabajo (Espinoza, 2022, p. 106). Como bien señala Laura Belli, “el paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho” (Belli, 2013, p.27). Deshumanizado su comportamiento, los y las médicas y enfermeras, se hacen inconscientes del daño físico y psicológico que generan sus palabras y acciones, pues ante su mirada, “están allí para salvar vidas” y no importa “el precio” que la paciente deba pagar para asegurar su vida.

La violencia obstétrica se expresa además en diferentes dimensiones, pues además de ser violencia de género, también es violencia estatal, violencia médica y desconocimiento en materia de derechos (Espinoza, 2022, 107). De allí su dificultad para conceptualizarla y, por ende, erradicarla. En este sentido, entran en juego otros factores, como estrato social, etnia y edad. Se tiende a descalificar con mayor ímpetu a mujeres indígenas o mujeres adolescentes (Arguedas, 2020, p.73) En el caso de Luz, el personal médico utilizó su corta edad para humillarla y de esta forma ejercer el poder obstétrico.

El bebé de Sandra nació también en el 2020, en plena pandemia. Ella es una maestra de 39 años, y tuvo a su bebé en el Hospital de Guápiles, en la provincia de Limón, un 25 de

diciembre del 2020. Ya cerca de su fecha de parto, se debía realizar un ultrasonido en la víspera de Navidad porque, debido a su edad, su embarazo había sido calificado de alto riesgo. A raíz de unos contratiempos que había tenido con el padre de su bebé, y aunque no era usual, cuando monitorearon la presión sanguínea de Sandra, descubrieron que la tenía alterada. Por lo tanto, la enfermera, sin ninguna explicación, le informó que ese día ella iba a dar a luz. La noticia para Sandra fue un choque “emocional”; primero, porque era 24 de diciembre y tenía planes familiares; segundo, porque se sentía completamente bien; tercero, porque no le dieron ningún tipo de explicación del porqué su bebé nacería ese día.

Sandra se internó en el hospital. Tuvo que llamar previamente a un médico privado que también visitaba para sus chequeos prenatales, quien le explicó que la razón del internamiento era para monitorearle la presión sanguínea debido a una posible preeclampsia. Aun así y sin explicación alguna, le colocaron una pastilla en la vagina que le ayudaría a inducir su parto. Mientras Sandra esperaba, en la madrugada del 25 de diciembre, había algunas mujeres con ella que ya habían empezado su labor de parto. Al observar cómo gritaban estas mujeres y la forma en que eran intervenidas por el personal médico para controlarlas, Sandra se asustó muchísimo. Además, se encontraba completamente sola, debido a los protocolos por COVID-19. Sandra lloraba desconsolada y nadie le ofreció ningún tipo de apoyo emocional. Escaseaba además el personal médico debido a que era Noche Buena.

Así transcurrió la noche, y en la mañana, después de que se cuerpo expulsara la pastilla, al realizarse un tacto vaginal, descubrieron que apenas había dilatado 2 centímetros. Entonces se decidió que le colocaría una vía para administrarle “el pitocín”. Dos horas después, y con contracciones ya muy fuertes y una labor de parto activa, la enfermera de turno procedía a realizarse a Sandra un tacto vaginal para monitorear la dilatación. Ya en ese momento, Sandra se encontraba sumamente incómoda, cansada y adolorida, además se le habían realizado tactos vaginales previos que tuvo que soportar, pero en esta ocasión se negó, porque para ella era sumamente traumático que le realizaran este procedimiento. Había sufrido de abuso sexual y los tactos vaginales se lo recordaban. Consecuentemente se negó, recibiendo inmediatamente la amenaza como mecanismo disciplinario, que como se

mencionó antes, es utilizada por el personal de salud para intimidar a la madre y obligarla a realizar acciones que no desea. Esto fue lo que le dijo la enfermera:

Voy a indicar aquí que usted no se dejó hacer el tacto y que usted va a ser responsable de la muerte de su bebé. Va a llegar la trabajadora social y el PANI y usted va a ser responsable de haber matado a su bebé. (Sandra, 2022)

Culpar a las madres con la muerte de su hijo es una amenaza común. Pues como se vio en el testimonio de Luz, a ella también se lo dijeron para obligarla a actuar conforme a las indicaciones de la enfermera. En ese caso, esta enfermera mencionó al PANI (Patronato Nacional de la Infancia), una institución que se creó para proteger los derechos de los niños y niñas costarricenses, en este caso, utilizado por esta enfermera como manifestación del biopoder para amenazar a una madre. El cansancio, el temor, y el mal trato no permitieron que Sandra pudiera explicar porque se negaba al tacto. Finalmente, cuando llegó otra obstetra, tras el cambio de turno del personal, ella pudo explicarle su situación, quien de forma cautelosa pudo realizarse el procedimiento.

Cuando Sandra estaba finalmente en la etapa final, y su bebé estaba pronto a nacer, se sentía extenuada física y emocionalmente. Según testimonia, ya no tenía fuerzas para pujar. El dolor era intenso y había tenido que permanecer en posición supina durante la mayoría de su labor de parto. El médico le aplicó entonces la maniobra Kristeller, una maniobra contraindicada donde se empuja el vientre de la madre para que expulse a la criatura. También le realizaron una episiotomía que requirió de cuatro puntadas. Después de esta experiencia, Sandra enfrentó una fuerte depresión postparto.

Ester también tuvo su parto durante la pandemia del COVID-19, en octubre del 2021. Ella es una mujer de 35 años que se dedica a la docencia y reside en la provincia de Heredia. Prácticamente de la misma forma en que lo hicieron las otras mujeres entrevistadas, ella también llevó consulta pública en el EBAIS, al mismo tiempo que complementaba sus controles con una especialista privada.

Cuando empezó a sentir las primeras contracciones, con 40 semanas de embarazo, y por consejo de la ginecóloga privada, decidió trasladarse al hospital de Heredia San Vicente de Paul para monitorear su condición. A Ester la atendió una enfermera, quien le realizó un tacto de forma fría y desinteresada. Le pidió que la acompañara a una sala donde debía esperar. Después le realizaron un examen de sangre y cuando ella preguntó por qué, le indicaron que era porque ya la estaban ingresando. Situación que sorprendió a Ester porque hasta el momento no había recibido ninguna explicación de por qué debía internarse. Había llegado al hospital de Heredia a las 10:00 p.m. y a las 2:00 a.m. estaba ya internada.

Sin ningún motivo aparente, Ester tuvo que quedarse en el hospital toda la noche. A las 7:00 a.m. el médico de turno le dijo que, ya que ella se encontraba internada y que además contaba con 40 semanas de embarazo, su parto sería inducido. Como se vio en los casos anteriores, la inducción de los partos es un procedimiento normatizado. Ester contaba todavía con dos semanas más para que su bebé naciera de forma natural.

La inducción del parto de Ester se realizó con el llamado Balón de Cook. Se introduce un catéter en la vagina, anclado a un doble balón de silicón que ayuda a madurar el cérvix. Mientras le realizaban el procedimiento, sin explicarle de qué se trataba y sin decirle que era un procedimiento doloroso e incómodo, el médico se lo introducía mostrando a un grupo de aprendices de medicina. Ester testificó que el dolor que sintió fue “espeluznante”.

Después del doloroso procedimiento, Ester tuvo que cambiarse la bata que vestía, pues estaba llena de sangre. Se trasladó completamente sola, caminando con dificultad a los vestidores, para removerse la bata ensangrentada. Ella también estaba sola debido a los protocolos de COVID-19. Dos horas después, se vio obligada a firmar un consentimiento sobre un procedimiento que ya le habían aplicado, sin recibir ninguna explicación.

El balón debía ser retirado 12 horas después de su aplicación, pero Ester tuvo que soportarlo durante 22 horas. En estos hospitales el personal médico cambia de turno alrededor de las 4 p.m.; lo cual se convirtió en una dificultad para Ester, pues una vez que el médico se retiró a esta hora, nadie se hizo cargo de monitorear las horas en que tuvo este artefacto

introducido en su vagina. Ya para cuando caía la noche, las contracciones eran fuertes, seguidas y dolorosas.

Según testimonia Ester, a las 3:00 a.m. estaba desesperada. El dolor era muy intenso, se sentía agotada y se encontraba completamente sola. Aunado a ello, Ester también padece de ataques de pánico, los cuales se intensificaron con el cansancio y la desesperación. No había dormido nada la noche anterior y esa tampoco. Su cérvix no se había dilatado a pesar del balón. Las enfermeras la seguían tratando con indiferencia y únicamente le realizaban el monitoreo de rutina sin preguntarle por su estado físico y emocional.

Mientras tanto, la familia de Ester, desde su casa, buscaba cómo ayudarle. Por ejemplo, su madre era amiga de la jefa de Enfermería de dicho hospital, que solicitó el apoyo de una enfermera obstetra para que revisara a Ester alrededor de las 3:00 a.m. Lamentablemente, esta enfermera se lo tomó a mal, y tampoco la atendió con amabilidad, pues como vimos en el caso de Carmen, la intervención de un superior para mejorar la situación, lamentablemente a veces la empeora. La misma Ester llamó a una amiga pediatra que trabajaba en este hospital, quien logró intervenir, para que a las 5:00 a.m. le retiraran el balón. Una hora antes, su esposo se había comunicado con la ginecóloga privada quien recomendó que Ester debía retirarse de este hospital.

Finalmente, a las 7 a.m. llegó el médico que le había colocado el balón el día anterior y al darse cuenta de que Ester sería retirada del hospital empezó a interrogarla de forma increpante e incluso la trató de “mentirosa y descarada”. Ester recibía estos insultos con extremo agotamiento y cansancio. Incluso un primo suyo, que también laboraba en dicho hospital, se hizo presente para afirmar la condición física y emocional de Ester y presionar para que le dieran la salida.

El parto de Ester terminó con una cesárea de emergencia que tuvieron que realizarle en un hospital privado. Este fue el desenlace de un parto completamente inducido, donde ella y su esposo tuvieron que incurrir en los gastos de un procedimiento tan costoso como lo es una cesárea. También ella sufrió de una depresión posparto que requirió de terapia

psicológica, además de terapia de suelo pélvico debido a los daños físicos que sufrió con el balón. Por consiguiente, Ester tuvo que cubrir, además del daño físico y emocional, gastos sumamente altos, cuando por derecho ella debía recibir una atención perinatal gratuita. En ese sentido, estos gastos fueron el producto de la violencia obstétrica que ella sufrió. Su parto fue inducido sin ningún tipo de consentimiento o explicación, irrespetando completamente su ritmo natural. Ella contaba con 40 semanas de embarazo, su labor de parto no había iniciado y no existía ningún factor de riesgo para acelerarlo. Así mismo, el médico que aplicó los procedimientos inadecuados utilizó palabras agresivas violentando la salud emocional de Ester, después de haberla violentado físicamente debido a su mala praxis.

Otro caso de partos realizados durante la pandemia fue el de Andrea, quien también dio a luz en noviembre de 2021. Andrea es una mujer de 35 años. Ella es fisioterapeuta y docente. Reside en Escazú y tuvo su bebé en el hospital San Juan de Dios. Su caso es aún más significativo, ya que para cuando estaba naciendo el bebé de Andrea, en Costa Rica se había aprobado el 28 de octubre de 2021 la *Ley de Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*, la cual supuestamente erradicaría por completo la violencia obstétrica en el país.

Andrea es una mujer que padece de ovario poliquístico, hiperandrogenismo, síndrome metabólico y lupus. Sus períodos nunca fueron muy regulares, incluso a veces no menstruaba por varios meses. Debido a su irregularidad menstrual, se enteró de su embarazo cuando contaba con 12 semanas, iniciando el proceso de control primero con atención prenatal privada y luego a los 5 meses con consulta en el EBAIS. Debido a sus padecimientos, su parto fue bastante controlado, y a pesar de que incluso se le detectó un bigeminismo cardíaco, su salud y la de su bebé estaban bien y su embarazo no presentó ninguna complicación. Aun así, la última enfermera que monitoreo a Andrea en consulta prenatal decidió que el parto de Andrea debía ser programado e inducido durante la semana 39 de su embarazo.

Como su salud y la de su bebé se encontraban en perfecto estado, tras informarse con médicos y especialistas, Andrea decidió esperar hasta que su labor de parto iniciara de forma natural. Esta labor inició cuando ella contaba con 40 semanas, por lo tanto, cuando ya sentía

fuerte las contracciones, decidió trasladarse al Hospital San Juan de Dios en horas de la madrugada. Al ingresar, recibió la primera reprimenda, pues la enfermera que la monitoreo la regañó por no haber ingresado en la fecha prevista. La instalaron en el salón designado para madres con COVID-19, a pesar de que su prueba había salido negativa. Allí permaneció durante toda la madrugada.

Al amanecer, Andrea sentía la necesidad de utilizar el inodoro. Como sus contracciones eran fuertes y no estaba acompañada, las enfermeras la escuchaban quejarse desde el servicio sanitario y la regañaban diciendo que los sonidos que ella emitía los hacía porque intentaba pujar a su bebé. Por lo tanto, no le permitieron levantarse de la camilla nunca más.

Después de horas de permanecer acostada, sumada a la necesidad que sentía de utilizar el inodoro, más las constantes negativas del personal de salud, Andrea le informó a la enfermera que estaba junto a ella que ya no podía resistir más y que si no le permitían utilizar el sanitario, ella se defecaría. La enfermera le respondió de forma despectiva: “Hágase ahí... (refiriéndose a la camilla donde estaba acostada). Ella realmente no pudo resistir más, y entonces se defecó, sin que la enfermera le ayudara a cambiarse y limpiarse. A pesar de que Andrea estaba con mucho dolor, sus contracciones eran fuertes y tenía ya 8 centímetros de dilatación, permanecía acostada en la camilla, sin movilidad y bajo condiciones insalubres. Aunque anteriormente vimos la reacción del personal médico cuando algo estaba “sucio”, siendo la asepsia un reflejo del discurso de la modernidad, en este caso, obligar a Andrea a permanecer en este estado significaba otra forma de castigo y disciplinamiento. Aunado a ello, la enfermera obstetra decidió colocar oxitocina artificial a pesar de que Andrea insistió que no lo hiciera.

Ya en sala de expulsión, y con la compañía de su esposo, a quien permitieron ingresar, el personal médico higienizó a Andrea porque se había defecado al negarle el uso del servicio sanitario, como se indicó previamente. Pero la violencia obstétrica continuó, esta vez manifestada a través de burlas y risas alegando que Andrea no sabía pujar. Por consiguiente, y a pesar de que Andrea nuevamente le pidió que no lo hiciera, la obstetra decidió que debía realizarse una episiotomía. La enfermera utilizó tres tijeras diferentes para realizar el

procedimiento, ya que estas no tenían mucho filo. Andrea sintió cada intento. A pesar de que el dolor de las contracciones era más fuerte, ella estaba consciente de que intentaron realizarle la episiotomía con tres tijeras diferentes y en tres sitios diferentes hasta que finalmente le hicieron un corte grande. Andrea percibía la presión que ejercían las enfermeras que estaban deseosas de que ella pariera rápidamente. Después comprendió que la premura y presión que ejerció el personal médico para que diera luz rápido, aplicando oxitocina artificial cuando ya tenía 8 centímetros de dilatación, junto con la episiotomía, era porque su turno estaba pronto a terminar y sabían que, si Andrea no paría “a tiempo”, estaban obligadas a permanecer tiempo adicional. Mientras la cocían Andrea no olvida haber escuchado cómo las enfermeras se reían diciendo: “Jajaja, si... parto humanizado... parto respetado...jajaja. Esto qué tiene de humanizado” (Andrea, 2022).

Este caso es muy reciente porque, como se indicó anteriormente, el parto sucedió el 11 de noviembre del 2021, y a pesar de que la ley ya existía para cuando Andrea parió, aún no había protocolos o lineamientos vinculados a dicha ley. Andrea fue una mujer, que a diferencia de las otras entrevistadas, había preparado un plan de parto, y al ser su cuñada *doula*, conocía cuáles eran sus derechos. Es por ello, que en muchas de las intervenciones que le realizaron, y a pesar del dolor y cansancio, ella intentó alzar su voz y negarse a estos procedimientos. Aun así, las enfermeras no solo no revisaron el plan que ella había elaborado, sino que se negaron a escuchar todas las solicitudes que claramente manifestó. Incluso suplicó que esperaran unos minutos a que el cordón umbilical de su bebé dejara de latir antes de cortarlo, y esta fue otra de los requerimientos que tampoco quisieron respetarle.

Los partos de Andrea y las demás mujeres que testificaron confirman lo que ya se ha venido exponiendo a lo largo de este capítulo, el poder obstétrico. Conceptualizado por Arguedas, es la manifestación del biopoder comparable, según ella, con una prisión:

Un pabellón hospitalario de gineco-obstetricia se asemeja en mucho a una prisión. El control del tiempo, del movimiento, de los ritmos, es constante. Nada sucede sin autorización y sin un propósito de utilidad definido desde la perspectiva de los tomadores de decisiones. La expresión de voluntades contrarias al orden establecido

es censurada e inclusive sancionada a través del castigo ejemplarizante. Así, la docilidad se impone como único camino para obtener algún grado de bienestar. (Arguedas, 2014, p.156)

En esta cita se ejemplifica como nuestras testigas, como en una prisión, fueron constantemente sometidas a los ritmos rigurosos impuestos por el personal de salud, y sancionadas cuando sus cuerpos o voluntades “desobedecían” las indicaciones o rutinas impuestas. Las prisiones son para los privados de libertad. De forma simbólica, y utilizando la comparación que propone Arguedas, las salas de parto o maternidades también convertirían a las mujeres en individuos sin libertad y, por ende, desde la perspectiva de desarrollo humano, sin agencia.

Finalmente, concluimos los testimonios con el caso de Eugenia que dio a luz en un hospital privado, por lo tanto, la violencia obstétrica es también una realidad en los servicios de salud privada. Ella es una mujer de 42 años, reside en Moravia de San José, tiene 2 hijos y se dedica a la docencia. La violencia obstétrica la vivió con su primer parto en el 2014.

Cuando empezó su labor de parto, se trasladó al Hospital Clínica Católica a las 8 de la mañana. Desde que llegó, Eugenia empezó a sentir la presión del personal médico para que su parto no fuera natural. Primero le colocaron oxitocina artificial sin consentimiento, para que horas después su ginecóloga le explicara que había sido porque había roto membranas en la parte superior del vientre y que ello podría ocasionar estrés fetal. Luego le ofrecieron la epidural, a pesar de que ella claramente había dicho que no deseaba ser anestesiada. Por consiguiente, la ginecóloga intentó convencerla de que la epidural era necesaria porque ella era primeriza, se sentiría muy cansada y no resistiría los dolores del parto. Aun así, Eugenia se pudo mantener firme y evitar la anestesia. Además de esto, Eugenia no pudo comer o tomar nada. La última vez que se había alimentado había sido a las 6 de la noche, el día anterior. Pero no se le permitió ingerir ningún tipo de alimento, pues cabía la posibilidad de que su parto terminara en cesárea. Se sentía sumamente hambrienta y sedienta, pero aun así tuvo que aguantarse.

Al ser un hospital privado, Eugenia contaba con una habitación personal. También se le permitía caminar y tenía mucha libertad de movimiento y privacidad. Por lo tanto, en su habitación particular, se le permitió mantener la compañía de sus familiares y esposo. Experiencia a la que únicamente pueden acceder las mujeres que pueden enfrentar los gastos hospitalarios de un parto en hospital privado. Por lo tanto, este tipo de privilegios demarca el mayor nivel de exposición que algunas mujeres de estratos sociales más bajos tienen de experimental violencia obstétrica.

Alrededor de las 11:00 a.m., cuando su labor de parto era fuerte y activa, la trasladaron a la sala de expulsión. En esta sala, y a pesar de que Eugenia intentó escoger la forma en que deseaba parir, su ginecóloga la obligó a mantenerse completamente acostada sobre su espalda, sin permitir que Eugenia se levantara. La ginecóloga le indicaba cuándo pujar y cada vez que ella lo hacía sentía que se ahogaba. En ese sentido, el esfuerzo que Eugenia tuvo que realizar, en esta posición y para poder expulsar a su bebé, le produjo un desgarro.

Ya después de su parto, y en su habitación, tuvo que esperar largas horas para que la entregaran a su bebé y cuando finalmente la tuvo en brazos, intentó darle de mamar. El desconocimiento y la falta de apoyo que recibió del equipo médico para iniciar la lactancia hicieron que Eugenia no pudiera colocar a su hija de forma adecuada, produciéndole dolores mamarios fuertes. Consecuentemente, durante los siguientes tres meses, Eugenia tuvo que enfrentar muchos contratiempos para asegurar la buena lactancia de su hija.

De forma generalizada, tanto en los hospitales públicos como privados, la lactancia materna es totalmente invisibilizada. No existe personal médico adecuadamente capacitado para ayudar a que las madres puedan iniciar una lactancia exitosa y adecuada. Para muchas mujeres es un proceso doloroso que incluso terminan abandonando y sustituyendo por alimentación artificial, a pesar de los altos beneficios que esta trae para el bebé y la madre:

En el binomio “madre/persona neonata”, el asesoramiento sobre la lactancia es fundamental, por el vínculo psicológico y para garantizar el bienestar de ambas personas. El no orientarles sobre el tema les vulnerabiliza, pues el amamantar se aprende, no es instintivo. El no aprenderlo puede afectar o desestimular su práctica.

Una orientación adecuada beneficia al binomio citado, pues propicia tasas más altas de esta práctica. (Rodríguez, 2021, p.16)

Muchas de las mujeres que testificaron indicaron que, a raíz de una mala lactancia y la búsqueda de información y apoyo externo, descubrieron grupos de apoyo como la Liga de la Leche, un colectivo internacional de mujeres promotoras de lactancia materna que apoyan a otras mujeres durante este proceso y que incluso las informan y empoderan sobre violencia obstétrica.

En síntesis, los 7 testimonios presentados por estas mujeres nos muestran las diferentes dimensiones de violencia obstétrica que se viven principalmente en los hospitales públicos del país, pero incluso, como vimos con Eugenia, también en los hospitales privados. Recordando la ley venezolana sobre violencia obstétrica, Ley Orgánica de Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia República Bolivariana de Venezuela, (2007), estas mujeres sufrieron de la apropiación de sus cuerpos a través de un trato deshumanizado, perdiendo su autonomía y su “capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. Experimentaron violencia física con prácticas médicas invasivas, medicación no justificada, irrespeto al proceso natural y temporal del parto; además de violencia psicológica, a través de un trato grosero, discriminatorio, humillante y burlón (Gherardi, 2016, p. 18); además de la falta de información transparente o solicitud de consentimiento.

El 23 de octubre del 2015 se realizó la sesión 156 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Audiencia Pública de carácter temático sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. Las peticionarias de dicha audiencia fueron el Centro de Investigaciones en Estudios de la Mujer (CIEM) de la Universidad de Costa Rica, representada por la Dra. Gabriela Arguedas y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) representado por Lady Zuloaga. La sesión inició con los testimonios de tres mujeres que habían sufrido de violencia obstétrica en hospitales de la CCSS. El caso de las dos primeras mujeres resultó en la muerte fetal. Incluso una de ellas fundó la Asociación Guerreros y Guerreras de Ángeles que reunía en ese momento alrededor de 30 mujeres con historias

similares. El objetivo de la Asociación era empoderarlas y dotarlas de conocimientos y apoyo emocional.

En esta audiencia la Dra. Arguedas definió lo que era la violencia obstétrica y puntualizó sus diferentes manifestaciones en los sistemas de salud pública costarricenses, a raíz de la investigación realizada por el CIEM. En el caso de atención prenatal, Arguedas declaró que la violencia obstétrica se expresaba a través de la falta de información y respuesta a las preguntas de las gestantes; la indisposición, impaciencia o negativa a aclarar dudas, la falta de información con respecto a la guía institucional sobre atención prenatal, parto y posparto; y la descalificación sobre cómo las mujeres gestantes sentían sus cuerpos (Arguedas, 2015). Durante el parto, la violencia obstétrica se daba cuando se aplicaban técnicas de forma inadecuada, por ejemplo, rompimiento de membranas, uso de medicamentos para acelerar las contracciones, maniobras médicas y quirúrgicas que rompían el útero, fracturaban las costillas o lesionaban al feto (Arguedas, 2015). Así mismo, existía una falta de información que resultaba de la ausencia de consentimientos informados y de la incapacidad al no permitir que la parturienta participara en la toma de decisiones. Finalmente, la violencia obstétrica, también sucedía durante el puerperio, ya que las mujeres que la habían sufrido temían continuar con su consulta posnatal por temor a ser revictimizadas.

Las declaraciones de Arguedas se apoyaron con las denuncias realizadas por la Defensoría de los Habitantes ese mismo año. La Defensoría de los Habitantes es un órgano del Poder Legislativo de Costa Rica encargado de velar porque el sector público esté alineado con el ordenamiento jurídico y moral del país, cuidando de que se cumplan los derechos de las y los costarricenses, es decir, es un ente protector de los habitantes en relación a las acciones u omisiones del Estado utilizando mecanismos de legalidad, prevención, divulgación, defensa y promoción. Dicha institución pública había emitido un informe donde se visibilizaban los casos de 6 mujeres que habían sufrido de violencia obstétrica en los hospitales de Limón y Guanacaste. De igual forma, el CIEM presentó información relacionada con casos sucedidos en los del Hospital de la Mujer y enfatizó que las niñas víctimas de violencia sexual que resultaron embarazadas (entre el 2002 y el 2008 hubo 10674 partos de niñas entre los 10 y 14 años) no contaron con atención personalizada (Arguedas,

2015). Por último, el CIEM declaró que las políticas públicas en Costa Rica en relación con la violencia obstétrica eran inexistentes, además de que no era una temática incluida en los programas de estudio que se impartían en los centros de formación en Ciencias de la Salud. Incluso cuando el personal sanitario denunciaba algún caso, estos sufrían de acoso laboral, lo que generaba autocensura y escasa rendición de cuentas.

Lo expuesto por el CIEM en la Audiencia Pública temática referida, se puede complementar con los datos aportados por la encuesta realizada por el INEC, mencionada al principio de esta sección. El sociólogo Eugenio Fuentes Rodríguez realizó un análisis sobre los datos presentados en esta encuesta para el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en el 2021, llegando a algunas conclusiones interesantes que se ejemplifican a continuación. Las provincias con mayor violencia obstétrica de Costa Rica fueron las siguientes:

... en la provincia de Heredia el 39,6% de las mujeres dicen haber experimentado al menos un tipo de violencia obstétrica, en Cartago fue de 71,7%, es decir, 1,6 veces mayor. Junto con la provincia de Cartago, las costeras o “periféricas” tienen los porcentajes más elevados. En términos de gestión, de un sistema de salud sin fragmentación ni segmentación como el costarricense, es llamativa tal diferencia, pues Cartago y Limón superan en 14,0 y 12,0 puntos porcentuales (pp) respectivamente, el promedio nacional. (Rodríguez, 2021, p.11)

Por lo tanto, y según estos datos, hay zonas del país donde la incidencia de violencia obstétrica es mayor.

Otro dato importante para destacar, con respecto a los hallazgos realizados por Rodríguez sobre la encuesta de la INEC, es que entre el 2016 y el 2018, un 100% de las mujeres encuestadas dijeron haber sufrido de “violencia obstétrica ampliada”, la cual se define de la siguiente manera:

- *No dio amamantamiento inmediato.*
- *No se dio contacto piel a piel inmediato o con la persona neonata envuelta.*

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

(Rodríguez, 2021, p.9)

Es fundamental complementar los datos estadísticos, la información presentada en la Audiencia de la CIDH, más los testimonios antes descritos con la perspectiva de 3 profesionales de salud que laboran para la CCSS en el área de Obstetricia. Ellas también presenciaron abusos y violencia ejecutada por sus colegas. Con el fin de respetar su identidad los nombres que se utilizan también son ficticios.

Karina es médica con especialidad en Ginecología y Obstetricia. Su residencia la realizó en el 2017, y como especialista trabajó desde el 2021 en el Hospital San Juan de Dios. En su formación profesional, Karina nunca recibió información formal sobre violencia obstétrica. Se enteró de que existía ya que es un tema del que se habla informalmente en los pasillos de los hospitales, aunque de vez en cuando, alguna supervisora se refería al concepto, haciendo alusión a la reforma de la Ley General de Salud No. 9824, la cual abordaba los derechos de mujer embarazada, antes, durante y después del parto.

Karina manifestó en su entrevista que la violencia obstétrica la realizaban las enfermeras de mayor antigüedad, que estaban acostumbradas a utilizar un lenguaje discriminatorio e irrespetuoso para referirse a las mujeres que estaban dando a luz. Por ejemplo, era usual que se dijera cuando una mujer se quejaba de dolor: “cuando estaba teniendo relaciones no hacía así...”. También Karina contó que cuando debía pujar se les

decía: “puje como macha”. Ya hemos analizado anteriormente los significados que este tipo de comentarios tenían para el personal de salud como mecanismo de subordinación y como medida para ejercer el poder obstétrico. Aun así, Karina considera que este tipo de insultos han disminuido y cada vez son menos usuales. Ella considera que las nuevas enfermeras están mejor informadas y considera que muchas de estas acciones se deben principalmente a los profundos problemas estructurales de los que sufre el sistema de salud pública costarricense. Un tema que se trata con mayor detalle en el capítulo VII.

Lucía es una enfermera obstetra que trabaja para el Hospital de Alajuela. Tiene 13 años de trabajar en este hospital. Conoció el término de violencia obstétrica hace aproximadamente 6 años, pero de manera similar a la de Karina, nunca recibió una capacitación de parte del hospital con respecto al tema. Tal vez lo escuchó en alguna capacitación del Colegio de Enfermera, de forma esporádica y sin profundidad. Ella personalmente se ha interesado en el tema y ha realizado su propia investigación.

Lucía también ha sido testigo del maltrato y violencia que sufren las mujeres a la hora de parir, en este caso, en el Hospital de Alajuela. Narra claramente, como ejemplo, como años atrás, cuando recién iniciaba como enfermera, a una madre se le estaba haciendo difícil pujar a su bebé. El bebé ya había coronado, pero esta madre no lograba culminar con el alumbramiento. Por consiguiente, se llamó al ginecólogo de turno, que, en palabras de Lucía, “era de vieja escuela” porque la madre presentaba un “expulsivo prolongado”. Según narra Lucía, entraron “dos machos alfas” refiriéndose a los médicos que intervendrían el parto. El primer médico entró gritando y al acercarse a la mujer la cacheteó, mientras que el segundo médico que le seguía, le proporcionó una fuerte nalgada. Las palabras que utilizó Lucía para describir este acontecimiento son muestra de la forma en que ella entendió lo sucedido. Ante su mirada, estos médicos eran machistas, y utilizaban su poder como “alfas” o “jefes de la manada” para imponer control a través de la violencia obstétrica. Su acción violenta dejaba en claro, ante la mirada de todos, quienes mandaban. Asimismo, Lucía los llamó de “vieja escuela”, haciéndonos ver que las nuevas generaciones no realizarían una acción como esta.

Aun así, Lucía aclara que ahora se ha revertido la pirámide, ya que cuando ella empezó a trabajar en el Hospital de Alajuela, la mayoría de los ginecólogos eran hombres, mientras que ahora, más bien la mayoría son mujeres. Por consiguiente, la mayoría de los casos de violencia obstétrica que ella ha presenciado últimamente ha sido en manos de mujeres y no de hombres. Para Lucía, la razón por la cual actualmente, la violencia obstétrica la realizan más mujeres que hombres se debe a que los hombres accionan con mayor cautela, debido a los antecedentes y leyes que ya existen con relación al abuso sexual y la violencia de género. Según explica Lucía, la violencia de una mujer contra otra, es decir la violencia intragénero no se ha visibilizado mucho, por consiguiente, la falta de leyes con relación a la violencia obstétrica se convierte en una luz verde para que enfermeras y ginecólogas maltraten a otras mujeres sistemáticamente, como se vio en el caso de las testigas.

Por ejemplo, Lucía contó como una ginecóloga insistió que una madre, quien tenía una labor de parto prolongada y dolorosa, debía tener obligatoriamente un parto vaginal. De forma violenta y agresiva, esta médica realizó un tacto vaginal a la mujer, quien gritaba del dolor y suplicaba a la doctora que se detuviera, mientras le continuaba realizando el tacto. Lucía no olvida el rostro de ira que tenía la doctora, quien es conocida por su falta de manejo emocional. Con esas palabras describió Lucía la escena:

Verle la cara a la ginecóloga como un enojo y un ceñimiento y fuera de lo natural me entiende, fuera de lo que uno diría coherente... nadie haría eso. Y era porque ella se había ceñido en que por arriba no lo iba a sacar y era por abajo.... Ver la angustia de esa mamá siendo maltratada, o sea, es que de verdad físicamente estaba pidiendo que ya no más sucediera lo que estaba pasando y la otra doctora sin escuchar razón, hasta como con un odio, enojo.... Haciendo sus maniobras como con enojo, como con ira. (Lucía, 2022)

Estos ejemplos son dos casos que marcaron a Lucía en su experiencia como enfermera debido al nivel de sufrimiento que presenció en ambas madres. Pero también, recuerda cómo sus colegas también han utilizado frases similares a las que ya se ha expuesto... como, por ejemplo, “cierra la boca y puje como una vaca”, cuando las madres gritan mucho y se les hace difícil pujar a sus bebés.

Finalmente, se culmina con el testimonio de Esmeralda, una enfermera, que al igual que Karina, también trabajó en el Hospital San Juan de Dios. Aunque cuenta con 12 años de experiencia, en este hospital trabajó alrededor de un año y medio. Al igual que los dos informantes anteriores, Esmeralda tampoco conoció el término a través de una capacitación o comunicación oficial, más bien para ella, la violencia obstétrica es un término que las altas jerarquías hospitalarias evitan utilizar.

Al igual que Karina y Lucía, Esmeralda presenció varios episodios de violencia obstétrica. Comentó por ejemplo el caso de una madre que ella estaba atendiendo. Para aliviar el dolor, la madre decidió colocarse en cuatro puntos sobre la camilla con ayuda de Esmeralda. Cuando el ginecólogo a cargo las sorprendió, les gritó indicando que ese tipo de posiciones eran inadmisibles. Esmeralda recuerda también cómo, una de las experiencias que más la marcó en su carrera profesional, fue presenciar el profundo dolor que vivían las madres que había perdido a sus bebés, quienes, como Marcela, debían compartir el espacio con las madres a punto de parir bebés saludables e incluso con mujeres con sus recién nacidos en brazos. Otro ejemplo, fue también como a muchas madres se les obliga abstenerse de alimento por prolongadas horas, a pesar de que se haya comprobado que darles de comer no significa un riesgo alto para su salud, además de la falta de información, ya que se realizan muchos procedimientos sin la debida explicación o consentimiento de la futura madre.

Por consiguiente, los testimonios de nuestros 10 informantes (madres y profesionales en salud), la investigación realizada por el CIEM y los datos de la encuesta del INEC revelan que en Costa Rica la violencia obstétrica es muy alta y alarmante. En el siguiente capítulo se describirán los derechos reproductivos con los que cuentan las mujeres costarricenses, además de analizar si existe un marco legal existente para evitar que las mujeres sufran de violencia obstétrica.

VII. POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES COSTARRICENSES

En este capítulo se describen las políticas públicas costarricenses relacionadas con derechos reproductivos de las mujeres. Inicialmente, se estudian a nivel internacional. Seguidamente se realiza un recorrido histórico a través de la creación de leyes y mecanismos de reconocimiento político vinculados a estos derechos en Costa Rica. Al mismo tiempo, se examinan las limitaciones que presentan estas políticas públicas y las dificultades existentes para su implementación, demostrando su ineficacia para erradicar la violencia obstétrica.

A. DERECHOS REPRODUCTIVOS

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue creada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979. El objetivo de la constitución de esta asamblea era perseguir la igualdad entre hombre y mujeres en todas las posibles dimensiones de la vida, incluyendo aquellos derechos relacionados a la sexualidad y reproducción. Por lo tanto, según la ONU:

...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 la esfera política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (ONU, 1981)

Así mismo, los derechos reproductivos aparecen en el artículo 12, inciso 1 de esta convención, la cual reconoce la obligación de “adoptar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica, incluyendo la planificación familiar (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 51).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en 1994 en el Cairo, se reconoció “que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias” y también es necesaria para un desarrollo social y económico adecuado en comunidades y naciones, además de ser reconocida dentro de los derechos humanos relacionados con el género (Facio, 2008, p.21) Además, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo estipuló que “los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva” (Facio, 2008 , p.22). Incluso define salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (Facio, 2008, p.23)

Ese mismo año se organizó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará) de 1994, cuyo objetivo era erradicar la violencia contra la mujer como resultado de la discriminación social en las que están sometidas. Se considera la violencia contra la mujer como una trasgresión a los derechos y libertades fundamentales, por lo tanto, “el control de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mismas constituye una violación al derecho de libertad, seguridad e integridad personal” (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 52).

Un año después, se organizó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing. Como resultado de esta conferencia se creó la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing que pretendía promover y proteger los derechos de las mujeres y de las niñas a través de la igualdad en educación, salud, y salud sexual y reproductiva. Se plantea que “los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia” (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 54)

Para Alda Facio, jurista, feminista y experta en asuntos de género y derechos humanos de la mujer, con experiencia en organismos internacionales, los derechos reproductivos son difíciles de distinguir o diferenciar y aún falta mucho por desarrollar. Por ejemplo, a pesar de que exista el derecho a la vida, según UNFPA, UNICEF y UNIFEM, cada minuto muere una mujer durante el embarazo o el alumbramiento, dependiendo de la tasas de mortalidad de cada país, siendo un total de 515,000 las mujeres que mueren durante el embarazo o alumbramiento (Facio, 2008, p.29) Además, el impulso que dieron estos derechos a los países para disminuir y controlar las tasas de mortalidad materna, también generó la excesiva medicalización del parto y por ende, la violencia obstétrica, a pesar de que la CEDAW promueve que los países miembros fomenten el acceso de las mujeres a la atención de la salud reproductiva, de calidad y asequible para las mujeres, buscando prevenir la discriminación (Facio, 2008, p.35). Finalmente, la Plataforma de Acción de Beijing invita a los estados a “asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de la salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta” (Facio, 2008, p. 36), una recomendación altamente irrespetada debido a la incidencia de violencia obstétrica en Latinoamérica y Costa Rica.

B. EL MARCO LEGAL EN CONTRA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES COSTARRICENSES

Esta sección explora cuál ha sido el marco legislativo que supuestamente ha protegido a la mujer costarricense de violencia obstétrica. Para poder abordar este tema, iniciamos describiendo cuáles son las leyes que otorgan los derechos de salud reproductiva de las mujeres costarricenses, a pesar de que la mayoría de ellos no aborden estos derechos de forma directa.

Es importante destacar que la cobertura que tiene la Caja Costarricense del Seguro Social en relación a la atención prenatal y del parto es de un 93.9%, mientras que el 5.2% se

atiende en los hospitales privados del país (Guerrero & Arguedas, 2020, p.25). La cobertura es por consiguiente claramente significativa donde el acceso a esta atención médica es un derecho que gozan las mujeres costarricenses. Aun así, esta no debe ser una justificación para permitir que se cometan constantes violaciones relacionadas al poder obstétrico.

El Estado costarricense se encuentra alineado con los instrumentos internacionales que protegen los derechos reproductivos de las mujeres. Por lo tanto, en Costa Rica estos derechos “se encuentran reconocidos en los diferentes instrumentos internacionales adoptados por el Estado, y contemplan principios básicos como la no discriminación, la igualdad entre hombres y mujeres en el ejercicio de sus derechos y el papel que deben cumplir los Estados y sus instituciones, los cuales deben realizar los cambios necesarios para garantizar el ejercicio de estos derechos, por ejemplo, la necesidad de brindar información que permita tomar decisiones libres, el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva, entre otros”. (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 51) En este sentido, Costa Rica ratificó CEDAW en el año 1985. Aun así, fue hasta el 2020 y 2021 donde se realizaron los cambios de legislación que abordan los derechos de las mujeres durante el parto, embarazo y posparto. Lamentablemente, estos cambios no han sido suficientes para erradicar la violencia obstétrica, pues como se vio anteriormente, esta sigue existiendo, demostrando que existen otros problemas sistémicos que deben transformarse para su verdadera erradicación.

1. LEYES VINCULANTES A LA SALUD REPRODUCTIVA

A continuación, se presenta la Tabla 1. que resume las principales leyes costarricenses que se encuentran escuetamente relacionadas con los derechos reproductivos. La mayoría de estas leyes no los abordan de forma concreta demostrando que existe una falta de legislación estrechamente vinculada con esos derechos.

TABLA 1. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES LEYES COSTARRICENSES VINCULADAS CON DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER

Ley	Año de Probación	Relación con derechos reproductivos de las mujeres costarricenses.
La Ley General de Salud No.5395	1973	<ul style="list-style-type: none"> ● Salud como un derecho. ● Salud como bien de interés público. ● Protegido por el estado quien garantiza su acceso y promoción. ● Artículo 12: Derechos de las mujeres en embarazo, parto y posparto. <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de información materno infantil. ○ Control médico durante la gestación ○ Atención médica durante el parto ○ Recibir alimentación para la lactancia
Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer No. 7142	1990	<ul style="list-style-type: none"> ● El Estado debe velar por que la mujer no sea discriminada. ● El Estado debe promover y garantizar que las mujeres tengan los mismos derechos que los hombres (políticos, económicos, culturales y sociales) ● El Estado debe crear y desarrollar programas y servicios que promuevan la inclusión de las mujeres.
Ley Fomento de la Lactancia Materna No. 7430	1994	<ul style="list-style-type: none"> ● Se creó con el objetivo de fomentar la nutrición infantil educando a la madre y familia. ● Se busca apoyar programas que promuevan la lactancia y regular publicidad que distribuye el uso de sucedáneos de la leche materna. ● En el artículo 25 se estipula que: <ul style="list-style-type: none"> ○ “La CCSS debe promover la lactancia materna e incluso “realizar acciones para que, en el

		<p>posparto inmediato, se estimule la práctica de la lactancia materna”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ofrecer, en todos los hospitales donde exista sección materno- infantil, charlas sobre la lactancia materna y sobre las técnicas apropiadas de amamantamiento”. (Ley, 1994, p. 6)
Ley Contra la Violencia Doméstica No. 7586	1996	<ul style="list-style-type: none"> ● En relación con la violencia sexual <ul style="list-style-type: none"> ○ Define la violencia sexual como: “toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación amenaza o cualquier otro mecanismo que anule, limite la voluntad personal.” (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 58) ○ Mecanismo legal para la detención y penalización de la violencia sexual a través de instituciones estatales.
Ley del Instituto Nacional de la Mujer No. 7801	1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo 3: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Proteger los derechos de la mujer consagrados tanto en declaraciones, convenciones y tratados internacionales como en el ordenamiento jurídico costarricense; promover la igualdad entre los géneros y propiciar acciones tendientes a mejorar la situación de la mujer. ○ Coordinar y vigilar que las instituciones públicas establezcan y ejecuten las políticas nacionales, sociales y de desarrollo humano, así como las acciones sectoriales e institucionales de la política nacional para la igualdad y equidad de género”. (Ley 7801, 1998, p. 17)
Ley de Protección Integral a la madre adolescente	1998	<ul style="list-style-type: none"> ● El Artículo 4 menciona que uno de los fines es promover la atención integral de las madres adolescentes en los centros médicos y sus comunidades.

No. 7735		<ul style="list-style-type: none"> ● Artículo 9 indica que: “Las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social y los Centros de Salud deberán: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, creado en esta ley. ○ Brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal a las madres adolescentes. ○ Desarrollar programas de formación y orientación, tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad. ○ Impartir cursos formativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado. ○ Brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos”. (Ley 7735, 1998, p. 4)
Código de la Niñez y Adolescencia	1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguridad social de los menores de edad garantizada por el Estado, ● Artículo 50: “Los centros públicos de salud deben brindar a las menores de edad embarazadas el control médico respectivo, información materno infantil, la adecuada atención médica del parto, lo cual contempla el derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención médica y hospitalaria”. (Azofeifa y Naranjo, 2018, p. 58) ● Artículo 58: Las políticas educativas deben abordar temas relacionados a la educación sexual, reproducción, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y violencia de género, con una mirada preventiva.
Ley General de Protección a la	2002	<ul style="list-style-type: none"> ● Se modifican los artículos 1, 4, 5, y 12 de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente No. 7735, y se deroga el inciso c) de su artículo 8.

Madre Adolescente No. 8312		
Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres No. 8589	2007	<ul style="list-style-type: none"> ● Proteger a las víctimas ● Sancionar la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial contra mujeres con mayoría de edad, en relación con la discriminación de género.
Ley del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres No. 8688	2008	<ul style="list-style-type: none"> ● Formación de un Sistema Nacional de instituciones públicas ● Albergues temporales para mujeres que hayan sufrido agresión. ● Programas de capacitación de funcionarios estatales, personal voluntario y organismos de acción social ● Organizar propuestas para el cumplimiento de políticas internacionales en relación la violencia contra la mujer.
Reforma Ley General de Salud No. 9824	2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Se reforma el artículo 12 de la Ley General de Salud agregando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Toda mujer embarazada, antes, durante y después del parto, tiene derecho a: <ol style="list-style-type: none"> a) Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico. b) Recibir atención oportuna y personalizada. c) Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas posibles. d) Parir de manera natural, siempre y cuando no exista riesgo para la madre o para el niño o la niña por nacer. e) Que se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo. f) Mantener el apego posparto con el niño o la niña, salvo determinación médica justificada. g) Recibir información clara y concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna.

		h) Estar acompañada durante el parto y posparto por una persona designada por ella.” (Ley 9824, 2020)
<i>Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido</i> No. 10081	2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ En el Artículo 1 se indica el objetivo de esta ley que es: “el presente proyecto de ley tiene por objeto proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto, posparto y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada asegurando el ejercicio de estos derechos, así como los derechos de las personas recién nacidas; con el propósito de contribuir a la disminución de la morbilidad materna y neonatal; promoviendo la vivencia de una maternidad digna, saludable, segura con el menor riesgo posible, mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez de los servicios de salud prenatal, del parto, posparto y de la persona recién nacida, contribuyendo al desarrollo humano de la familia” (ley no. 10081, 2021, p.1) <p>* Esta ley se analizará con mayor detalle a lo largo de este capítulo.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de las Leyes No. 7430, 7735, 7801, 8312, 9824 y 10081 de la República de Costa Rica, complementadas con las tesis: “Parto Humanizado: Reconocimiento del derecho al parto humanizado como una deuda del Estado costarricense”, por Jessica Azofeifa y Luis Naranjo, 2018; “Condiciones sociopolíticas existentes para la elaboración de una política pública que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos” por Sharon Salazar y Yuliana Torres, 2018.

En general, estas leyes abordaron la discriminación de género y la violencia contra la mujer costarricense, e incluso, y de forma indirecta, los derechos de salud reproductiva. Como bien lo indica la Tabla 1, en el 2020 se aprobó la reforma del artículo 12 de la Ley General de Salud, la cual pretendía otorgar más derechos a las madres durante la labor de parto. Lamentablemente su alcance fue insuficiente, pues según los testimonios que aportaron las entrevistadas para esta investigación, durante del 2020, absolutamente todos estos derechos fueron violentados ya que: no fueron tratadas de forma cordial o respetuosa por el personal del centro médico; no se les dio atención oportuna; carecieron de información clara sobre tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervención médica; no se respetaron los procesos naturales para parir; no se respetó el apego posparto; tampoco se les otorgó información clara o concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna; y se

les prohibió el acompañamiento justificado por la pandemia del COVID-19. Por consiguiente, esta reforma de ley fue en un endeble mecanismo implementado por el Estado, el cual pretendía utilizar esta política pública para aplacar el malestar de la sociedad civil y los colectivos de mujeres, además de las denuncias de la Defensoría de los Habitantes y las investigaciones de instituciones académicas y derechos humanos.

Recientemente, se creó la *Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido* que se analizará más adelante. Aun así, la falta de instrumentalización de esta y de las leyes pasadas, han permitido que la violencia obstétrica se sufra sistemáticamente en la mayoría de los centros de salud pública y privada del país, como bien quedó referido en el capítulo anterior. La injerencia de estas leyes para erradicar el problema ha sido definitivamente limitada y no se diferencia mucho de otros mecanismos que se describen a continuación.

2. MODELOS, GUÍAS Y DECRETOS EJECUTIVOS

Además de las leyes previamente descritas, se creó una guía, varios decretos ejecutivos y algunos modelos de atención y lineamientos elaborados por la Caja Costarricense del Seguro Social sobre la atención a las madres durante el periodo prenatal, el parto y posparto que se describirán a continuación. Estos mecanismos intentaron disminuir, o al menos visibilizar, a la violencia obstétrica a pesar de que ninguno de ellos abordó el término de forma directa, de la misma manera en que las leyes anteriores omiten el uso de este término, como también el de “derechos reproductivos”. En general, el término de violencia obstétrica es escasamente utilizado por el Estado. Guerrero y Arguedas, quienes analizaron documentación gubernamental vinculada a la violencia obstétrica entre el 2014 y el 2018, concluyeron que únicamente el 33% de la documentación general (pronunciamientos, comunicados de prensa, conferencias, manuales, reglamentos, planes, informes, entre otros) utilizaron el concepto de violencia obstétrica (Guerrero & Arguedas, 2020, p.31).

Desde el año de 1998, y a pesar de que varios hospitales habían implementado, a lo largo del siglo XX, servicios neonatales, maternidades, unidades especializadas, entre otras, el Estado costarricense creó el Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil (SINAMI). Un año después, se creó el Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna (SNEM) para disminuir la mortalidad materno infantil y evaluar la atención relacionada a la salud materna (Guerrero & Arguedas, 2020, p.28). Para el 2020, Costa Rica contaba ya con 27 maternidades.

Luego, en el año 2001 se creó el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, un documento elaborado por una Comisión Técnica Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, El Instituto Nacional de las Mujeres, la CCSS y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Este modelo se implementaría inicialmente en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Es relevante destacar que se buscaban generar reformas sustanciales vinculadas al concepto de desarrollo humano, un tema ampliamente abordado en el primer capítulo del modelo, el cual visibilizaba la salud como una parte fundamental para el desarrollo, según promovía el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, 2001, p.14). El documento también abordó temas conceptuales relacionados a la desigualdad de género, jerarquización por etnia y estrato social.

Además, el documento pretendió viabilizar la medicalización del parto y la perspectiva occidental sobre el cuerpo de la mujer, donde los nacimientos se vislumbran como procesos patológicos, en lugar de sociales y culturales donde el conocimiento médico es considerado superior, sobre la propia experiencia e instinto de la mujer:

La actitud e imagen predominante en la cultura médica, con respecto a las mujeres, es que ellas no pueden ser las expertas de sus propios embarazos y partos y que no son capaces de saber lo que le está pasando a su propio cuerpo. Los médicos son los únicos expertos en el abordaje de la sintomatología del embarazo, parto y todos los ciclos naturales. Las mujeres, con frecuencia, son "infantilizadas" y

tratadas como niñas que no deben preguntar o decidir. El embarazo y el parto son vistos como eventos médicos, así también todos los demás ciclos vitales naturales de las mujeres.

(Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, 2001, p.25)

Por lo tanto, este documento claramente planteaba los complejos constructos sociales que las mujeres debían enfrentar, ante la medicalización del parto y la subordinación de los cuerpos femeninos frente al poder que expresa la “cultura médica” sobre estos. Cabe reconocer entonces que este modelo abiertamente señalaba los antecedentes conceptuales que atentaban contra una salud reproductiva para las mujeres apoyada por derechos humanos, a pesar de que no utilizara el término de violencia obstétrica.

El documento también se manifestó con respecto al aumento considerable de intervencionismo médico durante el embarazo y parto. Se refirió al peligro de realizar cesáreas y cuestionó si dichas intervenciones en realidad propiciaban un verdadero beneficio para la mujer. Aun así, si bien este modelo pretendía abarcar una reforma profunda del hospital, con el fin de implementar medidas que permitieran que las mujeres disfrutaran de una salud integral, inspirada en las ideas del desarrollo humano, según Salazar y Torres, informes de monitoreo de resultados de la Reforma del Sector Salud hacia el año 2009 evidenciaron que los planteamientos de este modelo no formaron parte de estas reformas (Salazar y Torres, 2018, p.58). Así mismo, y según se declaró en la audiencia realizada frente a la CIDH por CIEM y CEJI, durante el 2015 se habían dado casos de violencia obstétrica en el Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva.

En el 2009 se creó la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto. Esta guía inicia con el siguiente recordatorio en la presentación que realiza la Gerencia Médica: “Es fundamental recordar el derecho que tiene todo ser humano a una atención de buena calidad, por lo que el cumplimiento de esta guía es de carácter obligatorio ya que se constituye la base estandarizada de lo que debe realizarse en los servicios institucionales en toda la red de servicios” (CCSS, 2009, p. 5). Por lo tanto,

esta guía buscaba estandarizar el servicio de las madres además de ser de carácter obligatorio y enfatizar el derecho a la buena atención.

La guía no menciona el término violencia obstétrica y se refiere más bien al concepto de “humanizar los nacimientos” en su introducción (CCSS, 2009, p. 15). De igual forma, la guía incluye una tabla comparativa de lo que se considera el modelo tecnocrático con el modelo holístico y humanizado, donde el primero coloca a la madre como una enferma y al bebé como un producto, mientras que el segundo, convierte a la madre en el centro y al bebé en su unidad. Incluye los siguientes principios, basados en las recomendaciones de la OMS:

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, neonatólogos, 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.*

(CCSS, 2009, p. 17)

En este sentido, este documento buscaba disminuir la excesiva medicalización del parto, dejando atrás prácticas rutinarias e innecesarias. Además, buscaba ser regionalizado, multidisciplinario, integral, centrado en la madre y el bebé, respetuoso, además de tomar en cuenta las decisiones de la mujer.

En el capítulo anterior, se describieron los testimonios de mujeres que sufrieron de violencia obstétrica entre el 2009 y el 2021. Por consiguiente, ya esta guía estaba establecida cuando muchas de ellas fueron violentadas. Por ejemplo, la guía claramente dice que durante la labor de parto se debe:

Brindar orientación y apoyo a la madre: escuchando sus temores, aclarando sus dudas, explicándole con palabras claras y sencillas como va su labor. Pregúntele a la mujer qué es lo que necesita y respete su derecho de conocer y dirigir su propio parto. (CCSS, 2009, p. 80)

Aun así, existió una constante falta de comunicación y consulta con la madre de parte del personal de salud. Esta guía también indica que este debe animar a las madres a buscar una posición cómoda y adecuada para ellas a la hora de parir, otro aspecto que vimos fue irrespetado en la mayoría de los partos de las entrevistadas. Incluso también indica que no se debe “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 y mayor probabilidad de

aplicación de maniobras de reanimación al recién nacido” (CCSS, 2009, p.80), otro aspecto altamente irrespetado entre muchos otros estipulados en la guía.

Según Salazar y Torres esta guía fue en realidad el mecanismo que utilizó la CCSS para “demostrar” que estaba cumpliendo con los compromisos y obligaciones adquiridas con la OMS, la CEDAW y el Decreto No. 35262-S: Oficialización de la “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”, del 2009. Este fue un decreto ejecutivo que buscaba “promover una atención integral a la mujer y a la familia gestante durante el embarazo, mediante un servicio de cuidados maternos de calidad con equidad y calidez, para prevenir la morbi-mortalidad perinatal, y contribuir a mejorar el desarrollo de familia saludable” (Azofeifa y Naranjo, 2018, p.61). Por lo tanto, la guía fue el resultado de ese decreto.

También en la Audiencia Pública de carácter temático de la CIDH realizada en el 2015, el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) se manifestó en relación a la guía. Si bien esta había sido, según indicó Lady Zuloaga, una “iniciativa importante”, no llegó a cumplirse plenamente porque no se articularon programas de ningún tipo para su aplicación (Zuloaga, 2015). Tampoco se implementaron planes educativos para el personal de salud en relación a la guía, además de que tampoco llegó a ser uno de los contenidos estudiados en la Carrera de Medicina. De igual forma, las usuarias de la CCSS desconocen su existencia, demostrado a través de la encuesta que realizó la Organización Previda a 1115 mujeres, donde el 90% declaró desconocer sobre la existencia de este documento. Además, el documento no fue mencionado por las tres profesionales de salud que se entrevistaron, quienes laboran para la CCSS.

Para Salazar y Torres, “la problematización, análisis y diseño de este instrumento institucional fue iniciativa de un grupo de personas que formaban parte del personal sanitario y se validó en conjunto con organizaciones de la sociedad civil”, mujeres y colectivos en lucha contra la violencia obstétrica y el parto respetado (Salazar y Torres, 2018, p.89), por consiguiente, no recibió el respaldo esperado. Estos mismos autores señalan como la Defensora de los Habitantes, Monserrat Solano, en el 2015, exponía cómo, a pesar de existir

dicha guía, la Defensoría recibía múltiples denuncias a causa de la violencia obstétrica. Por consiguiente, el uso de la guía no fue efectivo. “A pesar de la existencia de esta guía, el mantenimiento y reproducción de lógicas patriarcales y capitalistas que caracterizan las funciones institucionales del aparato estatal costarricense, respaldan el modelo tecnocrático, y, por ende, exponen el cuerpo de las mujeres a situaciones de violencia y opresión que se logran ocultar gracias a la legitimidad social que se le da al poder obstétrico (Salazar y Torres, 2018, p.92). La normalización de la violencia obstétrica y la cultura patriarcal hospitalaria convirtió a la guía en un requisito cumplido por el Estado costarricense, que en realidad no pretendía erradicar la violencia obstétrica con el documento, recordando la posición jerárquica con el que cuenta el gremio de médico dentro del funcionamiento gubernamental. Por ende, la guía era una forma de indicarles a los organismos internacionales como la OMS, que el Estado costarricense estaba realizando esfuerzo por combatir la violencia obstétrica, cuando en realidad los resultados demostraban lo contrario.

Además del modelo y la guía previamente descritos, desde el año 1999 se habían ido implementando decretos ejecutivos como el antes mencionado, que a diferencia de las leyes antes descritas, abordaban la salud y derechos reproductivos. Por ejemplo, el Decreto Ejecutivo N° 27913-S: Comisión de Salud Derechos Reproductivos y Sexuales (Esterilizaciones). Luego, se fueron implementando una serie de decretos ejecutivos que se enlistan a continuación:

- Año 2014- Decreto Ejecutivo N° 38797-S: Reforma decreto ejecutivo N° 27913 “Comisión de Salud Derechos Reproductivos y Sexuales (Esterilizaciones)”: Fue una reforma a los Artículos 1, 2 y 3 del Decreto N° 27913-S, referente a la creación y conformación de una Comisión Interinstitucional sobre salud y derechos reproductivos y sexuales para consultas externas, diálogo, formulación de políticas públicas, programas y proyectos. (Azofeifa y Naranjo, 2018, p.63).
- Año 2015- Decreto Ejecutivo N°39009-S: Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil: buscaba analizar la mortalidad materna, perinatal e infantil para formular, recomendar y promover programas y políticas públicas. (Azofeifa y Naranjo, 2018, p.63).

- Año 2015- *Decreto Ejecutivo N°39088-S: Oficializa Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva*, en el marco de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia del 2009: cuidar la salud reproductiva de las adolescentes en base a la equidad, los derechos, el género, la diversidad y la interculturalidad. (Azofeifa y Naranjo, 2018, p.64).

El 23 de octubre del 2015 cuando se realizó la Audiencia Pública ante la CIDH, el Estado de Costa Rica, representado por la Dra. María Eugenia Villalta, gerente médica de la CCSS de ese momento, declaró cuales eran las medidas que el Gobierno estaba poniendo en marcha en ese momento. Señaló que la guía antes mencionada se estaba mejorando. Indicó que se estaba elaborando un manual de educación perinatal para mujeres gestantes y sus familias en plan piloto. Se refirió al lineamiento que se estaba poniendo en marcha para establecer el derecho referido en el Artículo 76 del *Reglamento de Salud* de la CCSS sobre el acompañamiento para la mujer durante el parto. Afirmó que se estaban actualizando formularios y panfletos de difusión sobre los derechos de las mujeres y la violencia obstétrica. Mencionó que se participó en talleres sobre violencia obstétrica organizados por el Ministerio de Salud. Argumentó que se organizarían capacitaciones sobre educación perinatal y dignificación y trato humanizado en la atención de salud de las mujeres (Villalta, 2015). Por último, indicó que se invertiría ampliamente en el mejoramiento de algunas maternidades y se implementarían instrumentos de evaluación sobre el funcionamiento y servicio de las maternidades.

Aun así, y a pesar de que el Estado argumentaba estar encaminado estas iniciativas, además de la existencia de los modelos, guías y decretos antes mencionados, las profesionales de la salud entrevistadas para esta investigación testificaron no haber recibido ninguna capacitación, taller o explicación sobre ninguna guía, modelo o lineamiento. Incluso, tampoco recibieron ningún taller relacionado a la violencia obstétrica, o mencionaron conocer ninguno de los documentos referidos por el Estado de Costa Rica en esta audiencia. De igual forma, las madres que llevaron los cursos de preparación para el parto no recibieron información clara sobre sus derechos como usuarias de la CCSS o sobre violencia obstétrica

en dichos cursos. Por otro lado, la Dra. Villalta afirmó que de las 1248 inconformidades que reciben las Contralorías de Servicios de la CCSS, entre enero y agosto del 2015, únicamente 12 de ellas se relacionaban a transgresiones a mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio (Villalta, 2015). Como se ha mencionado, muchas mujeres sienten temor y desconfianza para interponer estas denuncias, y según manifestaron las testigas de esta investigación, ninguna de ellas denunció pues desconfiaba del proceso jurídico que evaluaría su caso de forma pertinente. Consecuentemente, muchas mujeres desconocen haber sufrido de violencia, pues como se ha argumentado previamente, la sistematización de estas prácticas está normalizada.

También para el año 2015, la Sala Constitucional había establecido la única jurisprudencia existente vinculada a la violencia obstétrica, a través de la Sentencia 03354-2015. En dicha sentencia la Sala Constitucional, quien utilizó el término “violencia obstétrica”, reconocía que esta era una violencia de género, además de una violación a los derechos humanos (Guerrero & Arguedas, 2020, p.39)

En el año 2017, la CCSS implementó el *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto, centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social*. Este modelo buscó la implementación de un servicio integral, inspirado en los derechos de género. Se ejecutó en el Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria de Puntarenas. Este modelo pretendió generar una “revisión profunda de la estructura y cultura de nuestro sistema de salud, tanto en la forma de funcionamiento y en su proyección social” así como replantear “los valores, la visión, las actitudes, la forma de pensar y las maneras de actuar de los proveedores de salud tanto a nivel operativo como administrativo; lo que generará cambios profundos en el abordaje de los problemas y necesidades de salud reproductiva de las mujeres durante el curso de vida” (CCSS, 2017, p.7)

Este documento institucional procuró generar alianza con el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) de Costa Rica, ONGs y movimientos de la sociedad civil. Así mismo, proponía generar cursos y capacitaciones para el personal médico relacionados al “trato

humanizado a la mujer gestante” (CCSS, 2017, p. 14). De igual forma, proponía crear una “comisión de alto nivel para la atención calificada en las maternidades” con el fin de analizar la situación de las 25 maternidades existentes en Costa Rica (CCSS, 2017, p. 14).

Este documento abordó conceptos similares al modelo que se mencionó con anterioridad, donde la base teórica para su justificación se basó en concepciones relacionadas al desarrollo humano sostenible, los derechos humanos universales, la atención integral en salud y los derechos reproductivos de las mujeres. De igual forma, el modelo reiteró problemas que persistían en las instituciones de salud pública del país, pues nuevamente reiteró que aún se seguían utilizando prácticas invasivas rutinarias, mencionó la disparidad en el uso protocolario y la aplicación de criterios discordes con las recomendaciones de la OMS y las también establecidas en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto (CCSS, 2017, p.23) Por lo tanto, este modelo es un mecanismo más por erradicar la violencia obstétrica ya que la guía no fue ejecutada a cabalidad en los centros de salud.

Finalmente, el modelo repetía, como principal objetivo, devolver a la madre el protagonismo, como queda evidenciado a continuación: “Desarrollar un modelo de prestación de la atención obstétrica calificada en las maternidades públicas del país, basado en la evidencia científica y en los estándares nacionales e internacionales; centrada en el protagonismo de las mujeres y en su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención segura y sin riesgo” (CCSS, 2017, p.23). Aun así y nuevamente, la CCSS fue incapaz de instrumentar dicho modelo.

A pesar de estos modelos, los decretos ejecutivos y la guía, la violencia obstétrica siguió manifestándose en el país. Ya se mencionó en el capítulo anterior, y según Rodríguez, que entre el 2016 y el 2018, un 100% de las mujeres costarricenses, encuestadas por el INEC, había sufrido de “violencia obstétrica ampliada”. Por consiguiente, estos esfuerzos institucionales no han sido suficientes para su eliminación.

Se plantea entonces la interrogante de por qué estos esfuerzos institucionales han sido de tan corto alcance. En ese sentido, podemos encontrar algunas respuestas en los testimonios de las tres profesionales de salud que laboran para la CCSS en el área de Obstetricia, previamente mencionadas. Estos testimonios resultan muy valiosos porque evidencian algunas limitaciones con las que cuenta el personal de salud para hacerle frente a un tipo de violencia sistémica, arraigada a un sistema estructuralmente insuficiente e ineficiente amparado con perspectivas patriarcales. Por consiguiente, si bien la violencia obstétrica la ejerce una persona sobre otra, su erradicación se ve limitada porque el sistema no ha podido implementar las herramientas necesarias para que esa persona deje de ejercerla. Esto quiere decir que los modelos, decretos y guías aparecen como “buenas intenciones”, o forman parte de agendas públicas para cumplir requerimientos internacionales, ya que hay problemas estructurales de fondo que no permiten erradicar la violencia obstétrica.

Para Karina el sistema de salud público costarricense es la principal razón por lo cual existe en Costa Rica la violencia obstétrica. Desde su perspectiva, el individuo que la ejerce en realidad responde a las pocas herramientas que tiene el personal de salud en capacitación y monitoreo, además de la infraestructura con la que cuentan los hospitales. Así describe Karina los principales desafíos que tiene un hospital como el San Juan de Dios:

El sistema está mal. No en todos los lugares, pero en la mayoría de los lugares... es muy difícil porque no hay infraestructura, no hay personal, el personal está saturado o cansado. Ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, en un salón de partos de 10 camas, separadas de 50 centímetros unas de otras, con mesitas en el medio, sillas, las porta computadoras de EDUS (plataforma virtual de la CCSS para monitoreo médico de cada paciente). Entonces, cómo va a respetar uno el espacio de una paciente si de 10 que están en labor de parto, a una le baja la frecuencia cardiaca y eso es una emergencia y entonces hay que correr y ponerle una sonda, para operarla, para darle antibiótico, ponerle oxígeno, lateralizarla, tactarla... y tal vez la otra paciente que tiene derecho a que su pareja esté allí a la par de ella, se siente violentada porque sacaron a su pareja que tiene el derecho de estar allí, pero es el corazón y la cabeza de un bebé y los derechos de otra. Entonces de una u otra forma se termina violentando (Karina, 2022).

En esta cita, Karina manifiesta las dificultades que debe afrontar el personal médico de hospitales como el San Juan de Dios, el más antiguo del país, que cuenta con limitaciones espaciales, como bien deja claro la cita; además de contar con aglomeración de pacientes, y según explica la entrevistada, escasez de personal que se sobrecarga de trabajo. Consecuentemente, en un escenario como el que plantea Karina, es sumamente difícil implementar de forma adecuada los derechos que tienen las mujeres a la hora de parir. Por lo tanto, para ella no es suficiente generar una guía, un modelo o una ley, sino que se deben realizar transformaciones de fondo para que todos ellos puedan implementarse. Además, según manifestó Karina en su entrevista, el personal no recibe capacitación y las madres usuarias de los servicios de la CCSS no se les consulta sobre el trato que recibieron, ni se les pide realizar una evaluación del servicio.

En ese sentido, los hospitales deben realizar reformas profundas para que las mujeres puedan hacer valer sus derechos. Por ejemplo, a pesar de que la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto estipulaba que la mujer podía elegir la posición adecuada para parir, según la ginecóloga, el personal médico se pone en peligro porque no cuenta con equipo necesario que lo proteja. Así lo describió Karina:

Vea, yo no le puedo atender un parto así a usted porque, yo no tengo un equipo que me proteja a mí. Si a mí me cae líquido amniótico en los ojos y usted tiene HIV, bueno que no debería estar pariendo, o tiene sífilis, o tiene alguna enfermedad, yo me voy a enfermar y a morir. Entonces yo no puedo atender el parto así. (Karina, 2022)

Por lo tanto, para esta informante, este derecho, debido a la falta de protocolos, puede más bien poner en peligro al personal médico. Además, según menciona Karina, las nuevas leyes generan un ambiente defensivo entre el personal sanitario, quien se siente temeroso ante la posibilidad de ser castigado por sus acciones. En ese sentido, la implementación de leyes puede ser entendida como un abordaje punitivo del problema generando tensión, en la espera

de que cualquier “error” cometido por el personal de salud pueda ser calificado de violencia obstétrica y por ende, ser castigado.

Esmeralda, quién también laboró en el San Juan de Dios manifestó en su entrevista que la infraestructura de este hospital también representa un condicionante para que se implementen prácticas más respetuosas. Ella reconoce que los lineamientos y guías no se adaptan a la realidad hospitalaria. Por lo general, las madres que están en labor activa de parto comparten un espacio donde hay 10 camas, como se ha señalado anteriormente, y son atendidas por 3 o 4 enfermeras, en turnos rotativos de 8 horas. A veces los turnos son de 16. Por consiguiente, las enfermeras atienden alrededor de 3 mujeres al mismo tiempo. Cuando ya están a punto de dar a luz se le traslada a una sala de expulsión. Si el hospital no es universitario, las obstetras atienden la fase final de expulsión, de lo contrario, en ese momento interviene un ginecólogo. También dependerá si el parto es de riesgo o no. A veces, sí hay muchas mujeres, no existe un espacio de recuperación, y las madres con sus bebés recién nacidos, deben permanecer en algún pasillo.

Para Esmeralda, una enfermera debería atender únicamente a dos mujeres al mismo tiempo. Pero, no hay suficiente presupuesto para aumentar el número de enfermeras. Aunado a ello, los espacios del San Juan de Dios son incómodos y limitan la posibilidad de generar ambientes positivos para dar a luz. No hay privacidad y no se respeta la individualidad de cada parturienta. Por lo tanto, implementar una ley para erradicar la violencia obstétrica no es suficiente, porque se deben realizar modificaciones profundas para poder garantizar que los derechos de las mujeres puedan ser respetados.

La experiencia de Karina y Esmeralda se concentra principalmente en sus vivencias personales en el Hospital San Juan de Dios. Aun así, en otros hospitales que no cuentan con las mismas limitaciones estructurales como el Hospital de Heredia, se siguen dando muchos casos de violencia obstétrica, como lo manifestaron las madres entrevistadas para esta investigación. En el hospital de Alajuela donde trabaja Lucía tienen mejores instalaciones. En este hospital el salón de maternidad es más espacioso. Cuenta con 10 camas, pero cada

una tiene su propia cortina, separando una cama de otra y permitiendo que las madres disfruten de mayor privacidad.

Para Lucía no es un problema de infraestructura, sino de manejo emocional del personal de salud. La atención de partos es una actividad que genera mucha tensión psicológica y se deben hacer frente a partos complicados. Los médicos y enfermeras no reciben ningún apoyo psicológico profesional cuando deben enfrentar una muerte. En ocasiones, hay pocas enfermeras atendiendo muchos partos y en varias ocasiones, esos partos presentan complicaciones. Por lo tanto, Lucía piensa que el personal del Hospital de Alajuela se encuentra “abandonado”. No existe un interés de parte de la institución de proteger la salud emocional de su personal y, según Lucía, únicamente le interesa cumplir con las estadísticas sin preocuparse por mejorar las condiciones laborales del personal. En Obstetricia, médicos y enfermeras no disfrutaban del beneficio de las vacaciones profilácticas con las que sí cuentan los médicos de otras áreas de salud. Así mismo, Lucía considera que el personal médico que trabaja en maternidad debería tener ciertas capacidades y competencias emocionales, adecuadas para atender mujeres dando a luz.

En el capítulo anterior se conceptualizó el término de violencia obstétrica como un claro reflejo de las construcciones sociales patriarcales donde tradicionalmente el hombre se apropia y apodera del cuerpo de la mujer, expresada en los centros hospitalarios a través del poder obstétrico, donde el médico domina el cuerpo de la mujer que dará a luz. Responde también a la medicalización del parto, la masculinización de los nacimientos y la posición de jerarquía social que los médicos han desarrollado a lo largo del siglo XX. De forma alarmante, las mismas mujeres médicas han perpetuado los mismos patrones patriarcales, imitando las formas aprendidas de la llamada “cultura médica”.

Ya hemos visto, cómo poco a poco la violencia obstétrica se ha visibilizado en Costa Rica gracias a los esfuerzos de instituciones académicas, organismo y grupos de la sociedad civil, y a pesar de que médicos y enfermeras no reciban educación conceptual y concreta sobre el tema, se hace cada vez más evidente, tanto así que el Estado ha generado algunas políticas públicas incipientes para su erradicación. Pero estas son limitadas, porque a pesar

de que existan, son insuficientes cuando el problema no se aborda en profundidad y no se hacen cambios estructurales de fondo. Se complementan los testimonios de estas tres funcionarias de la CCSS con la información aportada por Lady Zuloaga del CEJIL durante la Audiencia Pública ante la CIDH, la cual permite entender por qué estas políticas públicas son débiles. Ni el Ministerio de Salud o la CCSS cuentan con sistemas estadísticos que monitorean el cumplimiento de guías, decretos o leyes. No se registra adecuadamente cuántas mujeres han sufrido de violencia obstétrica.

Al mismo tiempo, el personal médico se resiste al cambio, y en general percibe estas políticas públicas como una amenaza. El modelo médico hegemónico se resiste a cambiar. Según la investigadora Laura Chinchilla, quién es también activista y conforma el Movimiento de Parto Respetado, “existen grados y matices en cuanto a las formas que adquieren estas resistencias; sin embargo, emergen algunas tendencias: el personal y las autoridades médicas y académicas en salud siguen teniendo dificultades para, en primer lugar, considerar el embarazo como proceso fisiológico y natural y no como patología y, en segundo lugar, reconocer el protagonismo de la mujer que da a luz” (Chinchilla, 2022. p.81). Por lo tanto, hay elementos epistémicos difíciles de deconstruir en relación con la percepción que muchos médicos y profesionales de salud tienen del parto, desde su mirada biomédica.

Mientras que, por muchos siglos, el parto era concebido como un evento cultural dotado de dimensiones psicosociales, la biomedicina lo ha transformado en una especie de enfermedad. Por lo tanto, las transformaciones se deben abordar en diferentes dimensiones. Por un lado, el Estado debe asegurar que el personal médico cuente con la infraestructura pertinente, el apoyo emocional adecuado y las capacidades necesarias, además de garantizar a las mujeres sus derechos reproductivos durante el embarazo, el parto y el posparto. Por otro lado, la percepción del parto, desde la lectura biomédica, también debe transformarse. De allí el limitado alcance que han tenido las leyes, guías y modelos. En ese sentido, Chinchilla considera que el sistema se niega a brindar una formación académica y profesional que incluya el llamado parto respetado (Chinchilla, 2022, p.82).

Las peticionarias de la Audiencia Pública de la CIDH, realizada en el 2015, el CEJIL y el CIEM, solicitaron al Estado de Costa Rica que implementaran una hoja de ruta que lograra generar soluciones integrales y duraderas bajo la perspectiva de género, además de garantizar justicia y legislación articulada a través de material legislativa y políticas pública efectivas. Además, propuso vincular a la sociedad civil y a las víctimas en la discusión de cualquier iniciativa. (Zuloaga, 2015). También sugirió incorporar el tema de violencia obstétrica como prioridad en la Comisión de Mortalidad Materna de los hospitales nacionales, conjuntamente con la inclusión del tema en la formación de futuros profesionales de salud amparada con una perspectiva de género y de derechos humanos. Incluso y a pesar de las políticas públicas y normativas existentes, también se han pronunciado organismos internacionales como el Mecanismo de Seguridad de la Convención Belém do Pará (MESCVI), quien ha expuesto la falta de marco jurídico que tiene el país para regular las malas praxis relacionadas a la atención sanitaria de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva en general (Guerrero & Arguedas, 2020, p.29).

3. LEY DE DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

El 28 de octubre del 2021 se aprobó la *Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*, publicada en *La Gaceta* el día 27 de enero del 2022. Ya se habían presentado otros proyectos de ley, previos a esta ley, como el del diputado Mario Redondo, quién en el 2015 presentó La Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica. Aun así, para la aprobación de esta ley entraron en tensión elementos culturales y religiosos ya que el diputado Redondo formaba parte del partido Alianza Demócrata Cristiana, además de inclinarse hacia políticas de corte neoliberal y en contra del aborto, contradictorio “al reconocimiento y abordaje de la violencia obstétrica desde una perspectiva feminista de derechos humano” (Salazar y Torres, 2018, p.107)

La ley 10081 puede ser entendida como el resultado del activismo de movimientos de la sociedad civil, como el Movimiento de Parto Respetado, un colectivo de mujeres

conformado por parteras, *doulas*, enfermeras obstetras, consultoras de lactancia, y madres. Se entrevistó a Rebecca Turecky, Doctora en Enfermería y Partera Certificada por CNM en Estados Unidos. Además, la Dra. Turecky es cofundadora de la Asociación Mamasol, una organización que visibiliza la violencia obstétrica, quien estuvo involucrada en el proceso de conformación de la ley.

Según narra la Dra. Turecky, la idea de crear la ley 10081 nació en la Feria sobre Parto Respetado, organizada durante varios años por colectivos de mujeres, durante una conversación informal entre ella, José María Villalta, exdiputado costarricense y la investigadora Laura Chinchilla. En dicha conversación, se planteó la idea de finalmente crear una ley detallada que abogara por el parto respetado y erradicara la violencia obstétrica. Turecky había participado en congresos y convenciones internacionales y conocía la experiencia que otros países, como Argentina, habían tenido al elaborar una ley similar. Al principio, no le agradaba mucho la idea, pues desde su perspectiva de ética profesional, era mejor educar que castigar, aun así, y para Turecky, la ley podría cambiar la forma en que los médicos ginecólogos y obstetras atendían y, por consiguiente, parecía ser la única opción. Como se ha mencionado previamente, este gremio, por lo general, no reconoce la existencia de la violencia obstétrica, además de normalizar sus acciones presentándolas como la forma adecuada para atender un nacimiento.

El proyecto se presentó ante la Comisión Permanente Especial de la Mujer de la Asamblea Legislativa a quien pertenecía José María Villalta Flores Estrada, junto con las diputadas Aida María Montiel, Shirley Díaz, Ivonne Acuña, Paola Vega, Nielsen Pérez y Paola Valladares (Asamblea Legislativa República de Costa Rica, 2023). Según testimonia Turecky, el discurso de la ley debía manejarse con mucha cautela, pues era pertinente que no pareciera una ley vinculada con los derechos reproductivos de las mujeres costarricenses, debido a la alta resistencia existente en el país con respecto a la interrupción del aborto voluntario. Por lo tanto, esta nueva ley no podía percibirse como un portillo, que, a futuro, permitiera abrir la discusión sobre el aborto. Los derechos reproductivos de las mujeres usualmente son politizados. Por lo tanto se debían proponer derechos que no irrumpieran con ideologías políticas, religiosas y culturales.

Por lo general los movimientos de la sociedad civil que promueven el llamado parto respetado han utilizado un discurso político donde el parir se presenta como un acto político y la lucha de las mujeres por el parto respetado como una forma más de empoderamiento feminista. Para la comunicadora Laura Chinchilla, “el parto respetado es una acción política transgresora, transformadora, contrahegemónica” (Chinchilla, 2022, p. 63). Devolver el protagonismo del parto a la mujer es dotarla de poder, significando una disminución de control y biopoder para un estado masculinizado. Por consiguiente, los movimientos de mujeres han sido percibidos por el gremio médico como una amenaza al estatus quo que los ha colocado en una posición de poder y jerarquía social, incluso cuando estos médicos sean mujeres. Aun así, la movilización de estos colectivos, según Salazar y Torres, es desigual, porque”:

...mientras los gremios profesionales cuentan con la legitimación social que se constituye como su capital simbólico, y que a su vez vigoriza su capital cultural al fomentar el reconocimiento de sus investigaciones y posicionamientos, así como también gozas de capital económico para mantener, renovar y acreditar su presión hacia el Estado; los colectivos de lucha cuentan con su capital principalmente social, dada la vinculación y redes que han ido estableciendo y consolidando, siendo que su capital cultura no es legitimado, y su capital simbólico, que les deviene de la lucha feminista, no es siempre legitimado, agravando su situación mayormente al tener un capital económico prácticamente inexistente (Salazar y Torres, 2018, p.225)

Desde esta perspectiva, los profesionales de salud cuentan con legitimidad social y poder económico, desacreditando los esfuerzos de los movimientos de la sociedad civil que buscan erradicar la violencia obstétrica. Por lo tanto, era fundamental contar con el apoyo de diputados como Villalta, quien conformaba la Comisión de la Mujer.

A pesar del activismo feminista de los colectivos y movimientos de mujeres, el discurso textual de la ley debía ser utilizada con cautela para que pudiera ser aprobado, sin generar controversia y no poner en peligro su aprobación. Anteriormente, se habían generado ya

discursos contradictorios concebidos entre los actores principales y sus diferentes percepciones con respecto a procesos gestacionales, junto a la militancia social de los diferentes colectivos de mujeres que buscaban mejorar la atención hospitalaria (Salazar y Torres, 2018, p.220). Consecuentemente, era difícil generar puntos de conciliación entre los discursos antagónicos del gremio médico y los colectivos de mujeres.

La nueva ley utilizó como base las recomendaciones elaboradas por la OMS en relación a los derechos de las mujeres embarazadas. Se organizó un comité constituido por mujeres que formaban parte del Movimiento de Parto Respetado, quienes se reunían una vez por semana para revisar el documento e incluir aspectos que consideraban necesarios. Por ejemplo, una enfermera de Cartago se enfocó en el duelo perinatal y los derechos de una mujer cuando sufre de muerte fetal porque “ella vivió personalmente esta experiencia y ella vivió la falta de respeto” que se sufre en los hospitales (Turecky, 2022). Otra obstetra se enfocó en los derechos relacionados con la lactancia. Entonces, el comité estaba conformado por las enfermeras Zayra Méndez, Marianella Jara quienes laboran en la CCSS, además de la médica Yaliam González, la psicóloga Gloriana Araya, y la misma Rebecca Turecky, obstetra y partera. El comité participó en una audiencia con la Comisión de la Mujer de la Asamblea Legislativa quien consideró todas las recomendaciones elaboradas por el comité. Quince días antes de esta audiencia, la Comisión había realizado otra con representantes de la CCSS.

Finalmente, la *Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido* No. 10081, fue publicada en *La Gaceta* el día 27 de enero del 2022. La CCSS contaría con un lapso de 6 meses para generar sus debidos lineamientos y protocolos, apoyada por los hospitales. La ley declara el siguiente objetivo:

El presente proyecto de ley tiene por objeto proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto, posparto y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada asegurando el ejercicio de estos derechos, así como los derechos de las personas

recién nacidas; con el propósito de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal; promoviendo la vivencia de una maternidad digna, saludable, segura con el menor riesgo posible, mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez de los servicios de salud prenatal, del parto, posparto y de la persona recién nacida, contribuyendo al desarrollo humano de la familia. (La Gaceta, 2022)

Por lo tanto, los fines que respaldan este objetivo se resumen en: la participación activa de la mujer embarazada en cuanto a decisiones conscientes e informadas; la atención calificada con gestión humanizada, haciendo valer los derechos humanos y las necesidades de las madres, personas recién nacidas y la familia, en ámbitos físicos, emocionales y culturales; armonía entre el equipo de salud y la familia gestante; garantizar condiciones para promover parto fisiológico con intimidad, privacidad, ambiente adecuado, apoyando el apego; respeto a la cosmovisión de conocimientos, prácticas, usos, costumbre, tradiciones de pueblos y comunidades; buenas experiencias y prácticas con respaldo científico; eliminación de patrones sociales, normas de salud y protocolos contra la gestión humanizada (La Gaceta, 2022)

Los derechos reconocidos en esta ley para la mujer se presentan en el Artículo 6 y se describen de forma resumida a continuación:

- a) Mujer como sujeto de derecho con participación protagónica.
- b) Ser informada con lenguaje comprensible sobre beneficios de la lactancia
- c) Ser informada sobre las alternativas y evolución del parto, riesgos y complicaciones, procedimientos y pronósticos.
- d) Ser informada de forma comprensible sobre efectos adversos del tabaco, alcohol y otras drogas.
- e) Elaboración de plan de parto
- f) Parto natural, respetando tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas.
- g) Parto sola o con al menos un acompañante.
- h) Analgesia o anestesia obstétrica

- i) Recién nacido al lado de la madre durante su permanencia hospitalaria mientras el bebé no requiera cuidados especiales.
- j) Hidratación y alimentación durante el proceso de labor de parto (si condición de la madre lo permite)
- k) Trato respetuoso, íntimo e individualizado
- l) Contacto piel a piel con el recién nacido.
- m) Apoyo psicosocial cuando se requiera
- n) Comunicación comprensible sobre planificación familiar y prevención de enfermedades sexuales.
- o) No someterse a investigación biomédica sin consentimiento.
- p) Curso de preparación psicofísica al embarazo, parto, posparto y lactancia.
- q) Acceso a copia de expediente e historial médico.
- r) Madres adolescentes con derecho a atención diferenciada.
- s) Decisión de la vía del parto sea tomada con criterio médico especializado con evidencia científica.
- t) Duelo gestacional y perinatal adecuado con acompañamiento y en espacio adecuado. Acceso a grupo de apoyo y asesoramiento.
- u) Ante diagnóstico de muerte gestacional, contar con intervención médica diferenciada.

En cuanto a los derechos para el recién nacido el Artículo 7 estipula:

- a) Trato respetuoso, digno, oportuno, efectivo.
- b) Ser inequívocamente identificado al nacer.
- c) Inscripción en el Registro Civil y su afiliación a la seguridad social.
- d) Permanencia al lado de la madre
- e) Progenitores adecuadamente asesorados para su cuidado, desarrollo, plan de vacunación, entre otros.
- f) No ser sometido a investigación biomédica
- g) Previo al corte del cordón umbilical, se mantenga la unidad materno fetal durante el mayor tiempo posible.

- h) Atención integral adecuada ante malformaciones o discapacidad física, psíquica o sensorial.

El Artículo 8 aborda los derechos de las personas progenitoras relacionados a la información directa y oportuna, el acceso a espacios donde está el recién nacido, al consentimiento escrito sobre procedimientos, lactancia materna y asesoramiento sobre cuidados para el recién nacido.

En cuanto el Estado, la ley determina que este, está obligado, según Artículo 9 a:

- a) Garantizar la salud materna
- b) Incentivar la investigación científica para el mejoramiento de la atención, considerando factores étnicos, culturales y territoriales.
- c) Facilitar procesos de quejas y denuncias de violación de la ley.
- d) Medidas preventivas y de disminución de índices de morbilidad materna y perinatal.
- e) Informar sobre derechos y cumplimientos a niños y niñas.
- f) Información de esta ley incorporada en formación académica y profesional.
- g) Promover la participación de organizaciones de mujeres en el diseño, seguimiento y evaluación de estas políticas públicas.

Finalmente, el artículo 10, estipula las obligaciones del personal prestador de servicios de salud, el cual debe garantizar una atención digna, promover la autocrítica y autorregulación, generar una comunicación clara y pertinente, garantizar los controles del proceso del estado del embarazo y adecuar la infraestructura hospitalaria para hacer valer los derechos de lactancia.

Las sanciones determinadas en dicha ley se clasifican en faltas leves, graves y muy graves. Estas últimas se sancionan con multa de diez a veinte veces el menor salario mínimo mensual fijado por ley. Si dicha multa no es pagada se procede un proceso de ejecución por vía judicial.

Así las cosas, finalmente esta ley incluye algunas de las carencias de decretos y leyes anteriores, como la Reforma Ley General de Salud No. 9824. Se podría decir que reconoce algunos de los derechos reproductivos de las mujeres, fundamentalmente, durante el embarazo, parto y posparto, buscando eliminar la violencia obstétrica, a pesar de que ambos conceptos no se mencionan a lo largo del texto de la ley. Como se indicó posteriormente, el utilizar “derechos reproductivos” o “violencia obstétrica” podía poner en peligro la aprobación de la ley debido a las interpretaciones discursivas que ambos términos pueden generar entre los diversos actores involucrados.

Lamentablemente, según Turecky, los protocolos de los centros hospitalarios que se debían entregar por la CCSS, 6 meses después de publicada la ley, no están correctamente articulados y han sido presentados para cumplir con un requisito que estipula la ley. De igual forma, la ley es desconocida porque, como testificaron Lucía, y Esmeralda, ellas no fueron informadas oficialmente por la CCSS sobre la existencia de la Ley 10081. Así mismo, la ley no resuelve los problemas de infraestructura hospitalaria, carencia de personal, presupuesto gubernamental hacia programas de capacitación profesional, además del apoyo psicológico y emocional para el personal médico.

En ese sentido, lo que se persigue no es castigar la violencia obstétrica una vez que esta haya sucedido, lo cual sería un abordaje punitivo del problema. Se propone generar otros mecanismos preventivos que eviten que el personal médico ejerza el poder obstétrico en primer lugar. Desde la perspectiva del desarrollo humano, la educación es fundamental para potenciar las capacidades del ser humano. Históricamente, el derecho penal se ha utilizado para eliminar diferentes manifestaciones de violencia contra la mujer, como los femicidios y la violencia intrafamiliar y sexual, facilitando la concientización del problema, pero permitiendo que el Estado no se involucre en su prevención (Valverde y Perico):

...el derecho penal es un recurso insuficiente para abordar y resolver los factores estructurales que propician la perpetuación de la violencia obstétrica, entre los cuales se encuentran: la ausencia de reconocimiento de esta forma de violencia, la falta de capacitación del personal médico en el respeto de las decisiones de las

mujeres y personas gestantes, la prevalencia de los estereotipos de género en la prestación de los servicios de salud y la falta de información de las pacientes sobre sus derechos. Al enfocarse en el castigo de los responsables, el derecho penal deja de lado la reparación integral de las víctimas y la adopción de medidas de no repetición para prevenir que hechos similares continúen ocurriendo. En otras palabras, de poco o nada sirve la amenaza de una pena privativa de libertad si el personal de salud se desenvuelve en un ambiente donde este tipo de violencia se encuentra normalizada y no tienen herramientas para entender lo reprochable de sus conductas. (Valverde y Perico)

Por lo tanto, para Milagro Valverde y María Fernanda Perico, abogadas feministas, la criminalización de la violencia obstétrica no es la solución, porque la consideran “una expresión del populismo punitivo, entendido como el uso excesivo del derecho penal como remedio a toda problemática social” (Valverde y Perico). Consecuentemente, la prevención, a través de la educación, debe ser una de las políticas públicas que debe articular el Estado costarricense para erradicar la violencia obstétrica. El personal sanitario debe educarse y capacitarse sobre la violencia obstétrica, apoyado por referentes teóricos como los estudios de género, los derechos humanos y el desarrollo humano. De la misma forma, las mujeres gestantes deben recibir una educación adecuada y pertinente. Se propone en el siguiente capítulo, cómo el desarrollo humano puede complementar los otros abordajes como herramienta educacional para prevenir la violencia obstétrica.

VIII. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DESARROLLO HUMANO

Hasta ahora se ha realizado un análisis de los diferentes derechos con que cuentan las mujeres costarricenses en relación a la salud reproductiva. Se ha visto que estos han sido insuficientes para erradicar la violencia obstétrica. Por lo tanto, es necesario complementar y robustecer la perspectiva de derechos humanos con otras perspectivas para que el Estado costarricense sea capaz de articular las políticas públicas adecuadas que logren erradicarla violencia obstétrica. Es por eso que el paradigma de desarrollo humano, inspirado en el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y ampliamente teorizado por filósofos como Martha Nussbaum, puede servir como base conceptual para justificar la adecuada formulación de políticas públicas que puedan verdaderamente eliminar la violencia obstétrica y complementar el enfoque de derechos humanos. Como bien lo define Silvia Solís, “para disminuir las desigualdades entre hombres y mujeres es necesario armar políticas públicas desde un enfoque integral donde se enlacen desarrollo humano y equidad de género” (Solís, 2016, p.11), siendo cualquier manifestación de violencia una expresión de dichas desigualdades.

A continuación se explicará brevemente en qué consiste el enfoque de desarrollo humano y las bases del pensamiento de Amartya Sen, complementados con los aportes de Martha Nussbaum. Del mismo modo, se describirá cómo las ideas de ambos se pueden vincular al género, especialmente la propuesta de Nussbaum, la cual servirá como base teórica para generar nuevas políticas públicas en contra de la violencia obstétrica, desde la perspectiva de la educación y la prevención.

A. EL PARADIGMA DE DESARROLLO HUMANO COMO REFERENTE TEÓRICO

El desarrollo humano es un enfoque promovido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir de los años 90. Este enfoque tomó su base conceptual en el trabajo elaborado por Amartya Sen. La propuesta de la ONU era plantear otros modelos de

desarrollo bajo perspectiva más holística, ya que por mucho tiempo, el desarrollo se limitaba a modelos basados en el crecimiento económico, la maximización de la utilidad y la acumulación de riqueza. El nuevo enfoque de desarrollo humano se centraba en las personas como alternativa de análisis sobre las crecientes desigualdades y discriminaciones existentes (Cruz, 2017, p. 13), definido según el primer *Informe de Desarrollo Humano* presentado en 1990 como:

...un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales muchas otras alternativas continúan siendo inaccesibles. (ONU, 1990, p. 10)

Por lo tanto, el desarrollo se empezó a relacionar con salud y educación, además del acceso a los recursos económicos necesarios para adquirir ambos objetivos. Esos objetivos se definieron como oportunidades, basándose, como se mencionó previamente, en las ideas filosóficas de Sen.

El desarrollo humano se fundamenta en el *enfoque de las capacidades*, entendido como: *lo que somos capaces de ser y hacer* (oportunidades y libertades) (Nussbaum, 2002, p. 121) El enfoque que propone Sen se centra en la libertad (oportunidades) que tienen los ser humanos para “alcanzar la vida que valoran y que tiene razones para valorar” (Restrepo-Ochoa, 2013). La libertad toma mucha relevancia en dicho enfoque porque a través de la expansión de esta se pueden desarrollar las capacidades para alcanzar la vida que se desea y se valora.

Entre los argumentos que Sen elabora, en su enfoque de las capacidades, está el de *los funcionamientos*. Estos se definen como “el conjunto de quehaceres y seres” de la vida de una persona, en otras palabras, “aquellas cosas que las personas logran ser o hacer al vivir” (Restrepo-Ochoa, 2013). Para lograr dichos funcionamientos, las personas deben tener la

posibilidad para alcanzarlos, en otras palabras, las capacidades de lograr los funcionamientos necesarios para alcanzar la vida que valoran.

Otro aspecto fundamental de las ideas de Sen es el de *agencia*. Las personas deben ser agentes “que participan activamente –si se les da la oportunidad– en la configuración de su propio destino, no como meros receptores pasivos de los frutos de ingeniosos programas de desarrollo” (Sen, 1999, p. 75). Pero para poder participar activamente en la edificación de su propia vida y de su propio destino, las personas deben tener las libertades y oportunidades necesarias para lograrla, como por ejemplo, la salud. Por consiguiente, cuando hablamos de salud pública y las políticas públicas vinculadas a estas:

El aporte del enfoque de las capacidades para el razonamiento ético en salud pública puede resumirse en el reconocimiento de cuatro aspectos: la insuficiencia de la asistencia sanitaria como criterio de la ventaja individual, la equidad en salud como un aspecto fundamental de la justicia social, la visión que tienen las personas con relación a su propia salud y la expansión de la libertad y el desarrollo de las capacidades como finalidad de las políticas públicas y de la acción social. (Restrepo-Ochoa, 2013)

En ese sentido, y basado en el enfoque que propone Sen, esta investigación plantea las siguientes interrogantes: ¿cuáles son las oportunidades reales que tienen las mujeres en Costa Rica para lograr sus funcionamientos saludables durante sus procesos reproductivos, en este caso embarazo, parto y posparto?; ¿disponen las mujeres de las libertades necesarias para alcanzar los partos que ellas valoran tener en los hospitales públicos de Costa Rica? La respuestas a estas preguntas serían negativas, pues como hemos visto, las políticas públicas han sido escasas para facilitar que las mujeres sean agentes protagónicos de sus propios partos.

Como bien lo plantea Restrepo-Ochoa, “el compromiso ético y político de la salud pública no puede reducirse a una acción paternalista de intervención sobre los objetos pasivos, realizada por funcionarios del Estado y de la ciencia que se auto atribuyen la potestad de determinar qué es lo bueno y lo conveniente para las personas con relación a su salud, sino en un ejercicio democrático, participativo, basado en un razonamiento público, en el cual las

personas sean reconocidas y consideradas como sujetos activos”. (Restrepo-Ochoa, 2013). La excesiva medicalización del parto y el poder obstétrico se pueden entonces entender como ese paternalismo estatal, de corte patriarcal” que trabaja sobre los cuerpos de las mujeres como “objetos pasivos”, sin poder de agencia o incapacidad de decidir por sí mismas o sobre sí mismas. Por lo tanto, es menester que las mujeres participen en ese razonamiento público, reconociéndoles su protagonismo y dotándolas de las capacidades necesarias para decidir por sí mismas.

B. EL DESARROLLO HUMANO ENFOCADO EN LA MUJER

El concepto de desarrollo humano implementado por la ONU y descrito anteriormente, procuró relacionar este enfoque con la mujer. Es por ello que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) implementó *Género y Desarrollo Humano (GDH)* al considerar que “la inversión en la promoción de la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres son vitales, no sólo para mejorar las condiciones económicas, sociales y políticas de la sociedad en su conjunto, sino para lograr una ciudadanía plena” (Cruz, 2007, p. 16). Por lo tanto, el GDH destacó la importancia de vincular el paradigma del desarrollo humano con las desigualdades que viven las mujeres en las diferentes esferas de la sociedad.

El primer informe de Desarrollo Humano en abordar el tema de la mujer fue publicado en 1995 y titulado “*La revolución hacia la igualdad en la condición de los sexos*”. Este informe visibiliza las desigualdades de género como una limitación para que las mujeres puedan tener oportunidades para su propio desarrollo humano y plantea la necesidad de empoderar a las mujeres. Por lo tanto, según el informe, es fundamental tomar en cuenta estas desigualdades para realmente incrementar el desarrollo en general. “Para construir una sociedad realmente igualitaria es indispensable, entonces, adoptar unos instrumentos y desarrollar una serie de políticas especiales para las mujeres que consideren su situación de vulnerabilidad, tanto en las esferas públicas como privadas, que reconozcan sus necesidades particulares y que garanticen eficazmente la eliminación de las desigualdades históricas y las

injusticias estructurales que experimentan las mujeres por el sólo hecho de ser mujer (de la Cruz, 2007, p. 17)”. En ese sentido, esta agenda de desarrollo humano vinculada al género reconoce pertinentemente la urgencia de implementar políticas que eliminen la discriminación y la inequidad de género.

Según el PNUD, “al establecer la expansión de las libertades y el bienestar humano como objetivo central del desarrollo, el paradigma de desarrollo humano abre muchas posibilidades para la transformación de las relaciones de género y la mejora de la condición de las mujeres, posibilidades que una visión más economicista del desarrollo no permite” (García, 2009, p.11). Bajo esta óptica, se introdujo un Índice compuesto de Desarrollo Humano de la siguiente forma: A) el Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) y B) con el Índice de Potenciación de Género (IPG), a raíz del informe Desarrollo Humano “*La Revolución hacia la igualdad en la condición de los Sexos*”, el cual se focalizó en temas relacionados al género y las desigualdades entre hombres y mujeres (de la Cruz, 2007, p.55). El IDG utiliza las tres dimensiones que cubre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que serían expectativa de vida, educación e ingreso. Aun así, esta medida “no muestra la inequidad de género como tal” (Klasen, 2006). Por otro lado, el IPG mide la representación de las mujeres en los ámbitos políticos y económicos, considerando las brechas existentes en la representación política, profesional y gerencial, como también en la generación de ingresos (Klasen, 2006).

Nos preguntamos entonces ¿de qué manera puede el enfoque de las capacidades erradicar las disparidades que viven las mujeres con respecto a los hombres? El enfoque de Sen y el de desarrollo humano pueden ser referentes teóricos para analizar las desigualdades de género. Según Carmen de la Cruz, existen varias autoras que han manifestado la pertinencia que el enfoque de Sen tiene con relación a la disparidad de género, ya que él “reconoce la importancia de las estructuras sociales que tienen impactos diferenciados sobre los distintos grupos tales como los prejuicios, las normas sociales, las costumbres, las tradiciones que afectan el proceso de cambio” (de la Cruz, 2007, p.24). De igual forma, el enfoque de las capacidades, al plantear la expansión de oportunidades para buscar el bienestar, puede complementar las luchas feministas y la promoción de derechos humanos. La agencia se

puede relacionar con la búsqueda de empoderamiento de la mujer y el aumento de las capacidades como la libertad. Por ejemplo, el concepto de agencia de Sen se puede relacionar con las estrategias de empoderamiento impulsadas por movimientos feministas, como la plataforma DAWN /*Development Alternatives with Women for a New Era*, que busca transformar, a través del empoderamiento, la subordinación de las mujeres a través de leyes relacionados al derechos a la propiedad (Larrañaga y Jubeto, 2013, p. 100).

Según Carmen de la Cruz, la teoría feminista y el desarrollo humano coinciden en una idea medular y es que ambos enfoques buscan eliminar la subordinación y opresión sobre la mujer. Por un lado, explica De la Cruz que el desarrollo humano busca expandir las capacidades y libertades de las mujeres, mientras que la teoría feminista lo hace desde la política y la teoría. Aun así, la investigadora reconoce que se requiere un análisis más profundo entre ambos abordajes (de la Cruz, 2007, p.29).

Para Larrañaga y Jubeto el paradigma de desarrollo humano se puede relacionar con la economía feminista, la cual ha cuestionado el modelo de desarrollo económico hegemónico. Según las autoras, “Tres ejes centrales de la economía feminista, muy presentes también en el pensamiento sobre desarrollo son el cuestionamiento de categorías económicas básicas, el papel de las relaciones desiguales en la economía y la apuesta por el cambio hacia sociedades más justas y equitativas” (Larrañaga y Jubeto, 2013, p. 101). Por lo tanto, esta otra mirada feminista también cuestiona y plantea otras formas de desarrollo rompiendo con las tradicionales perspectivas vinculadas a la utilidad, acumulación de riqueza y capitalismo. Por ejemplo, “es grande el interés de las economistas feministas por “otras formas de economía”, como la economía social y solidaria o la economía campesina y su rol en la búsqueda del bienestar. (Larrañaga y Jubeto, 2013, p. 102)

Así mismo, y según Larrañaga y Jubeto, el desarrollo humano se puede también relacionar con el ecofeminismo. Según esta mirada, la opresión de la mujer y la explotación de la naturaleza responden a la búsqueda de desarrollo económico. Las autoras explican que:

Las ecofeministas tienden a ver el mundo natural, incluida la humanidad, interconectado e interdependiente, e insertan en sus análisis sobre las crisis ecológicas

el papel que juega la desigualdad de género, ya que los hombres y las mujeres mantienen una relación diferente con el mundo natural. Los impactos ecológicos afectan a los cuerpos de forma diversa, y dada la capacidad reproductora de las mujeres, los efectos de la actividad capitalista –entre ellos la contaminación les afectan de forma singular, por lo que son más conscientes (o pueden serlo) de los efectos de las alteraciones de la ecología sobre los cuerpos humanos, y por lo tanto, sobre nuestra calidad de vida. (Larrañaga y Jubeto, 2013, p. 107)

Por consiguiente, el ecofeminismo tiene preocupaciones similares a las del desarrollo humano ya que crítica ampliamente los problemas centrales que surgen debido a la búsqueda desmedida de acumulación de riqueza en un modelo capitalista y como este afectan claramente a las mujeres. Para las autoras el ecofeminismo y el desarrollo humano comparten una “visión social de la economía”. (Jubeto Ruiz & Larrañaga Sarriegi, 2013)

Consecuentemente, autoras como Carmen de la Cruz consideran que existe un consenso, también asumido por el PNUD, donde el enfoque de Sen es pertinente para abordar las desigualdades entre hombre y mujeres:

El espacio evaluativo que propone Sen para hacer las comparaciones interpersonales abre una serie de oportunidades para una adecuada incorporación de la situación de las mujeres y a las desigualdades de género en la evaluación del bienestar. Se reconocen sus esfuerzos por encontrar formulaciones teóricas que incluyan la igualdad de género como tema central. La tarea de alcanzar la igualdad de género como objetivo de desarrollo y como pre-requisito del desarrollo humano, hace que ambos enfoques aparezcan, por lo tanto, como complementarios y se refuercen mutuamente. (de la Cruz, 2007, p.67).

Aun así, de la Cruz señala que filósofas como Martha Nussbaum, quien reconoce la validez de las ideas de Sen y su relación con las teorías feministas, acentúa la falta de un pensamiento más terminado de justicia social emparentado al género. Por consiguiente, el trabajo que ha

realizado Nussbaum complementa y amplifica la relación que el paradigma de desarrollo humano puede tener para erradicar las desigualdades que viven las mujeres.

Martha Nussbaum describe la situación de la mujer en su libro *Las Mujeres y el desarrollo humano*. Para Nussbaum, “las mujeres carecen de apoyo en funciones fundamentales de la vida humana en la mayor parte del mundo” (Nussbaum, 2002, p.26) Por ejemplo la autora manifiesta en este libro que las mujeres están subalimentadas, no cuentan con el mismo nivel de salud que el hombre, y experimentan violencia de tipo físico y sexual, además de tener peor educación, bajos ingresos, trabajos inferiores y pocos recursos legales para su defensa.

A continuación se presenta la lista que Nussbaum creó como un aporte adicional al enfoque de capacidades de Amartya Sen. Esta lista muestra 10 capacidades humanas centrales para el desarrollo humano que pretenden ser universales:

1. **Vida:** Ser capaz de vivir una vida humana de duración normal hasta el final; no morir tempranamente, o antes de que la vida se haya disminuido de tal forma que ya no amerite ser vivida. (Nussbaum, 2002, p.130)
2. **Salud corporal:** Ser capaz de contar con una buena salud, comprendiendo también la salud reproductiva; tener una adecuada alimentación; contar con un apropiado techo. (Nussbaum, 2002, p.130)
3. **Integridad corporal:** Ser capaz de tener libertad de movilización de un lugar hacia otro; “que los límites del propio cuerpo sean tratados como soberanos”, capaz de contar con la seguridad en contra del asalto, incluyendo el sexual, el abuso sexual a menores de edad y la violencia doméstica; contar con oportunidades para el placer sexual y para la escogencia sobre la propia reproducción. (Nussbaum, 2002, p.130)
4. **Sentidos, imaginación y pensamiento:** Ser capaz de usar los sentidos, de utilizar la imaginación, el pensamiento y la razón de manera “verdaderamente humana”, a través de una apropiada educación, incluyendo, aunque no solamente, la alfabetización, la instrucción científica y las matemáticas básicas. Ser capaz de

usar la imaginación y el pensamiento en relación con la experiencia y la creación de obras y eventos de manifestación y escogencia propia, relacionado con la religión, literatura, música, entre otros. “Ser capaz de utilizar la propia mente de manera protegida por las garantías de libertad de expresión con respeto tanto al discurso político como artístico, y libertad de práctica religiosa.” Ser capaz de optar por la búsqueda del sentido de la vida Ser capaz de experimentar placer y de “evitar el sufrimiento innecesario”. (Nussbaum, 2002, p.131)

5. **Emociones:** Ser capaz de contar con vínculos hacia las cosas y las personas, “de amar a quienes nos aman y cuidan de nosotros”, de sufrir por su ausencia. Ser capaz de amar, penar, sentir nostalgia, agradecimiento y miedo justificado. Que el desarrollo emocional no sea irrumpido por el miedo o las preocupaciones abrumadoras, además de acontecimientos traumáticos relacionados al abuso o el descuido. (Incentivar la asociación humana que sean necesarias para su implementación) (Nussbaum, 2002, p.131)
6. **Razón práctica:** Ser capaz de representar una idea sobre el bien y de comprometerse a un análisis reflexivo acerca de la planificación de la propia vida. (Proteger la libertad de conciencia). (Nussbaum, 2002, p.131)
7. **Afiliación:** A) “Ser capaz de vivir con y hacia otros”, reconociendo y mostrando preocupación hacia otros seres humanos, generando compromisos a través de diferentes maneras de interacción social; ser capaz de imaginar las situaciones que otros viven para sentir compasión; “ser capaz tanto de justicia cuanto de amistad”. (Proteger las instituciones que implementan estas formas de afiliación, además de proteger “la libertad de reunión y de discurso político”). (Nussbaum, 2002, p.132) B) Contar con las bases sociales de respeto hacia uno mismo y de “no-humillación”; ser capaz de ser tratado de manera digna, donde el valor de cada uno es igual al de los demás. Esto quiere decir que, como mínimo, se debe tener protección en contra de la discriminación de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia y nacionalidad. En cuanto al trabajo, ser capaz de trabajar de forma humana, utilizando la razón práctica y desarrollando relaciones significativas “de reconocimiento mutuo con otros trabajadores”. (Nussbaum, 2002, p.132)

8. **Otras especies:** Ser capaz de vivir cuidando a los animales, a las plantas y a la naturaleza, relacionándose con ella. (Nussbaum, 2002, p.132)
9. **Juego:** “Ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas”. (Nussbaum, 2002, p.132)
10. **Control del propio entorno:** A) Político. Ser capaz de contar con participación en elecciones políticas, además de contar con el derecho de participación política, de resguardo sobre la libertad de expresión y asociación. (Nussbaum, 2002, p.132) B) Material. Ser capaz de poseer propiedad (de tierra y de bienes muebles), no solamente formalmente “sino en término de real oportunidad”; contar con “derechos de propiedad sobre una base de igualdad con otros”; contar con “el derecho de buscar empleo sobre una base de igualdad con otros; no estar sujeto a registro e incautación de forma injustificada”.(Nussbaum, 2002, p.132)

Más adelante, se utilizará la lista de Martha Nussbaum como referente teórico para el abordaje de la violencia obstétrica.

Volviendo al IPG planteado por la ONU, y según señala de la Cruz, este debería incorporar, entre sus dimensiones de análisis, la violencia de género. “Este es uno de los terrenos donde se expresa la mayor privación de las mujeres en relación del desarrollo humano” porque una mujer agredida físicamente “no está en condiciones de ejercer sus opciones, ni tiene capacidad de funcionamiento” (de la Cruz, 2007, p.65). Por consiguiente, es fundamental visibilizar la violencia obstétrica como otras de las tantas formas de agresión y violencia que sufren las mujeres y exigir su erradicación, no únicamente a través de políticas públicas vinculadas a los derechos humanos, sino también al desarrollo humano. En palabras de Nussbaum, las capacidades cubren el terreno que ocupan tanto los llamados “derechos de primera generación” (las libertades políticas y civiles) como los llamados “derechos de segunda generación” (los derechos económicos y sociales)” (Nussbaum, 2002, p. 157).

C. LAS CAPACIDADES REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES

En esta sección se vinculan principalmente las ideas de Martha Nussbaum y su lista de 10 capacidades como referente teórico para afrontar la violencia obstétrica. Como se ha dicho antes, se ha abordado principalmente a través de los derechos humanos, a pesar de que en Costa Rica el *Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres* estaba vinculado al desarrollo humano promovido por el PNUD para visibilizar la salud como una parte cardinal. Para Nussbaum la salud reproductiva está vinculada fundamentalmente a dos aspectos de su lista, la razón práctica y la integridad corporal (Nussbaum, 2002, p. 133). Aun así aparecen otros aspectos de la lista que pueden ser utilizados para erradicar la violencia obstétrica.

Según Nussbaum, el tener un derecho puede ser insuficiente porque muchas veces estos se encuentran únicamente estipulados en papeles. Por ejemplo, la filósofa pone como ejemplo la participación política, la cual no se alcanza por estar indicada en una ley, sino que se requieren “medidas efectivas para hacer que la gente sea verdaderamente capaz desarrollar el ejercicio político” (Nussbaum, 2002, p. 158). En ese sentido, a pesar de que las mujeres en el mundo tengan, según la autora, ese derecho de manera nominal, no cuentan con la capacidad, ya que pueden ser violentadas al salir de sus hogares. Entonces, para Nussbaum “pensar en términos de capacidad brinda un patrón de medición para pensar que significa garantizarle a alguien un derecho” (Nussbaum, 2002, p. 158). Por lo tanto, se busca que las mujeres no tengan únicamente derechos reproductivos, sino que tengan capacidades reproductivas, donde el Estado pueda garantizarles estas capacidades no solo a través de derechos estipulados en alguna ley, decreto o guía, sino implementado los mecanismos necesarios para dotarlas adecuadamente de estas capacidades. “...la perspectiva de las capacidades es más definitiva, especificando claramente lo que significa garantizarle un “derecho” a alguien, y es más completa, puesto que detalla ciertos derechos que son de especial importancia para las mujeres, pero que no han sido, sino hasta hace poco, incluidos en los documentos internacionales de derechos humanos” (Nussbaum, 2002, p. 124).

Si bien Nussbaum no se refiere directamente a la violencia que sufren las mujeres en los centros de salud pública durante el embarazo, parto y postparto, de alguna forma el trato que

estas viven en el ámbito doméstico durante siglos, se repite también en los salones de las maternidades, donde se siguen emulando las concepciones patriarcales sobre las mujeres. La filósofa estadounidense nos dice: “en muchos casos, el daño que las mujeres sufren en la familia asume una forma particular: la mujer es tratada no como un fin en sí misma, sino como un agregado o un instrumento de las necesidades de los otros, como una mera reproductora, cocinera, fregadora, lugar de descarga sexual, cuidadora, más que como una fuente de capacidad para elegir y perseguir metas y como una fuente de dignidad en sí misma” (Nussbaum, 2002, p. 158). Se podría analizar entonces que las salas de maternidad, y en ese rol de sumisión que deben asumir las mujeres, estas se convierten en un medio de reproducción. Perdiendo su fin en sí misma. Pierden su rol protagónico, sus capacidades centrales y su dignidad. La perspectiva biomédica de finales de siglo XIX y principios del siglo XX, promovía el rol de la mujer como reproductora y buscaba controlar la mortalidad materna e infantil para garantizar una mejor mano de obra.

Por consiguiente, para Nussbaum es fundamental entender a la mujer como un fin en sí misma y no como un medio. Lamentablemente, y con la excesiva medicalización del parto y el uso de la biomedicina como mecanismo de biopoder, la mujer se percibió como un cuerpo reproductor al servicio de un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico. “La idea de que cada ser humano es el constructor de un plan de vida y de que cada uno debería ser tratado como un fin y no como mero instrumento de los fines de otros” (Nussbaum, 2002, p. 405). Por lo tanto, en una sociedad de dominación patriarcal, la sumisión y opresión de género colocan a la mujer como un mero instrumento del proyecto biopolítico de los nuevos estados modernos. “A las mujeres se las trata como miembros de una unidad orgánica, como se supone que son la familia o la comunidad, sus intereses se ven subordinados a los grandes objetivos de esa unidad, es decir, a los objetivos de sus miembros masculinos” (Nussbaum, 2002, p. 102).

Por lo tanto, “el objetivo político adecuado es la capacidad, no el funcionamiento” (Nussbaum, 2002, p. 115). Se busca dotar a las mujeres de capacidades reales donde puedan elegir cómo valorar que sea su parto, además de que el Estado pueda garantizar las capacidades necesarias para lograrlo. La subordinación y violencia que sufren las mujeres

en las salas de maternidad priva a las mujeres de la oportunidad para elegir sobre su funcionamiento de parir... es decir, las obliga a no decidir sobre sus cuerpos y someterse a las decisiones del personal médico que ejerce sobre ellas el poder obstétrico. Por ejemplo, el no consultarles si se puede utilizar la oxitocina artificial para acelerar el parto prima a la mujer de tomar esa decisión por sí misma. Lo mismo con la analgesia. Una mujer podría escoger tener un parto sin dolor, o tratar de tener una experiencia “más natural” a la hora de parir, experimentando las contracciones uterinas. De igual forma, no es sólo dotar a las mujeres de buenos estados internos de disposición, sino facilitarles del “ambiente material e institucional” para “que sean capaces de funcionar” (Nussbaum, 115), en este caso parir adecuadamente.

Ya se ha reflexionado a lo largo de esta investigación sobre el modo en que la violencia obstétrica está normalizada, siendo uno de los tantos problemas que esta genera, la falta de empoderamiento y protagonismo de las mujeres durante sus procesos de gestación, parto y posparto. En muchos casos porque no saben que están siendo objetos de violencia o porque desconocen cómo visibilizarla o reclamar por sus derechos. Además, al no ser informadas o consultadas adecuadamente, no participan activamente en la toma de decisiones durante sus partos. Por lo tanto el empoderamiento de la mujer es uno de los aspectos medulares para que estas puedan experimentar los partos que valoran y desean a través de la educación. En otras palabras, y desde la enfoque de las capacidades, dotar a las mujeres de agencia. En concordancia con lo planteado, Carmen Martín- Bellido, vincula el empoderamiento de la mujer a la hora de parir, con el apoyo que deberían de otorgar las obstetras o personal médico a través de una orientación adecuada que potencie las capacidades de las mujeres, sin abandonarlas o sin someterlas a la violencia obstétrica:

Para garantizar el empoderamiento femenino, la violencia obstétrica y su visibilización es un tema imprescindible, siendo esencial trabajar desde etapas tempranas de la formación de las enfermeras y matronas, así como la inclusión de políticas que centren y humanicen el cuidado a la mujer. Muchas enfermeras y matronas consideran de gran relevancia introducir en sus cuidados una orientación que genere un aumento de la autonomía y de la capacidad de decisión de las mujeres

a las que cuidan. No se trata de dejar solas a las gestantes ante la responsabilidad de la toma de decisiones sobre su proceso reproductivo, sino de ayudarlas a ejercer su libertad y su autonomía (Martín-Bellido, 2020)

Consecuentemente, el personal médico serviría como medio para potenciar las capacidades de las mujeres para decidir adecuadamente sobre sí mismas. Sin duda, la propuesta de Martín-Bellido permitiría reconfigurar el rol que hasta ahora el equipo médico tiene, el cual responde directamente a las perspectivas patriarcales. Se pretende más bien que al parir en un hospital, las mujeres encuentren las facilidades necesarias, en todo sentido, para ejercer sus capacidades con plenitud. Por lo tanto, no solo el Gobierno asegura, a través de políticas públicas pertinente, que las mujeres cuenten con la agencia y las capacidades necesarias de sus procesos reproductivos, sino que además el personal médico aporta con sus propias capacidades y funcionamientos para facilitar las de las mujeres y asegurar su vida y su dignidad.

Como se ha dicho anteriormente, la lista de Nussbaum se puede utilizar, además de la idea de colocar a la mujer como un fin en sí misma y no como un medio, para construir políticas públicas que eliminen la subordinación que han sufrido las mujeres y para “crear ciudadanos [ciudadanas] que tengan estas facultades y capacidades, como planificadores [planificadoras] activos [activas] de sus vidas y como seres dignificados [dignificadas] en su igualdad.” (Nussbaum, 2002, p. 405). Seguidamente, se analizarán cuáles aspectos de la lista se pueden utilizar adecuadamente como plataforma conceptual para prevenir la violencia obstétrica.

En el segundo punto de su lista, Nussbaum hace referencia a la salud corporal e incluye la salud reproductiva: “Salud corporal. Ser capaz de tener buena salud, incluyendo la salud reproductiva; estar adecuadamente alimentado; tener un techo adecuado”. (Nussbaum, 2002, p.132) Sin bien la afirmación es muy generalizada, es claro que para la filósofa la salud reproductiva debe ser una capacidad básica a la que debe acceder todo ser humano. Por consiguiente, la violencia obstétrica incumple con la segunda capacidad que plantea la autora.

De igual forma, también se puede utilizar como referente teórico el tercer aspecto de la lista de Nussbaum: “Integridad corporal. Ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro: que los límites del propio cuerpo sean tratados como soberanos, es decir, capaces de seguridad ante asalto, incluido el asalto sexual, el abuso sexual de menores y la violencia doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción” (Nussbaum, 2002, p.132). En ese sentido, la integridad corporal se relaciona con la propia decisión no solamente en cuanto a la satisfacción sexual sino también a la reproducción. En otras palabras, la mujer, como parte de su capacidad de integridad corporal debería de poder elegir libremente en relación a su propia reproducción. Esta capacidad es violentada cuando la mujer no es informada adecuadamente sobre cuáles son sus opciones a la hora de parir. No reciben una capacitación eficiente que las permita decidir, no se les pregunta o informa a la hora de utilizar procedimientos que aceleren sus partos, no son individuos protagónicos capaces de tomar decisiones adecuadas.

De la lista, se incumple también el cuarto punto, porque en este, particularmente, la autora habla sobre la capacidad de los sentidos, imaginaciones y pensamientos. Primero, en este punto, la autora se refiere a la capacidad de tener una “adecuada educación”. Esta sería una herramienta de empoderamiento, donde las mujeres deben ser educadas en relación a la reproducción, sino también en temas relacionados con violencia obstétrica y derechos reproductivos. A pesar de que algunas de las mujeres entrevistadas alegaron haber llevado cursos de preparación para el parto, a ninguna se les explicaron sus derechos a la hora de parir, ni se les previno de problemas con la violencia obstétrica.

También, en relación a este mismo punto, Nussbaum dice que se debe “ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el sufrimiento innecesario” (Nussbaum, 2002, p.132). A las mujeres no se les permite tener durante sus partos, “experiencias placenteras” o “evitar sufrimiento innecesario”. Ya se comprobó, cómo las mujeres costarricenses viven partos muy traumáticos y lejanos de ser placenteros, sometidas a largas horas de sufrimiento y violencia. No tienen acceso a ningún tipo de analgesia, son obligadas a parir en posiciones incómodas, no se les permite el libre movimiento, y a veces no cuenta con compañía emocional para resistir partos largos y dolorosos.

Seguidamente, el punto 5 de la lista de Nussbaum también es invalidado debido a la violencia obstétrica. En este punto, donde la autora argumenta “que el propio desarrollo emocional no esté arruinado... por sucesos traumáticos de abuso y descuido” (Nussbaum, 2002, p.132) cuando en realidad las mujeres tienen secuelas físicas y emocionales traumáticas después de tener partos abusivos e traumáticos, al punto que son incapaces de denunciarlos adecuadamente y de recibir el acompañamiento emocional necesario para superarlo. Ya se ha discutido ampliamente como el poder obstétrico es un tipo de abuso, un ejercicio de sometimiento y de disciplinamiento para dominar los cuerpos femeninos.

Se podría incluir también en el análisis, el sexto punto de la lista de Nussbaum: “Razón práctica. Ser capaz de plasmar una concepción del bien y de comprometerse en una reflexión crítica acerca del planeamiento de la propia vida. (Esto implica protección de la libertad de conciencia.)” (Nussbaum, 2002, p.132). La violencia obstétrica y su proceso de subordinación obstaculizan a las mujeres a experimentar los partos deseados, ya que como mencionaron varias de las testigas, ellas planeaban tener experiencias positivas, mientras que en su lugar, esos deseos fueron sustituidos por recuerdos traumáticos que en su mayoría desean olvidar. En este sentido los planes sobre su propia vida fueron restringidos debido a la violencia a las que fueron sometidas.

Finalmente, la violencia obstétrica transgrede la capacidad de afiliación planteada por Nussbaum, porque en este punto la filósofa argumenta que una de las capacidades que se deben de tener es la de “poseer las bases sociales del respeto de sí mismo y de la no-humillación; ser capaz de ser tratado como un ser dignificado cuyo valor es igual al de los demás.” (Nussbaum, 2002, p.132). Ya se ha planteado claramente cómo la violencia obstétrica coloca a las mujeres en situaciones de continua humillación donde son sometidas a situaciones donde pierden por completo su dignidad. Insultos, amenazas, indiferencia y hasta golpes físicos son parte de las humillaciones que sufrieron las mujeres que testificaron para esta investigación.

Así las cosas, son varias las capacidades que las mujeres pierden cuando son sometidas a la violencia obstétrica. Como se ha argumentado, pierden su protagonismo, empoderamiento y agencia, dejando de ser un fin en sí mismas. Utilizar la lista de capacidades de Nussbaum, como complemento del enfoque de derechos humanos tiene sentido, porque sirve como un referente conceptual válido para visibilizar la violencia obstétrica y presionar al Gobierno a reestructurar las políticas públicas que hoy existen, ineficientes y con escasa implementación. Utilizando las ideas de Sen y de Nussbaum se puede obligar al Estado costarricense a comprometerse verdaderamente con la eliminación de la violencia obstétrica, además de ser una plataforma conceptual más que puede visibilizar otras formas de violencia de género. El Estado debe ser un garante, capaz de articular los mecanismos para que las mujeres puedan tener la oportunidad de experimentar los partos que ella valoran asegurándoles, no solo los derechos reproductivos que el Gobierno de Costa Rica ha reconocido al vincularse con los derechos internacionales, sino las capacidades adecuadas para su propio bienestar y desarrollo humano.

IX. CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación es el de analizar de qué forma el paradigma de desarrollo humano permite examinar las limitaciones de las políticas públicas costarricenses en salud reproductiva con respecto a la violencia obstétrica y el cumplimiento de derechos reproductivos con relación al embarazo, parto y postparto, y así convertir al desarrollo humano como una base teórica conceptual válida para la erradicación de la violencia obstétrica. Se propone entonces al desarrollo humano, el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y la lista de capacidades centrales de Martha Nussbaum, como un referente teórico pertinente para prevenir y erradicar la violencia obstétrica, asegurando que las mujeres costarricenses accedan a sus derechos reproductivos y, por ende, a la plena salud.

Se reconoce que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es una institución robusta, fortalecida a lo largo de varias décadas a través de políticas públicas que han permitido que la salud en Costa Rica sea universal. Una de las razones por las cuales los indicadores de desarrollo humano en Costa Rica son altos, con respecto al resto de América Latina, es gracias a sus indicadores de salud. El país cuenta con la esperanza de vida más alta de la región latinoamericana (Pacheco & Intriago, 2022). La CCSS opera a través de tres niveles de atención que le permite generar una cobertura del 91% (Pacheco & Intriago, 2022). El primer nivel lo conforman los EBAIS o Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, complementados por puestos de visita periódica. Seguidamente, en el segundo nivel se encuentra una red de clínicas, hospitales periféricos y hospitales regionales (urgencias, diagnóstico, consulta externa o especializada, atención quirúrgica sencilla). El tercer nivel lo conforman los hospitales de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de complejidad, a través de hospitales de carácter nacional y especializado.

Aun así, y como se ha desarrollado y demostrado a lo largo de la investigación, las mujeres costarricenses que utilizan los sistemas de salud pública para atender sus embarazos, partos y postpartos son proclives a sufrir la violencia obstétrica. Según el INEC, un 58,2% de las mujeres en Costa Rica han sufrido de violencia obstétrica (INEC, 2018, p.83). El

Estado de Costa Rica ha puesto en marcha algunas políticas públicas para erradicar el problema. En concreto, se implementó primero el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres del 2001; luego la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto del 2009; los Decretos No. 35262-S y N° 38797-S; el *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, posparto, centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social* del 2017; y la Reforma de Ley General de Salud No. 9824 del 2020 y la *Ley de Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido* No. 10081 del 2021.

Sin embargo, a pesar de la creación de estas políticas públicas, su articulación e instrumentalización ha sido ineficiente, porque la violencia obstétrica sigue siendo sistemática y normatizada. Además de los datos estadísticos antes descritos, las mujeres que se entrevistaron para esta investigación alegaron haber experimentado de violencia obstétrica entre el 2009 y el 2021. Se concluye que, las principales razones por las cuales estas políticas públicas han sido ineficientes son:

- **Normalización de la violencia obstétrica en la sociedad patriarcal:** La violencia obstétrica es de los mecanismos de subordinación que utiliza la sociedad patriarcal para controlar los cuerpos de las mujeres a través de la reproducción y sexualidad. Desde la mirada foucaultiana del “biopoder”, utilizado por los estados modernos capitalistas, la violencia obstétrica, según Gabriela Arguedas es ejercida por el personal sanitario en los hospitales a través del poder obstétrico para disciplinar a las mujeres. Este se manifiesta con el intervencionismo excesivo del parto medicalizado y se expresa mayormente según etnia y clase social. Se encuentra normalizado porque a pesar de violentar a las mujeres, las prácticas dañinas y opresivas que usa el personal de salud se consideran prácticas habituales.

- **Problemas estructurales y de instrumentalización:** Existe una incapacidad estatal para articular las diferentes políticas públicas que ha implementado. Muchas veces, estas políticas se han elaborado con el fin de acallar a diferentes instituciones que han procurado visibilizar la violencia obstétrica, entre ellas la Defensoría de los Habitantes, diferentes movimientos y colectivos feministas, organizaciones académicas, entre otras. De alguna forma, estas medidas las implementa el Estado para aparentar que se está abordando el problema. Además, existen en algunos hospitales, como el Hospital San Juan de Dios, problemas de infraestructura, así como carencia de personal, y presupuesto gubernamental para elaborar programas de capacitación profesional. Por otro lado, no existe un abordaje integral para apoyar al profesional sanitario que labora en las maternidades con apoyo psicológico y emocional.
- **Abordaje punitivo del problema:** Las leyes que hasta ahora se han implementado representan un abordaje punitivo del problema. Desde esta perspectiva, al implementar una ley, el Estado se libra de su responsabilidad de generar políticas públicas preventivas. La violencia obstétrica debe erradicarse a través de la prevención y no la criminalización, porque de lo contrario genera una actitud defensiva del parte del personal sanitario, en lugar de colaborativa y constructiva.
- **Perspectiva de derechos humanos:** Hasta ahora, el abordaje teórico del problema se ha dado principalmente a través de los derechos humanos. Sin duda, este abordaje es pertinente, pero puede ser complementado y fortalecido con otras perspectivas como la del desarrollo humano. Martha Nussbaum explica como los derechos muchas veces quedan estipulados en papeles. Consecuentemente, se busca que las mujeres no solo cuenten con derechos reproductivos, sino que estos se conviertan en verdaderas capacidades.

Desde las ideas de Martha Nussbaum, debemos entender a las mujeres como un fin en sí mismas y no como un medio, como usualmente han sido colocadas en las sociedades

patriarcales y capitalistas. Por lo tanto, se persigue que las mujeres cuenten con las capacidades reales para vivir las vidas que ellas valoran, incluyendo sus experiencias reproductivas, en este caso en relación a la gestación, parto y puerperio. En otras palabras, que las mujeres tengan la capacidad real de parir con agencia, como protagonistas y no en una posición de subordinación, sin ser participadas en la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos. La violencia obstétrica evita que las mujeres tengan una vida digna y plena. Esta atenta contra varios de los puntos que Martha Nussbaum definió como las capacidades centrales universales: *salud corporal; integridad corporal; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones, razón práctica; y afiliación.*

Con base en los argumentos expuestos y al marco legal existente, y desde una mirada crítica, se propone generar políticas públicas que prevengan las manifestaciones de violencia obstétrica que les garanticen a las mujeres de Costa Rica su erradicación, en concordancia con dos de los pilares del desarrollo humano: la educación y la salud. Por consiguiente, el paradigma de desarrollo humano es adecuado para complementar la perspectiva de derechos humanos y de género con el que se ha abordado la violencia obstétrica dentro de las esferas académicas. En ese sentido, se propone incluir también al desarrollo humano como un eje transversal y complementario de las otras dos perspectivas, para que este también forme parte del currículo de las carreras vinculadas a las Ciencias de la Salud, de los talleres y capacitaciones del personal sanitario que trabaja con mujeres y de los cursos de educación perinatal de las mismas mujeres gestantes, con el fin de potenciar sus capacidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Al Adib Mendiri, M., Ibañez, M., Casado, M., & Santos, P. (marzo de 2017). La Violencia Obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violencia de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1).
- Alvarado, L. C. (2019). *De "Mejorarse" a "Dar a Luz": El discurso del movimiento costarricense por el parto humanizado o respetado*. San José: Tesis Maestría Académica en Comunicación y Desarrollo, Universidad de Costa Rica.
- Andrea. (22 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. C. Nieto, Entrevistador)
- Arguedas Ramírez, G. (Enero-Junio de 2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter-c-a-ambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11, 145-169.
- Arguedas Ramírez, G. (diciembre de 2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 12(1), 89.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (15 de enero de 2023). Consultas. Obtenido de http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/Consultas_SIL/Pginas/Detalle%20Organos.aspx?Codigo_Organo=208
- Atienza, C. M. (2015). Martha C. Nussbaum – Otro Enfoque para la Defensa del Ser Humano y de los derechos de las mujeres. (U. d. Málaga, Ed.)
- Azofeifa Delgado, J., & Naranjo Ureña, L. (2018). *Parto Humanizado: Reconocimiento del derecho al parto humanizado como una deuda del Estado costarricense*. San José: Tesis para optar por el grado de Licenciatura de Trabajo Social Universidad de Costa Rica.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioetica UNESCO*.
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixro Perez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Cajina, J. C. (s.f.). *Las cesáreas*. Organización Panamericana de Salud.
- Carmen. (15 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de Violencia Obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Castro, R., & Frías, S. (2022). *Violencia Obstétrica y Ciencias Sociales*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.

- CCSS. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto.*
- CCSS. (2017). *Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y postparto: centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertenencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense del Seguro Social.*
- CCSS. (2020). *Prevención de la Violencia Obstétrica.* (C. C. Social, Ed.)
- Chinchilla, L. (2022). *De "mejorarse" a "dar a luz": parto, discurso y movimiento social.* San José: Centro de Investigación en Comunicación (CICOM).
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (23 de octubre de 2015). Costa Rica: *Violencia Obstétrica.* Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=w4UuNFyGo54>
- Comisión Interinstitucional (Ministerio de Salud, I. C. (julio de 2001). *Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción.*
- Cruz, C. d. (2007). *Género, Derechos y Desarrollo Humano.* San Salvador, El Salvador: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Díaz García, L., & Fernández, Y. (2018). *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América Latina: el caso de Argentina, Venezuela, México y Chile.* Recuperado el 10 de abril de 2021, de Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123
- Esmeralda. (8 de diciembre de 2022). Entrevista a profesional de salud sobre violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Ester. (19 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Eugenia. (19 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Facio, A. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos.* Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Galán, B. P. (julio-diciembre de 2003). *Género y Desarrollo.* Colección Pedagógica Universitaria (40).
- García, A. (2009). *Género y Desarrollo Humano: una relación imprescindible.* Entreculturas e InteRed.
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra la mujer que reconocer, nombrar y visibilizar.* Santiago: CEPAL.

- Guerrero, V., & Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico en Costa Rica: políticas públicas, violencia obstétrica y gestión institucionalizada del embarazo, parto y postparto. En A. D.-T. Bollain, *Derechos humanos y grupos vulnerables en Centroamérica y el Caribe* (págs. 17-52). Mexico: CIALC.
- Human Reproduction Programme, (2014). *Prevención y Erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Organización Mundial de la Salud.
- INAMU. (1999). Ley de Creación del Instituto Nacional de la Mujer. Recuperado el 15 de enero de 2023, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://corteidh.or.cr/tablas/29838.pdf
- INEC. (2018). *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018- Salud Reproductiva y Materna*. Recuperado el 7 de marzo de 2021, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC): <https://www.inec.cr/encuestas/encuesta-mujeres-ninez-adolescencia>
- Jubeto Ruiz, Y., & Larrañaga Sarriegi, M. (2013). El desarrollo humano desde la equidad de género: un proceso en construcción. *Cambio social y cooperación en el siglo XXI*, 2, 95-112.
- Karina. (6 de diciembre de 2022). Entrevista a profesional de salud sobre violencia obstétrica. (M. Castro, Entrevistador)
- La Gaceta (21 de octubre de 1994). Ley N° 7430 Ley de Fomento de la Lactancia Materna. San José, Costa Rica.
- La Gaceta. (4 de enero de 2019). Proyecto de Ley de derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto y posparto y la atención del recién nacido. San José.
- La Gaceta (27 de enero de 2022). Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto y posparto y atención del recién nacido. San José.
- Lucía. (8 de diciembre de 2022). Entrevista a profesional de salud sobre violencia obstétrica. (M. C. Nieto, Entrevistador)
- Luz. (15 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Marcela. (21 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Martín-Bellido, C. (2020). La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*, 1-5.

- Morera, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos en Costa Rica. *Revista Obstet. Ginecol.*, 119-125.
- Muñoz Cáceres, H., Kaempffer Ramirez, A., Castro Santoro, R., & Valenzuela Puchulu, S. (2001). *Nacer en el Siglo XXI de vuela a lo Humano*. Chile: Universidad de Chile.
- Nussbaum, M. (2002). Las capacidades de las mujeres y la justicia social. En M. Molyneux, & S. Razavi, *Gender, Justice, Development and rights*. Oxford University Press.
- Nussbaum, M. (2012). *Las mujeres y el Desarrollo Humano*. Barcelona: Herder Editorial.
- PNUD. (1990). *Informe de Desarrollo Humano*. Nueva York.
- Quattrocchi, P., & Magnone, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina*. Buenos Aires: EDUNla Cooperativa.
- Pacheco Jiménez, J., & Itriago Henríquez, D. (2022). Seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud. San José: Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Sielo Brazil*. Recuperado el 12 de febrero de 2023, de <https://www.scielo.br/j/csp/a/FS8K4HnnJJ3wcJNvVcZLwRy/?lang=es#:~:text=El%20enfoque%20de%20las%20capacidades%20busca%20que%20cada%20persona%20sea,constituyen%20la%20meta%20principal%2032>.
- Rodríguez Fernández Beatriz, & Duran Castillo, K. (junio de 2016). Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 30.
- Rodríguez, E. F. (2021). *Violencia Obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: retos para la gerencia de salud y tutela de los derechos reproductivos*. UNFPA.
- Salazar Aguilar, S., & Torres Blanco, Y. (2018). *Condiciones sociopolíticas para la elaboración de una política pública que intervenga la violencia obstétrica en Costa Rica: una mirada desde el discurso, acciones y omisiones de diferentes actores sociales y políticos*. (U. d. Rica, Ed.) San José, Costa Rica: Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.
- Sandra. (21 de septiembre de 2022). Entrevista a madre que sufrió de violencia obstétrica. (M. Castro Nieto, Entrevistador)
- Sen, A. (2000). El desarrollo como Libertad. *Gaceta Ecológica*, 14-20.
- Turecky, R. (8 de diciembre de 2022). Entrevista sobre la implementación de nueva ley. (M. Castro Nieto, Entrevistador)

- Valverde, M., & Perico, M. (s.f.). *Criminalizar la violencia obstétrica ¿una forma más de populismo punitivo?* Recuperado el 26 de febrero de 2023, de Feminismos: <https://feminismos.com/criminalizar-la-violencia-obstetrica-una-forma-mas-de-populismo-punitivo/>
- Vicente, S. S. (2016). Igualdad de género: una condición del desarrollo humano. *Revista de Trabajo Social*.